

OKRĄGŁY STÓŁ

PODZESPÓŁ DO SPRAW ZDROWIA

STENOGRAM

z trzeciego posiedzenia Podzespołu do Spraw Zdrowia

w dniu 8 marca 1989 r.

WARSZAWA 1990

C 9540/12

Stenogram sporządziła : Rada Krajowa PRON



Inu. H6030

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

z posiedzenia zespołu do spraw zdrowia

z dnia 8 marca 1989 r.

/Obradom przewodniczy ob. Andrzej Wojtczak/

Przewodniczący:

Chciałbym zacząć dzisiejsze nasze posiedzenie z uwagi na dzień kobiet życzeniami na ręce pań składając od tej brzydszej części rodzaju ludzkiego życzenia wszelkiej pomysłności w pracy zawodowej, i w życiu osobistym.

Chciałbym również wyrazić zadowolenie, że mamy przy stole obrad kolegów z OPZZ, a więc podejmujemy dzisiejsze interesujące i bardzo o zasadniczym znaczeniu tematy dyskusji w pełnym składzie tak jak zaczynaliśmy podczas pierwszego posiedzenia.

Chciałbym zwrócić się do państwa z następującą propozycją programu, to znaczy podzielić przewodnictwo na trzy części, ja bym krótką pierwszą część pierwsze półtorej godziny do przerwy jakiejś kawowej, druga część poprowadziłby dr Guglas, a całą już dalszą część przewodnictwa pani doc. Kuratowska się zgodziła przesodzić.

Tutaj jeżeli chodzi o program ponoć już zapowiadana - zapowiadaliśmy na poprzednim posiedzeniu i trzeba powiedzieć rozpoczęła się jak gdyby część sprawozdawcza na zespole do spraw ekonomiczno-społecznych, ponieważ pani docent złożyła pewne sprawozdanie, to znaczy wyraziła stanowisko strony solidarnościowej, chciałbym zaproponować, żebyśmy rozpoczęli dyskusję od spraw związanych z dokumentem przedstawionym państwu - kierunki reformy opieki zdrowotnej i pomocy spo-

tecznej. Po wysłuchaniu stanowiska państwa wydaje mi się, że rozwinie się pewna dyskusja i w wyniku tej dyskusji napewno dojdzie do pewnych może usz zegółowień, ale nadal jeszcze kierunkowych założeń, chciałbym podkreślić, że ten dokument stawia pewne kierunki natomiast wymaga dopracowania jeżeli chodzi o szczegóły, proponowałbym, żeby w ramach właśnie tej dyskusji tak samo omówić problemy kształcenia i wydaje mi się, tak jak patrzę na dobór i doradców i skład, zagadnienia te będą budzić na ewno zainteresowanie jako że od kadry będzie zależało i wdrożenie reformy no i przyszła praca służby zdrowia, również załatwić stanowisko dotyczące finansowania służby zdrowia, które myśmy rozpoczęli i w rzeczy samej nie jesteśmy ekonomistami, można znowu kierunkowe rozwiązania zalecić do dopracowania w terminie zresztą późniejszym, poni aż ja sądzę - że to co my zapoczątkowujemy obecnie będzie kontynuowane, o dopiero w drugiej części, to znaczy wtedy, kiedy byśmy skończyli dyskusje na tematy reformy kształcenia kadry, kadra kierownic a przejść do przedstawienia i zreferowania w wyniku prac naszych dwóch podzespołów czy zespołów redakcyjnych, które przedstawia stanowisko odnośnie opieki zdrowotnej na wsi i odnośnie naszej dyskusji na temat zdrowia matki, noworodka i niemowlęcia, ja sądzę, że państwo posiadają te te sty, dlatego, że komisja, ta część, która brała udział w zespole ze strony solidarnościowej otrzymała to stanowisko, również proponowałbym wtedy przedyskutować sprawę pomocy społecznej, o której myśmy słyszeli już poprzednio było sygnalizowane, zagadnienie leków którego nie dyskutowaliśmy no i oczywiście

jeżeli będą jakieś inne zagadnienia, to w ramach takiego punktu różne przedyskutowalibyśmy te zagadnienia.

I na zakończenie jeżeli to będzie odpowiadało, ja wstępnie rozmawiałem ze współprzewodniczącymi, żebyśmy powołali zespoły redakcyjne żeby doprowadzać już do pewnych list uzgodnień kierunkowych, czy rozbieżności, żeby nasze obrady sovotnie można było już poświęcić dyskusji nad tym dorobkiem czy urobkiem naszym poprzednich zebrań dzisiejszego zebrania, żeby można było dojść do jakichś konkluzji jeżeli nie na sobotnim, już zebraniu, zakończyć to jak planowaliśmy, 14 na zebraniu wtorkowym, jeżeli będzie potrzebne jeszcze czas na dopracowanie redakcyjne.

To są moje propozycje. Chciałbym zapytać się o państwa, panią docent i doktora Guglasa, czy macie państwo uwagi do tych propozycji czy widzicie troszkę inaczej ustawienie tego dnia?

Dr Zofia Kuratowska:

Jeżeli można panie profesorze, to przede wszystkim znaczy wydaje mi się, że program przez pana profesora przedszawiony jest zgodny z tym czego oczekujemy, z tym że sędzę, że sprawa pomocy społecznej powinna być w ramach dyskusji nad sprawami w góle reformy, a nie jako osobne zagadnienie, bo my to tak po prostu rozumiemy. Wobec czego my w pierwszej połowie czyli przed przerwą obiadową, bo sędzę, że tyle potrwa, chciała powiedzieć, że myśmy przedstawili pewne stanowisko na poprzedni. zebraniu, spotkaniu naszym ponieważ pan profesor dzieli swój czas z panem dr Guglasem, druga część posiedzenia

której ja mam przewodniczyć, d iele z panią mgr Anna Grzymisławską, delegatką krajowej komisji koordynacyjnej NSZZ "Solidarność".

Czyli obrady popołudniowe podzielimy w ten sposób,
Traktujemy to jako wiceprzewodniczenie.

To jest pierwsza uwaga, do tego co pan profesor był łaskaw powiedzieć.

Druga uwaga, którą chciałam przekazać w związku z sędzę, że byłoby z każdej strony sprawą niepoważną wracać do sprawy oncydentu z OPZZ poprzednim z poprzedniego zebrania, skoro mamy już ustalenia, natomiast chciałam powiedzieć, że przedstawienie stanowisk zarówno pana doktora Guglasa, jak pana profesora Wojtczka w telewizji bez udziału strony solidarnościowo-opozycyjnej, która była z tej strony przynajmniej przez połowę występujących zaatakowana, było pewnym wyłomem w obyczajach, które w tej chwili są w audycjach telewizyjnych, związanych z okrągłym stołem.

Jest to też już zaszłość i nie mamy zamiaru do tego wracać, tylko wyrazić swoje zdziwienie, że do tego mogło dojść po prostu bez naszego udziału absolutnie nie odnosząc się do treści wypowiedzi obu panów, każdy my stoimy na stanowisku przede wszystkim wolności poglądów i opinii, wobec czego każdy ma prawo tę swoją opinię wyrazić publicznie.

Ale tak jak to jest nie ma tej równości tych stron i to jasne jeszcze ciągle, wobec czego myśmy do głosu nie doszli.

D uga sprawę taką, którą chciałam na wstępie powiedzieć chciałam wyrazić pewien protest może to jest za mocno, ale zdziwienie wobec zaniepokojenie wy tąpieniem

po zebraniu zespołu ekonomiczno-gospodarki i polityki społecznej pana ministra Wilczka, co później powtarzało się w wypowiedziach różnych osób na łamach prasy codziennej.

Otóż roszczenia niejako finansowe zostały przedstawione w ten sposób, że każda chce ^{branża} coś wyszarpać dla siebie z tego dość ubogiego budżetu państwa. My w czasie zarówno tych obrad w tym naszym gronie, jak i w czasie obrad stołu ekonomicznego, w którym braliśmy udział - pan prof. Wojtczak i z naszej strony pan doc. Wnuk-Lipiński i ja - wyrażaliśmy opinię, że jakby chcemy jak najmniej z tego budżetu państwa, że budżet państwa, jeżeli chodzi o zdrowie, powinien finansować tylko sprawy podstawowe, centralne, a więc centralne inwestycje, zagadnienia strategiczne najrozmaitszego rodzaju, sytuację zagrożeń oraz kształcenie, czyli szkoły medyczne przede wszystkim, te główne sprawy i te podstawowe środki konieczne do zaopatrzenia opieki zdrowotnej, jakimi są leki, środki jednorazowego użytku, gdzie przedstawiliśmy - my to dzisiaj oczywiście w drugiej części będziemy o tym mówić - nasz postulat, który mam nadzieję, uzgodnimy wszyscy ze sobą. Wtedy przedstawiłam tylko jako nasz postulat, gdzie rzeczywiście żądamy interwencyjnych wydatków.

Postawienie żądań w stosunku - żądań finansowych, w stosunku do opieki zdrowotnej na równi ze wszystkimi innymi żądaniami finansowymi jest nieporozumieniem. I wydaje mi się, że my tutaj - była mowa na poprzednim naszym spotkaniu, pan dr. Edelman mówił o konieczności stworzenia lobby zdrowia. I tym lobby zdrowia moglibyśmy być wszyscy.

Ja doskonale rozumiem, że dla polityki ekonomicznej państwa sprawa rolnictwa, sprawa zaopatrzenia w żywność jest sprawą kluczową. Ale jeżeli ludzie poumierają, to

er

2/2

nie będzie miał i tak kto jeść. Być może będzie to kłopot z głowy. Ale pozostanie jakaś garstka, to już wtedy nie będzie kwestii finansowych zbyt dużych. Ale wydaje mi się, że jednak sprawy zdrowia są na tyle istotne w całej sprawie społecznej, że nie można w ten sposób tego traktować. Tym bardziej, że my naprawdę nie wysuwamy wygórowanych wymagań finansowych. Wysuwamy tylko to, co jest konieczne. A nie ma co do tego wątpliwości, że za ten stan niedoinwestowania opieki zdrowotnej, jaki jest w tej chwili, są odpowiedzialne władze polityczne kraju. Można powiedzieć, że nie ten zespół rządzący, który jest akurat w tej chwili, ale to nie ma różnicy. Sytuacja jest jaka jest, wszyscy ją znamy i jest katastrofalna.

Mnie się wydaje, że jest rzeczą absurdalną, że to my tylko mówimy, nie słychać tego ze strony resortu zdrowia na przykład, który również, a nawet jeszcze znacznie lepsze ma rozeznanie w tych sprawach, co mieliśmy okazję sprawdzić w informacjach, których państwo byli łaskawi nam udzielić w czasie poprzedniego zebrania.

Otóż wydaje mi się, że musimy postawić to bardzo stanowczo i jednak skłonić władze polityczne do zrozumienia, że sprawa zdrowia jest sprawą kluczową dla całego funkcjonowania społeczeństwa. Społeczeństwo chore funkcjonować nie będzie. Ja pomijam aspekt humanitarny, który dla mnie jako dla lekarza i człowieka związanego z filozofią chrześcijańską jest sprawą może podstawową. Ale dla życia państwa podstawowe są... podstawowa jest zdolność funkcyjono-

er

2/3

wania wszystkich obywateli. To funkcjonowanie jest co najmniej w tej chwili pod znakiem zapytania.

A więc wydaje mi się, że nie tylko z naszych ust muszą padać te słowa, a padły również i wczoraj z ust rzecznika rządu, że lecznictwo chce jakieś pieniądze. No rzeczywiście nie chce, tylko żąda.

To dziś będziemy dyskutować. Ja chciałam tu powiedzieć jako takie oświadczenie z naszej strony, że jeżeli będziemy godzić się z takim stanowiskiem władz, to sytuacja będzie wyglądała bardzo źle.

Chcę również jeszcze dodać - to pewnie przy reformie jednak musimy wrócić, szczególnie jeśli chodzi o uzgodnienia nasze wspólne, do spraw uposażeń i systemu uposażeń, co do których były wstępne zgody podpisane przez przedstawicieli "Solidarności", przedstawicieli resortu i przedstawicieli OPZZ, które żeśmy na poprzednim zebraniu niejako uzupełnili przyspieszając terminy.

Ja chcę powiedzieć, że w tej chwili tu, na adres naszego biura organizacyjnego, otrzymujemy bardzo dużą ilość listów, listów dramatycznych od pracowników służby zdrowia, niepokojących, podpisanych przez setki ludzi. Taki mam dokument przy sobie. Ale jest ich bardzo wiele. Otrzymuję ja w domu telefony z pytaniami i proszę wszystkie organizacje "Solidarności", to nie tylko są "Solidarności", to są po prostu pracownicy służby zdrowia, ażeby poczekali jeszcze te dwa tygodnie ze swoimi akcjami, ale o dziwo, mimo tak złej sytuacji w służbie zdrowia bardzo wiele zakładów decyduje się na niepobieranie w tej chwili poborów, płać wyraźnie, że jest to tymczasem. Jest to ich protest na razie.

er

2/4

Zostawiając jakieś akcje protestacyjne na później.

Ja, proszę państwa, jestem bardzo przeciw szantażom jakimś i szantażom strajkowym i nie traktuję tego jako szantaż. Traktuję to jako sygnał. Wobec czego bardzo poważnie do tej sprawy dziś musimy podejść i takie uzgodnienie podjąć.

To tyle, co chciałam powiedzieć, na wstępie.

Przewodniczący: Dziękuję bardzo. Pan Guglas.

er

2/5

Ob. Wojciech Guglas: Pani Docent! Panie Profesorze! Chciałbym wyrazić zadowolenie z powodu przywrócenia normalnych stosunków obrad podzespołu ds. zdrowia. Zaistniała w sytuacji spowodowała duże zainteresowanie kraju, dostaliśmy właściwie z całej Polski, nie ma prawie jednostki służby zdrowia, z której nie dostaliśmy stanowisk załóg.

Chciałbym w tym miejscu przypomnieć, że łącznie ruch zawodowy reprezentuje ponad 500 tys. pracowników, skupionych w jednostkach służby zdrowia, ale tu nie chodzi o ilości zrzeszonych. Było ciekawe to, że wiele stanowisk docierało do nas ze środowisk, że środowisk lekarskich, poszczególnych grup zawodowych, wyrażające zaniepokojenie tą sytuacją.

Ludzie uważając ruch zawodowy za przedstawicielstwo społeczne środowiska służby zdrowia uważało, że zostanie zachwiana sprawa rozwiązywania spraw płacowych dla środowiska. Wiemy, że w tym zakresie jest podpisane porozumienie między rządem a ruchem zawodowym. Zresztą pani docent wskazywała także na aspekty płacowe. Sądzę, że jest to bardzo ważny temat, do którego wrócimy. Także kwestia umowy społecznej, to co pani docent mówiła, kwestia nakładów na ochronę zdrowia szeroko rozumianą, jak i kwestia najważniejsza. Społeczeństwo obawia się, że w ramach reformowania koszty opieki zdrowotnej zostaną przeniesione bezpośrednio na człowieka. Ruch zawodowy wyraził się w tym zakresie jednoznacznie, że reforma nie może bezpośrednio dotyczyć kieszeni pracowników ... pracowniczej, że muszą zniknąć w ramach reformy nieformalne do tej pory, nieformalne bariery ekonomiczne.

er

2/6

Są to sprawy bardzo ważne. My przyjmujemy przedstawiony przez pana profesora program. Sądzę, że szczegółowe tematy będą rozwiązywane podczas omawiania. Tak, że w tej chwili nie chcielibyśmy wracać. Kiedy państwo uznają za stosowne powrót do rzeczy z poprzedniego posiedzenia, czy z pierwszego, strona związkowa się do tego ustosunkuje. Dziękuję bardzo.

Przewodniczącym Dziękuję bardzo.

Ja rozumiem, że przesuwamy pomoc społeczną i kształcenie do reformy. I jest to jakiś sekwens. Pomoc społeczną - tak. Z tym, że kształcenie, ono jest też związane, dlatego że jest wyteżowane, tak samo oczywiście w reformie ono jest zarysowane i musi

er

3/1

w reformie ono jest zarysowane i musimy rozszerzyć ten temat. Natomiast chciałbym prosić, jeżeli się państwo zgodzą, żeby do spraw tych płacowych, które rozumiem, że są szalenie ważnym problemem, żeby nie przerywały naszego dzisiejszego programu obrad, powrócić w sobotę i poświęcić dość dużo miejsca. Tym bardziej, że tak, z jednej strony mamy zapisy. Już pani docent powiedziała, że musimy do nich wrócić. Dlatego, jeżeli byśmy skończyli zaplanowany na dziś program wtedy możemy oddać w ręce formułowanie stanowisk... z dniem dzisiejszym, zespołowi redakcyjnemu, czy zespołom redakcyjnym, które przedstawia nam pewne już stanowiska w sobotę, ale będziemy mieli możliwość większą, a przynajmniej dość dużą część czasu poświęcić temu nabrzmiałemu zagadnieniu, jakie są sprawy płacowe.

Czy państwo są zgodni z tą propozycją, czy jest jakaś inna?

Ob. Marek Edelman: Panie profesorze, przecież mamy zapis, że do 30 kwietnia ma być opracowany nowy system płac. To jest ten zapis z poprzedniego.

/Głos z sali: Projekt./

Projekt. Tak. Więc jeżeli wrócimy tutaj do projektu i do szczegółów, to to nie jest tu miejsce. Przecież myślę, że sprawę trzeba załatwić w ten sposób, że ta komisja, jeżeli jest, czy jej nie ma, żeby może podała wstępne, czy projekt solidarnościowy, czy projekt OPZZ, czy projekt rządu - wstępne ustalenia i żeby to do 30 kwietnia, bo wcześniej to się i prawdopodobnie nie da zrobić, zostało ustalone. Bo przecież nie będziemy się tutaj zajmowali każdą grupą

er

3/2

płacową itd.

Więc nie widzę powodu, żeby tutaj poza ogólnymi stwierdzeniami wracać do tej sprawy. Zdaje się, że ona została zupełnie jasno postawiona na poprzednim posiedzeniu ... kiedy to było? - na przedostatnim posiedzeniu, prawda?

Przewodniczący:
Przy omawianiu stanowisk i końcowego protokołu wrócimy do ... Rozumiem, że przy omawianiu stanowisk i końcowego protokołu uzgodnień, rozbieżności, problemów do dyskusji, wrócimy do wszystkich tych stanowisk, dlatego że one będą musiały być ostatecznie zatwierdzone, wszystkie te rzeczy zatwierdzaliśmy na kolejnych zebraniach.

Jeżeli w takim razie można - widzę, że nie ma więcej uwag - prosić państwa, byśmy podjęli w tej chwili dyskusję nad kierunkami reformy. I proszę uprzejmie o przedstawienie stanowiska. Po przedstawieniu stanowiska, ja nie wiem, czy pani docent będzie jedyną przedstawiającą stanowiska, czy poprosi tak tam swoich współkolegów do uzupełnienia. To już pozostawiam to w rękach pani docent.

I proponowałbym po tym punkcie dyskusję.
Dziękuję.

er

3/3

Doc. Zofia Kuratowska: Proszę państwa, ja po prostu odczytam uwagi do rządowego projektu^u kierunków reformy systemu opieki zdrowotnej i społecznej, przygotowany przez naszą stronę.

Przedstawiony przez stronę rządową projekt kierunków reformy systemu opieki zdrowotnej i społecznej stanowi jako całość dokument wewnętrznie niespójny, a w propozycjach rozwiązań wręcz sprzeczny z deklarowanymi celami. Niejasność sformułowań, stosowane często opuszczenia oraz wprowadzanie określeń osłabiających lub zmieniających intencje wcześniejszych zapisów, utrudniają jednoznaczną ocenę zamierzeń reformatorów.

Uważamy, iż dostrzeżone w toku głębszej analizy dokumentu sprzeczności deklarowanych celów z proponowanymi rozwiązaniami niosą ze sobą następujące zagrożenia.

1 - petryfikację wieloszczeblowej struktury zarządzania.

Proponuje się cztery szczeble zarządzania i dodatkowy szczebel funkcjonalny. Osłabi to naturalną dynamikę upodmiotowionych placówek służby zdrowia, która stać się powinna siłą napędową reformy.

2 - obciążenie pacjenta dodatkowymi kosztami. Jest to rezultat najpoważniejszej rozbieżności deklaracji i proponowanych sposobów realizowania celów. Najpierw gwarantuje się bezpłatną poradę w pełnym zakresie profilaktycznym, leczniczym i rehabilitacyjnym, o ile potrzeba takich świadczeń wynika z obiektywnych przesłanek wiedzy medycznej - to jest cytata - na kolejnych stronach wprowadza się jednak możliwość bezpłatnego korzystania z opieki w zakresie objętym dość

ogólnie określonym, tzw. standardem świadczeń. Proponuje się też wprowadzenie tzw. łóżek ordynatorskich, co sankcjonuje ~~xxxx~~ w majestacie prawa zdarzające się gdzie niegdzie nieetyczne postępowanie.

3 - Bliżej nieokreślona w czasie etapowość w uzyskaniu przez samorządy pracownicze i zawodowe pełni swoich uprawnień.

4 - Możliwość ograniczania roli samorządu terytorialnego w decyzjach dotyczących organizacyjno-finansowych form opieki zdrowotnej i społecznej, od pełnego upodmiotowienia poprzez możliwość wyrażania opinii aż do bardzo niejasnego zapisu do konieczności uzyskania akceptacji społecznej.

5 - Groźba szybkiego wzrostu kosztów w poszczególnych placówkach służby zdrowia jako rezultat proponowanego systemu rozliczania za konkretne świadczenia i usługi -
/fi for serwis/. Doświadczenia wielu krajów dokumentują realność tego zagrożenia. We wstępnej fazie reformy zjawisko szybkiego wzrostu kosztów może być wykorzystywane jako argument przeciwko reformie.

Jeśli do tych zastrzeżeń dodać brak rozstrzygnięcia w kwestiach warunkujących rozruch reformy i wyzwolenie motywacji, usunięcie pozamerytorycznych kryteriów w obsadzaniu stanowisk kierowniczych, jak rekomendacje i opinie partyjne, ~~na~~ decyzje co do kształtu i uprawnień samorządów terytorialnego, pracowniczego i zawodowego, własność komunalna, to uprawnionym będzie stwierdzenie, że przedstawiony przez stronę rządową dokument nie może być w obecnym swym kształcie przyjęty jako podstawa do dalszych prac przygotowujących wdrażanie reformy.

Konkluzja - proponujemy, by: 1 - do dnia 30 kwietnia strona opozycyjno-solidarnośćciowa przedstawiła proponowane zasady co do kierunku, w jakim miałyby prowadzić reforma systemu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej; 2 - do 30 czerwca opracowany został wspólnie przez zainteresowane strony ostateczny projekt kierunków reformy, które mogłyby się stać przedmiotem społecznej dyskusji. Wdrażanie zaś tej reformy powinno po poprawkach nastąpić do 1990 r. przy jednoczesnym - rozpoczęcie wdrażania przy jednoczesnym wprowadzeniu reform politycznych i ekonomicznych w Polsce.

Ja tutaj chcę uzupełnić taką uwagę, że jeżeli chodzi o ostatni punkt, że wprowadzenie reformy w służbie zdrowia bez wprowadzenia reform ekonomicznych oczywiście mija się z celem, bo nie będzie to wyspa uniezależniona od innych spraw. Tak samo, tak jak ~~żeśmy~~ już wielokrotnie mówili, bez demokratyzacji systemu, bez usunięcia opinii i rekomendacji partyjnych oraz bez wprowadzenia samorządów w pełnym zakresie ich uprawnień, zarówno pracowniczych jak zawodowych, również wszelkie posunięcia reformatorskie nie będą możliwe.

Uważamy - to jest bardziej szczegółowa uwaga, która tutaj jest zasygnalizowana, ale nie ma tej ostatecznej konkluzji - że jest nie do przyjęcia tzw. standard świadczeń, czy koszyk świadczeń poza którymi byłyby inne świadczenia płatne. Zostawia tu szaloną dowolność różnym osobom, subiektywnym opiniom oraz stawia jak gdyby tamę rozwojowi nauki i metod diagnostycznych i terapeutycznych. Takich tam my stawiać nie możemy. Absolutnie. I jest to sprawa nie do przyjęcia, szczególnie, że standard opieki zdrowotnej w

naszym kraju na ogół jest bardzo niski, niestety, poza wyjątkami. Wobec tego poza tym koszykiem mogłoby się znaleźć niemal wszystko, co jest potrzebne.

Oczywiście szczegółowe sprawy są naszym zdaniem do omówienia już przez stworzony zespół, który po zakończeniu obrad "okrągłego stołu" by zastanawiał się nad kształtem reformy.

Jeżeli chodzi o sprawy finansowania, co do których mamy swoje uwagi, bo może od razu je przedstawimy, to może poproszę pana dr. Marka Edelmana i pana docenta Wnuka-Lipińskiego. Proszę.

Dr. Marek Edelman: Proszę państwa, sprawy finansowania były postawione przez nas na zespole ekonomicznym strony solidarnościowej, a potem były przedstawione na stole gospodarczo-ekonomicznym, czy społeczno-gospodarczo-ekonomicznym

TW

4/1

były przedstawione na stole gospodarczo-ekonomicznym czy jakimś społeczno-gospodarczo-ekonomicznym w pełnym komplecie. Nigdzie one nie wzbud iły poważniejszych zastrzeżeń jako zasadę w zasadzie zostały przyjęte. O czywiście to nie znaczy, że przy wdrażaniu tego nie będzie takich czy innych trudności, bo muszę powiedzieć, że ze strony solidarnościowej też były pewne zastrzeżenia, bo jak tak tutaj mówiliśmy o tym budżecie, który jest tym kotłem, więc ekonomiści, którzy patrzą na tę sprawę z punktu widzenia państwa wolą mieć do czynienia z wielo większymi sumami i nie chcą dawać samodzielności żadnej grupie w okresie kryzysu, to jest zresztą przez wie u innych uważane za niesłychane.

Ale mamy nadzieję, że wobec tego ani strona rządowa, ani strona opozycyjno-solidarnościowa nie wyrazi ła sprzeciwu, więc mniej więcej w tej formie jak myśm to przedszawili może to być wspólnie przyjęte. Więc dwie rzeczy są zasadnicze. Jest zasadnicza sprawa funduszu ochrony zdrowia i druga sprawa, to est spraw ZUSu.

Więc chciałbym państwu przedstawić, bo to są bar dzo ogólne zarysy, jeżeli w komisji redakcyjnej, która będzie do tego programu , która będzie ten program opra cowywała, dojdą jeszcze jakien punkty nie mamy nic przeciwko temu, bo to jest ogólny zarys ideologia tego, a resztę, szczegóły mogą być dopracowane bezpośred nio tutaj albo nawet i później, bo ten fundusz będzie się rozrastał.



4/2

Więc chodzi o to, żeby fundusz zdrowia był wyodrębnionym funduszem, niezależnym od budżetu państwa, że budżet państwa byłby tylko udziałowcem w tym funduszu.

I fundusz taki, który jest funduszem społecznym nie może być administrowany ani przez jednego człowieka, to znaczy przez ministra, ani przez naczelnika wydziału zdrowia, czy prezydenta miasta, bo wszystkie te sprawy muszą być załatwione conajmniej przez akcjonariuszy tego funduszu i poza tym musi być pełna kontrola społeczna nad tymi poeniedzmi.

Więc co do formy tej kontroli my się w tej chwili nie wypowiadamy, bo to jest sprawa ustaleń ogólnopolitycznych. Jak daleko pójdzie samprządność miast i miasteczek czy administracja jednak wyjdzie z tych samorządów, bo bardzo się rząd upo ra a nie chce wypuścić władzy z samorządów, chce stworzyć takie fikcyjne samorzady, że wojewoda będzie naczelnikiem a rada miejska nie będzie miała uprawnień wykonawczych, to w ogóle straci cały sens wszystka i reformy nasze też, wobec tego tej sprawy tutaj nie poruszamy, chcemy tylko pwoedzieć, z cz go ma się składać fundusz zdrowia.

Więc tutaj jest sprawa taka, myśl.y zaproponowali 20-procentowy fundusz - 20-procentowy opis z fundu u płac. On faktycz ie istnieje, To jest ten tzw. podatek od wynagrodzeń, który w feoretycznie jest przeznaczany na fundusz zdrowia, ale faktycznie tak nie jest, bo faktycznie on wchodzi do kotła i ile si; z tego staje nie wiadomo. Więc to żeby było podstawą, te 20%. Niektó rzy ekonomiści mówią, że 15% wystarczy, bo inni mówią

4/3

że 20% to zabezpieczy wasz cały budżet a my potrzebuje my z tego jeszcze na to, a to i na tamto. Może,

Następnie z sum płaconych to się nazywa elegancko przez podmioty gospodarcze podatek w złotych i w dolarach, to znaczy w dewizach z firm farmaceutycznych zamiast wkład do budżetu to jest 40-procentowy w tej chwili podatek a potem on może być inny zamiast wpłat do budżetu wpłat na fundusz zdrowia, czyli wyjęcie pewnej części z budżetu i przeniesienie jej do funduszu zdrowia.

Dobrowolnych dotacji podmiotów gospodarczych na fundusz zdrowia, co to znaczy? No znaczy to o czym mówił dr Indulski, że przedsiębiorstwa przemysłowe utrzymują w pewnej części służbę zdrowia, jak sprzętem, lekarskim budową szpitali w górnictwie itd. żeby te fundusze nie były gospodarowane -były również włączone w ten fundusz zdrowia, z jednym zastrzeżeniem, o którym już tutaj była mowa, że lekarze personel nie podlega fabrykom, tylko podlega i te przedsiębiorstwa które będą wpłacać na fundusz zdrowia, żeby miały tę preferencję że o te sumy będzie zmniejszony ich podatek dochodowy. To nie zbudziło nigdzie sprzeciwu, bo tak jest na całym świecie i tak powinno być..

Następnie żądamy całego funduszu antyalkoholowego do wprowadzenia do służby zdrowia, albowiem nie wiadomo co się z nim dzieje, bo poza służbą zdrowia nie widzę te cztery czy pięć towarzystw antyalkoholowych które mają swoje witryby w Krakowie, w Warszawie i w Łodzi

4/4

nie zużywają $2 \frac{3}{4}$ funduszu antyalkoholowego, czyli to idzie normalnie do państwa i państwo utrzymuje się z alkoholu, bo alkohol jest tani a ceny są drogie, więc jeszcze zabiera fundusz antyalkoholowy.

Więc nie wiem czy to jest tak wskazane. Nie piszemy tutaj o monopolu tytoniowym, bo nie mamy żadnego rachunku. Na świecie jest też w każdej paczce papierosów fundusz antytytoniowy. Ja nie wiem jak jest u nas i dlategośmy tutaj nie uwzględnił, to jest do uzgodnienia.

Całego zysku Polservisu z kontraktów lekarskich dolarowych oczywiście, to co państwo zabiera, czy Polservis, nie wiem kto to zabiera, 50 tych zysków, to są bardzo duże sumy i to jest nam potrzebne.

Następnie podatków z Pewexu od obrotu alkoholem oczywiście w dewizach, no tak oni sprzedają, bo bony są to dewizy, bony oni dostają przecież dolary i wydają te papierki.

Następnie z wpływów komunalnych, z podatków dochodowych i obrotowych. To właściwie co dzisiaj jest wygląda w ten sposób, że miasto dostaje od państwa 100 mln złotych i z tego daje 20 mln na służbę zdrowia. Wyobraźmy sobie, że przy samorządzie prawdziwym podatek dochodowy obrotowy będzie płacony do miejskiej rady narodowej czy jak to będzie się wówczas nazywało i z tego podatku miasto będzie miało obowiązek utrzymywać szpitale, lecznictwo właściwie w danym mieście. Na przykład gmina niedzie utrzymywała ośrodek zdrowia, a duże miasta będą

ztruymywały szpitale, ośrodki zdrowia i to wszystko co jest potrzebne. To jest w zakresie miejskim.

Czego my chcemy od państwa? Od państwa chcemy z budżetu wszystkie centralne ich budowy, drogie, to jest szpitalnictwo- pomoc w budowach ośrodków zdrowia itd. Chcemy centralnych instytutów. jeżeli te instytuty mają istnieć i mają coś znaczyć, ale w zasadzie chcemy, bo możliwe że część instytutów można zlikwidować, ale to jest inna sprawa. Szczególnie statystycznie.

Następnie akademii medycznych, bo to jest centralna rzecz i wszystkich centralnych akcji profilaktycznych. Myśmy tam wymienili jako najlepiej przeprowadzoną akcję centralną z budżetu państwa, to była akcja W jeżeli państwo są młodzi, nie pamiętaj jej, ale ja ją pamiętam, bo jestem starym człowiekiem i była to akcja nadzwyczajnie przeprowadzona, państwowo wprowadzie zapłaciło dużo pieniędzy, ale do dzisiaj nie ma epidemii kiły w Polsce, to nie ma co mówić. Dobrze, że te kontakty są jeżeli jest to jest w Skierniewickim ta epidemia, która nie wygasła nigdy, ale to jest rzecz zupełnie innego rodzaju, nie mamy żhucaków.

Więc uważamy, że taka akcja, następnie akcja Haine-Medina, gruźlica mamy zastręzenia co do tego

następnie akcja Haine-Medina - gruzlica, mamy zastrzeżenia co do tego, obecnie wielkie, to jest w ogólnie, w okresie przekładowym bo przecież to się nie stanie jutro, jak państwo rozumieją, bo jak widzimy na tym stole gospodarczym tam są szalone opory z wprowadzaniem tej reformy, to wszystko o się będzie ciągnęło Bóg wie jak długo.

Zanim uruchomi się nowy system finansowania służby zdrowia budżet państwa jest obowiązany pokrywać brakujące fundusze do sumy faktycznych wydatków, Raczonowanie chdemy powiedzieć na czym rzecz polega - racjonowanie wydatków w służbie zdrowia jest sprawą bardzo długotrwałą tego się nie zrobi z dnia na dzień i ten proces musi trwać a za to odpowiada państwo, ministerstwo zdrowia za ten bałagan który jest w służbie zdrowia, tych lekarzy, którzy siedzą i wypisują tylko te skierowania. Więc musi te koszty ponieść nie ma rady. Ponosi koszty kryzysu, i musi ponieść te same koszty w służbie zdrowia.

I rzecz najważniejsza, którą musimy oświadczyć, że nie może ta reforma finansowa obciążyć ludności, bo tego poziomu życia dalej nie można obniżać. To jest jedna sprawa i ona w zasadzie została przyjęta. Jeżeli powiecie, że oni się z nami będą targować, czy 15 czy 10% bardzo możliwe, każdy chce mieć jak najwięcej.

I jak powiedzia jeden z ekonomistów wyrywacie nam złote jajko, no trudno wyrywamy, ale wy nam wyrywacie wszystkim trzy i pół roku życia przez ostatnie 8 lat i powiedziałem, że za następne 8 lat będzie nie 3,5

tylko 7 lat. a teraz jest i tak niż demograficzny.

Więc wojsko nam na szczęście nie jest potrzebne, bo nic nam nie grozi, więc chłopcy mogą się nie rodzić, ale tym niemniej ludność musi tu być.

Zawsze potrzebne, żeby generałowie mieli swoją satysfakcję, że mają czym rządzić. Druga sprawa jest sprawa GUS. Sprawa ZUS jak państwo tutaj słyszeli to jest w ogóle kpina i właściwie należy się ich podać do sądu, Gdyby każdy obywatel był mądry to by ich podał do sądu za sprzeniewierzenie pieniędzy. To jest oczywista sprawa. Ale wtedy by ZUS prawdopodobnie podał wszystkich poprzednich premierów i ministrów finansów do sądu, a wobec tego, że jak ktoś odchodzi z ministra to już za nic nie odpowiada, a jak jest ministrem to najwyżej co mu można zrobić, to go zdjąć, więc żadnej kary nie będzie a społeczeństwo zostało banite w butelkę przez 40 lat. To państwo słyszeli tutaj adekwatnie

Wobec tego co proponujemy? I to nie wzbudziło nigdzie żadnych sprzeciwów, ani na naszym stole, ani na stole ogólnym. ZUS musi się stać przedsiębiorstwem ubezpieczeniowym, Wszystkie składki muszą być ewidencjonowane, a także gromadzone na rachunku przedsiębiorstwa ZUS musi mieć prawo obrotu zgromadzonym kapitałem, państwo wiedzą, obrót to znaczy handlować tymi pieniędzmi.

Prawo do realnego procentu bankowego, prawo wyboru banku, prawo do prowadzenia własnej działalności kredytowej, bo to jest bardzo ważne, na tym się zarabia kupę pieniędzy, bo te pieniądze leżą u ZUS, a jak

ktoś wódnie kredyt to to nie jest 12% tylko 30% jak państwowczoraj słyszeli, prawo do prowadzenia działalności gospodarczej, to znaczy się lokowania kapitałów w odpowiednich przedsiębiorstwach.

I prawo do tworzenia banku, albo banków. Tutaj powstała propozycja ze strony Solidarnościowej, żeby bank był wspólny dla funduszu zdrowia i dla funduszu ZUS. I żeby ZUS był tą instytucją, która ewidencjonuje składki, ale to jest sprawa organizacyjna, więc dlatego my jej nie poruszamy tylko mówię o tym.

I rzecz najważniejsza, prawo do tworzenia spółek krajowych i zagranicznych z innymi przedsiębiorstwami i organizacjami ubezpieczeniowymi w kraju i za granicą. Jest to rzecz bardzo ważna, bo jak państwo wiedzą tutaj przychodzi bardzo duże sumy z rent i emerytur. Te sumy zabiera oczywiście państwo, wypłaca 40% obecnie w przeliczeniu po 3 tysiąc złotych, a resztę dolarów zabiera dla siebie i w służbie zdrowia ani w ZUSie nikt tych dolarów nie ma żadnego pożytku. To się płaci wszystkie długo za okręty, za czołgi, za wszystko się płaci z tych dolarów, te 2 miliardy złotych co się płaci rocznie to się płaci na to.

I to są te rzeczy, które musieliśmy powiedzieć. Jest jeszcze jedna bardzo ważna sprawa, że nie jest do dzisiaj rozliczalny fundusz odszkodowań zagranicznych, szczególnie niemieckich, które rząd i Gomułka i Gierka był uprzejmy wziąć za nas, za nas dlatego mówię, bo za

obywateli, bo nie każdy tutaj miał te pieniądze, nawet za tych ludzi, którzy byli poddani eksperymentom medycznym gdzie sumy były bardzo duże, do dzisiejszego dnia to jest nie duża liczba osób, to dzisiaj żyje 160 osób z nich i te sumy są do dzisiaj rozliczone, tam się płaciło w złotych złotych po kursie 4 złote za dolar, a dolarów to tam było 160 najwyższa suma, kiedy ktoś dostał jak u wycięli dwa jajniki i pocięli nogi, to dostał 1600 dolarów, nie dzisiaj tylko lat te u ileś, a fundusze były znacznie większe, to jest raz a drugi odszkodowania te, które otrzymywali obywatele są wypłacane cały czas według stawki, ja nie wiem jak dzisiaj, ale przez lata było to jako podstawa 14 tysięcy w grupie inwalidów drugiej grupy- a więc to są sumy śmieszne. Oczywiście, że państwo zabrało te marki i obraca nimi, a obywatelowi nawet nie dało złotych,

Bięc to rozliczenie musi być dokonane. To jest na szczęście dla państwa coraz mniejsza kwota, bo ci ludzie wymierają i tych ludzi jest coraz mniej, ale ci którzy są powinni to mieć rozliczone.

I jedno zastrzeżenie, które z dotychczasowej praktyki jest nam znane jak pan dyrektor ZUSu powiedział że ZUS jako przedsiębiorstwo ubezpieczeń nie może finansować budżetu państwa. To zastrzeżenie jest mimo że tu wszystko jest tak powiedziane, to to zastrzeżenie musi być powiedziane, bo państwo wielokrotnie jak już utworzyło to przedsiębiorstwo ZUS brało od niego pieniądze. To są nasze de yderaty, które w zasadzie zostały

przyjęte zaakceptowane w zasadzie przez obydwie komisje.

Dziękuję.

Przewodnicząc: Dziękuję bardzo.

Chciałbym zapytać kto zapisuje się do dyskusji

Może zrobię listę. Już piszę, żebyśmy się zorientowali. M

Ob. Gustaw Bokszczainin /DPZZ/:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo! Ja chciałem właśnie ciwie kilka słów powiedzieć na temat przebiegu przebiegu dzisiejszych naszych obrad i spraw proceduralnych, albo wiem wyrażam pewien niepokój. Ja sądziłem, że rozpoczniemy dzisiejsze obrady od przyjęcia wypracowanych już stanowisk wypracowanych, Ponieważ był powołany podzespół, który się nazywał do spraw reformy służby zdrowia, sądziłem, że w imieniu tego zespołu zostanie przedstawiony protokół ustaleń wraz z tzw. protokołem rozbieżności wszystkich uczestniczących w obradach stron, albowiem my w tej chwili możemy przedstawić no pakiet dodatkowych tematów sięgających setki a może nawet i 200 dodatkowych pozycji i zamiast osiągać consensus w niektórych sprawach, to my ten consensus po prostu oddalamy.

Jest to moja gorąca i serdeczna prośba panie przewodniczący, abyśmy powrócili

er

6/1

Jest to moja gorąca i serdeczna prośba, panie przewodniczący, abyśmy powrócili do ustaleń, które już są. I te ustalenia powinny być przedstawione na tym stole. Po to podzieliliśmy się na te dwie grupy, ażeby później zbierając się na posiedzeniu plenarnym zapoznać się, jaki jest dorobek tamtych zespołów. To jest sprawa pierwsza.

Sprawa druga. Tutaj przez panią docent zostały przedstawione konkretne bardzo propozycje i terminy. Ja uważam, że trzeba do tych spraw szybciotko wrócić i szybciotko osiągnąć ~~x~~ consensus. Jeżeli mówimy, że sprawy dotyczące systemu płac, czy innych rozwiązań systemowych, zostaną przygotowane i opracowane w określonym terminie, to mam propozycję, żeby do tych tematów nie wracać, albowiem nad tymi tematami będą pracowały określone zespoły w bardzo precyzyjnie określonym terminie.

Oczywistą jest rzeczą, że nie można tu nikomu zamykać możliwości wypowiedzenia się w tych sprawach. Natomiast mam poważną obawę, czy my faktycznie w trakcie jutrzejszego, sobotniego posiedzenia lub 14-tego, sporządzimy tzw. protokół końcowy ustaleń. Mam wielką obawę, że nie. Przedstawione przez dr. Edelmana sprawy, przy jej wielości, wymagałyby wręcz wielkiego czasu pracy, bo każdy temat wniesiony jest to temat oddzielny, wymagający wręcz wielkiego wysiłku~~x~~ intelektualnego. Trzeba się oprzeć o przepisy, przepisy o przedsiębiorstwie państwowym, oprzeć o nadal jeszcze u nas obowiązujące ustawodawstwo. Bo nasze życzenia pobożne są tylko życzeniami. Natomiast trzeba zobaczyć, co można na dzień dzisiejszy załatwić, a co w perspektywie,

er

6/2

wówczas kiedy będzie nowy parlament, będzie nowe ustawodawstwo, będzie nowa sytuacja polityczna, o której tutaj coraz głośniej mówimy.

Zasadą obrad innych podzespołów jest taka, że na zespołach plenarnych posiedzeniach w ramach omawianych punktów uzyskuje się consensus, natomiast tam, gdzie jest protokół rozbieżności przekazuje się pod obrady w trakcie spotkania generała Kiszczaka z panem Wałęsą, czyli w Magdalence.

I tam po prostu w te sporne sprawy są w lewą lub prawą stronę rozstrzygane.

Dlatego mam gorącą prośbę, po pierwsze - chciałbym po prostu, żeby na temat reformy służby zdrowia. Przecież ten temat nie zrodził się dzisiaj. Pracował nad tym tematem zespół ponad kilka lat. I sądzę, że po pierwsze - pani doc. Kuratowska zgłosiła w kilku słowach właściwie podstawowe zastrzeżenia, z którymi my się zgadzamy i w stanowisku również naszym związkowym te zastrzeżenia są jednoznacznie również wyartykułowane.

Natomiast sądzę, że dowiemy się dzisiaj, co ten zespół ds. reformy zrobił i co osiągnął. W których punktach jest zgodność, w których nie ma i nad którymi sprawami będziemy jeszcze nadal tutaj prowadzili nasze rozmowy i będziemy starali się zbliżyć nasze wszystkie wspólne stanowiska. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący: Dziękuję bardzo.

Ja tylko gwoli wyjaśnienia, że te sprawozdania były przekazane uczestnikom na poprzednim posiedzeniu. I na poprzednim posiedzeniu ustaliliśmy, że ponieważ kierunki refor-

er

6/3

my, ten dokument, rysuje tylko kierunki, ale on wymaga bardzo dużych uszczegółowień. I ponieważ został przedstawiony przez stronę rządową, dlatego w dniu dzisiejszym otrzymamy uwagi do dokumentu, zrobimy indeksację problemów do rozwiązania. Przecież tutaj jest wiele tych propozycji, które wymagają uściślenia, albo one mogą być zupełnie nierealne. Przecież to wymaga spojrzenia innego. I że w czasie dyskusji dojdziemy do listy problemów, gdzie mamy pewną zgodność spojrzenia i te które wymagają dalszych, pogłębionych dyskusji i te, gdzie mamy po prostu rozbieżne spojrzenia.

Stąd też po przedstawieniu tego stanowiska, ja myślę, że w dyskusji pewne rzeczy będą podkreślone, pewne rzeczy będą wyjaśnione i będą podstawą dla zespołu redakcyjnego do wyłuskania tam gdzie jest zgodność, tam gdzie jest rozbieżność, i to, co pozostawiamy do dalszej dyskusji, ponieważ przecież będzie komisja, powołany zespół ds. wdrażania reformy, który będzie miał szeroką reprezentację i on dopiero poprzez swoje zespoły problemowe, znowu specjalistyczne, będzie rozwiązywał te problemy szczegółowe.

Teraz jeszcze gwoli wyjaśnienia, to doszliśmy do wniosku, że ponieważ nie jesteśmy w stanie - ja myślę o poprzednim zebraniu - nie jesteśmy w stanie iść bardzo szczegółowo w jakieś dyskusje, dlatego przyjęliśmy te raporty tych zespołów roboczych, jako wstępnie dokonujących przeglądów spraw i postanowiliśmy przenieść na to zebranie plenarne, żeby dzisiaj zakończyć tą ogólną kierunkową dyskusję. I to jest gwoli wyjaśnienia kol. Błkaczczaninowi.

er

6/4

Poproszę w takim razie w tej chwili dr. Włodarczyka.

Dr. Włodzimierz Włodarczyk: Dziękuję bardzo.

Proszę państwa ogólny temat "okrągłego stołu", przynajmniej tak jak się to jawi ze środków masowego przekazu wydaje się zbliżać do porozumienia w jednej sprawie - depolityzacji wielu obszarów naszego życia.

Wydaje się, że rozstrzygając pewne kwestie tego stołu, powinno się przyjąć zasadę inną i rozstrzygnąć pewne fundamentalne kwestie polityczne. Na czym to miałyby polegać?

Gorąco popieram stwierdzenie pani doc. Kuratowskiej z oceny dokumentu rządowego, że jest on pełen sprzeczności. Rzeczywiście tak jest. Ale fundamentalną przyczyną tego stanu rzeczy jest to, że w żadnej fazie dyskusji nad projektami reformy służby i ochrony zdrowia, zarówno tych, które się toczyły po stronie rządowej, "Solidarności" czy opozycji, albo na pograniczu obydwu tych nurtów, nigdy punktem wyjścia nie było przyjęcie zgody na pewne podstawowe założenia, które w projekcie reformy mają być realizowane. I, ponieważ różni autorzy przyjmowali różne, odmienne i nigdy do końca nie wyartykułowane precyzyjnie podstawowe założenia dotyczące reformy, stąd ta wielorakość wątków i pomysłów, które w kolejnych dokumentach się pojawiała. Jednym z takich dokumentów jest ten ostatni, jak wielu sądzi najlepszy, ale ciągle niedoskonały, ten który jest przedmiotem naszej dyskusji.

Jakie kwestie są fundamentalne? O jednej sprzeczności była mowa w tej ocenie, odczytanej przez panią docent. To jest sprzeczność między deklaracją pełnej bezpłatności

świadczeń i ideą podstawowego koszyka czy standardu.

Rzeczywiście, jeżeli odczytamy dosłownie te zapisy jawi się tu sprzeczność. Ale sądzę, że bardziej niż dostrzeganiem i analizą samej sprzeczności, która jest w tekście, ważniejsze jest ustosunkowanie się do sprawy. Do sprawy podstawowego koszyka, czy podstawowego standardu świadczeń.

Jest to kwestia, którą ja osobiście uważam za najważniejszą w sprawie tworzenia spójnego i mającego szansę realizacji projektu reformy. Otóż rzeczywiście i w naszym kraju i w wielu innych krajach pokutuje mit bezpłatnego dostępu do wszystkich świadczeń zdrowotnych. Otóż z całym naciskiem podkreślić należy, że jest to wyłącznie mit. W żadnej sytuacji najbogatszego społeczeństwa system zabezpieczenia społecznego nie może obiecać bezpłatnego dostępu do pełnej gamy świadczeń zdrowotnych. W czasach, kiedy ten mit powstawał miał dwa źródła. Zresztą ciekawe, że ten dowód nie został wyraźnie pokazany.

Otóż pierwsze źródło mitu o pełnej bezpłatności to polityczne hasło komunistycznych partii, które chcąc zdobyć sobie społeczne poparcie i popularność, obiecały, że po dojściu do władzy zagwarantuje społeczeństwu taką właśnie sytuację. I drugie źródło mitu, to prawdopodobnie brytyjska koncepcja państwa dobrobytu z lat czterdziestych, kiedy wierzono, że wzrost dostępu do świadczeń medycznych doprowadzi bezpośrednio do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa.

I kiedy Beveri... proponował takie rozwiązanie, wielokrotnie podkreślał, że tak właśnie będzie. Bezpłatne świadczenia

zdrowotne, to zdrowsze społeczeństwo, mniejsze potrzeby zdrowotne i mniejsze zapotrzebowanie na świadczenia.

I ta empiryczna teza została przez czterdzieści parę lat doświadczeń kilkudziesięciu systemów zdrowotnych na świecie całkowicie obalona.

Okazało się, że wprowadzenie zasady bezpłatnych świadczeń zwiększa zapotrzebowanie, zwiększa potrzeby. I wobec tego ta teza Beveritcha /?/, empiryczna teza została całkowicie sfalsyfikowana. Wobec tego, o ile możemy ufać, że politycy społeczni lat czterdziestych, może jeszcze lat pięćdziesiątych, szczerze mogli obiecywać społeczeństwu pełny bezpłatny dostęp do świadczeń, o tyle my dzisiaj, operując tą wiedzą, która została na świecie zgromadzona, we wszystkich praktycznie krajach, nie możemy czegoś takiego obiecywać.

TW

7/1

o tyle my dzisiaj operując tą wiedzą, która została na świecie zgromadzona we wszystkich praktycznie krajach nie możemy czegoś takiego obiecywać i jeżeli akceptujemy podstawową przesłankę racjonalnego spojrzenia na system to musimy szczerze sobie powiedzieć, że wszystkiego za darmo dawać nie można i jeżeli tak powstaje tylko zasada, jaki stworzyć mechanizm określenia tego zakres świadczeń, które każdemu sprawiedliwie powinien się należeć.

I wbrew temu co mówiła pani docent nigdzie w dokumencie nie jest napisane, że ma być to jakikolwiek system arbitralny. To właściwie przedmiotem demokratycznego procesu wzajemnych uzgodnień i negocjacji powinna być decyzja ustalająca treść koszyka.

Proponuję zatem przyjąć zapis czy zalecenie że w ramach demokratycznego procesu podejmowania decyzji będzie dochodziło do ustalenia zakresu koszyka świadczeń. ale chodzi tu w istocie o przełamanie tego mitu, który leży u podstaw organizowania naszej ochrony zdrowia i sądzę, że to jest pewna polityczna decyzja, jak mówił prof. Wojtczak kierunkowa decyzja- którą powinniśmy otwierać, i zgodnie z którą powinniśmy w przyszłości postępować i to jest sprawa pierwsza, zgody na idee koszyka.

I sprawa druga, sprzeczności, której pani docent nie mówiła, o która jest wyraźnie w tym dokumencie sprawa lekarza rodzinnego i b rejonowego. Tutaj dopatruję się bardzo istotnej sprzeczności która w dokumencie występuje

7/2

Otóż zupełnie inaczej funkcjonuje system, którym się wprowadza idee lekarza rodzinnego, który jest lekarzem zaufania rodziny, który jest przewodnikiem po skomplikowanych zakamarkach wąsko wyspecjalistycznych służb medycznych. A inaczej funkcjonuje system, w którym istnieje dostęp do trzech jak to się u nas mówi specjalności podstawowych a praktycznie jeszcze do wielu innych.

Tu oczywiście można się powoływać również na argumenty ekonomiczne, wiadomo, że te systemy gdzie istnieje wolny dostęp do specjalistów są droższe, wymagają większych nakładów, to jest jedna grupa argumentów, ale ta grupa argumentów, która powinna być jak sądzę, wielu osobom siedzącym po tamtej stronie stołu szczególnie bliska, postać tego lekarza, którego rodzina darzy zaufaniem i z którym współpracuje w budowaniu racjonalnego planu działań na rzecz swojej rodziny zdrowia przezwyciężenie tej sprzeczności, która jest w dokumencie, mówiąc inaczej wyraźne poparcie ideał lekarza rodzinnego uzyskanie zgody w tej dziedzinie, również politycznej zgody, to jest kwestia która powinna być tutaj w kategoriach właśnie politycznych rozstrzygana.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Dziękuję.

Ob. Edward Wnuk-Lipiński:Dziękuję za ustalenie mi miejsca.

Chciałbym przedstawić państwu w odpowiedzi właściwie na apel pana Bokszczanina pakiet decyzji pilotujących całościową reformę służby zdrowia. My tutaj już powinniśmy skończyć dyskusję kwestie teoretyczne, a załatwiać bardzo konkretne sprawy.

Bo to jesteśmy właśnie tutaj zebrani na sesji plenarnej, od spraw teoretycznych i ustalania poglądów są zespoły robocze i ewentualnie ciała, które powstaną po podpisaniu protokołu zbieżności i rozbieżności, po naszym sporowaniu.

Więc chciałbym właśnie przedstawić teraz państwu pakiet 14 decyzji, które strona solidarnościowa uważa za niezbędne decyzje w celu przygotowania gruntu do realizacji całościowej reformy służby zdrowia. No nie są decyzje wkraczające w samą reformę. To są decyzje, które powinny tę reformę poprzedzać, jej wprowadzenie.

Punkt 1: Zniesienie zasady akceptacji i rekomendacji politycznej w służbie zdrowia do 31 marca 1989 r. Jest to decyzja polityczna nie wymaga ona żadnych nakładów finansowych, ani właściwie żadnej zmiany obowiązującego formalnie prawa. Jest to decyzja polityczna, która może być podjęta z marszu.

Punkt 2: Ścisłe ustalenie form własności istniejących placówek służby zdrowia, do dnia wejścia w życie ustawy o mieniu komunalnym.

Punkt 3: Odblokowanie możliwości tworzenia samo-

rząd w pracowniczych w placówkach służby zdrowia na zasadach sformułowanych w ustawie o samorządzie z 1981 roku od dnia 1 maja 1989 r.

Punkt 4: Stworzenie prawnych możliwości organizowania izby lekarskich do 30 kwietnia 1989 r. Stworzenie tych prawnych możliwości.

Punkt 5/ Przygotowanie przejściowego, to już właściwie jest uzgodnione, ale dla porządku ten punkt jest również w tej liście, przygotowanie przejściowego do czasu pełnego wprowadzenia reformy układu zbiorowego płac w służbie zdrowia do 30 kwietnia 1989 roku. Jak powiadam to już jest właściwie uzgodnione, ale dla porządku jeszcze o tym mówię,

Punkt 6: Stworzenie gwarancji prawnych dla równo uprawnienia wszystkich sektorów państwowego, komunalnego spółdzielczego, prywatnego oraz fundacji w służbie zdrowia do dnia wejścia w życie ustawy o mieniu komunalnym.

Punkt 7: Stworzenie preferencji kredytowych i ulg podatkowych na okres nie krótszy niż 4 lata dla przedsiębiorstw produkujących na potrzeby ochrony zdrowia. Stworzenie tych preferencji od 1 maja 1989 roku.

Punkt 8: Zwolnienie od opłat celnych jeśli jeszcze takowe istnieją, importu sprzętu wyposażenia medycznego leków oraz środków higienicznych dla wszystkich form własności, dla wszystkich form własności, oraz zdecentralizowanie i uproszczenie procedury importowej, do 30 kwietnia 1989 r.

Punkt 9: Uruchomienie interwencyjnego importu środków jednorazowego użytku, a w tym zwłaszcza igieł i strzykawek oraz zestawu podstawowych leków i podstawowych środków higienicznych do pełnego stanu zaspokojenia potrzeb, uruchomienie tego od 30 kwietnia. Pewne wstępne ale dość mgliste obietnice uzyskaliśmy od ministra Wilczka na stoliku ekonomicznym wczoraj, były to obietnice zgłoszone publicznie, więc możemy się jakoś na nie powoływać, ale wydaje mi się, jeśli będzie to tapis konkretnym terminem, to wówczas sprawa nabierze realności, a nie skończy się znowu na obietnicach.

Punkt 10: Stworzenie prawnych możliwości dla społecznej kontroli więziennej służby zdrowia przez patrol z dniem utworzenia tej organizacji oraz kontroli merytorycznej sprawowanej przez nadzór specjalistyczny wyznaczony przez izbę lekarską, z dniem powstania izb lekarskich.

Po prostu chodzi o wyposażenie w kompetencje tych dwóch organizacji.

Punkt 11: Utworzenie stałej komisji porozumiewawczej do spraw reformy służby zdrowia w skład której wchodzi przedstawiciele resortu zdrowia, NSZZ "Solidarność" OPZZ i izb lekarskich, po zakończeniu obiad Okrągłego stołu.

Punkt 12: który jest związany z tym 11, stworzenie zainteresowanym stronom prawnych gwarancji możliwości kontroli procesów wdrażania całościowej reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce, stworzenie tych

właśnie prwnach gwarancji, do 30 kwietnia 1989 roku.

Punkt 13: Powołanie zespołu do spraw reformy pomocy społecznej, w skład którego wchodzi przedstawiciele resortu zdrowia, NSZZ "Solidarność", OPZZ, Polskiego Towarzystwa Pracowników Socjalnych oraz eksperci do 31 marca 1989 roku

I pkt. 14 - wprowadzenie ustawy o pomocy społecznej do końca 1989 r.

Z przedstawionych przeze mnie punktów wynika, że terminy są bardzo napięte. I rozumiem, że u części z państwa wywołały one być może nawet odruch zniecierpliwienia. Ale sytuacja jest tak katastrofalna, że naprawdę musimy się spieszyć.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący: Dziękuję bardzo. Ja miałbym jedynie tylko taką prośbę, ponieważ wiele tych tez wymaga uściślenia i nawet odpowiedzi, że pewne rzeczy są załatwione, natomiast trudno jest od razu przyswoić sobie i daty i tezy, prosiłbym pana docenta o przedstawienie pisemnego wyliczenia i tych terminów i problemów.

Proszę, magister Wysocki.

er

8/2

Ob. Jerzy Wysocki: Pan dr. Edelman był uprzejmy przedstawić niektóre założenia i propozycje, albo inaczej - ustosunkowanie się do kierunków reformy wynikającej z projektu rządowego.

Ja chciałbym powiedzieć jedno, że nie ma na świecie idealnego systemu finansowania, ponieważ gdyby taki istniał, to by go wszystkie kraje przyjęły i zaadaptowały. I to jest punkt pierwszy.

W związku z tym istnieje przynajmniej kilka modeli do wyboru. Pracując nad kierunkami reformy systemu ekonomiczno-finansowego mieliśmy praktycznie do wyboru trzy modele. Model ubezpieczenia zdrowotnego - czyli ten popularny model zachodnioeuropejski; model budżetowy istniejący dotychczas z modyfikacjami, nazwijmy go w pewnym sensie modelem skandynawskim i socjalistycznym, bo tak też go się nazywa; i trzecia możliwość - utworzenia parabudżetu, czyli innymi słowy wyciągnięcia środków, które w tej chwili są ~~dotychczas~~ do budżetu i przełożenia go do innej kieszeni, pod nazwą parabudżet, w tym przypadku nazywałoby się to Fundusz Ochrony Zdrowia.

Ja muszę tu powiedzieć, że ze wszystkich konsultacji jakie były przeprowadzane, najmniej zwolenników uzyskała koncepcja parabudżetu. Zdecydowanie najmniej zwolenników zyskała koncepcja parabudżetu. Najwięcej zwolenników zyskał system ubezpieczenia. Nazwijmy, tradycjoniści, optowali za budżetem, ci którzy oczekiwali tzw. bezpieczeństwa finansowego. Za to stosunkowo nieliczna grupa, zwłaszcza w kręgach

intelektualistów optowała za systemem parabudżetu.

I chciałem powiedzieć, że strona solidarnościowo-opozycyjna w miejsce wydyskutowanego, konsultowanego od strony modelu, bo nie chodzi, nie spieram się tu o szczegóły, czy to ma być tak, czy inaczej, proponuje zupełnie coś innego co uzyskało, jeśli chodzi o dotychczasowe konsultacje w środowisku służby zdrowia, porównywalnie najmniejszą aprobatę. I od razu powiem dlaczego ta najmniejsza aprobata była.

Po prostu, że mechanizm gromadzenia środków jest to nic innego tylko to, co było dotychczas, tylko przełożenie ciężaru gatunkowego na, powiedzmy sobie, źródła, które mogą być niestabilne. I to był jeden zarzut. I drugi zarzut, że będzie znowu element dzielenia pieniędzy. Czyli nie element dopływu środków, tylko znowu zmieniają się podmioty - najpierw dzielili ci, a potem będą dzielili inni. Ale w sumie będą dzielili. I to był drugi zarzut, jeśli chodzi o sprawę tego parabudżetu.

Ja powtarzam, ja tutaj nie neguję żadnego z tych modeli, bo każdy z tych modeli ma swoje zalety i wady. W tym także ten model parabudżetowy. On też ma całą masę zalet, powiedzmy sobie szczerze. Czyli nie jest to, żaden z proponowanych modeli, nie jest zdecydowany do akceptacji i zdecydowanie do odrzucenia. Za to najwięcej zwolenników, jako najbardziej stabilny, uzyskał model ubezpieczenia zdrowotnego.

Ob. _____: Co to znaczy, najwięcej zwolenników? Kto to są ci...?

Ob. Jerzy Wysocki: Były prowadzone konsultacje wśród kierowników zakładów służby zdrowia, wśród głównych lekarzy wojewódzkich, wśród organizatorów ochrony zdrowia, czyli wśród...

Ob. _____: Czyli wśród urzędników.
Rozumiemy.

Ob. Jerzy Wysocki: Teraz następna sprawa. Jest to sprawa źródeł finansowania. Tzn. ja nie opowiadam się przeciw temu funduszowi, ponieważ on na pewnym etapie prac nad reformą występował, ale nie jako źródło podstawowe, tylko jako źródło uzupełniające.

I teraz jeśli chodzi o poszczególne źródła, będę miał kilka pytań. Podstawowym źródłem finansowania funduszu ma być 20-proc. odpis z funduszu płac. Podstawowym, bo powiedzmy sobie szczerze, jest to największy dopływ środków, jakie by na ten fundusz miały mieć miejsce. Tylko, że chciałem powiedzieć, że dotychczas te środki one nie wpływają do budżetu państwa, bo już są rozdysponowane. Ponieważ ten 20-proc. podatek w 85 proc. zasila gminy, miasta i z tego jest utrzymywana komunikacja, gospodarka komunalna, szkoły, częściowo zdrowie także, czyli on jest w gminach i stanowi podstawę dochodu samodzielności terytorialnej podstawowych jednostek, a 15 proc. idzie na fundusz rozwoju kultury fizycznej. I zdrowie z tego nic nie dostaje. Nie kultury fizycznej, tylko kultury - przepraszam.

I teraz jest pytanie następujące do autorów tej koncepcji, tego typu źródła - czy znaczy, że dodatkowo

20 proc. obciążymy tylko świat pracy, nie tykając innych? Bo jeśli nie, to co, zabierzemy główne źródło dochodu rad narodowych? Jeśli zabierzemy ten ~~fundusz~~ fundusz. I to jest pytanie do ewentualnego ustosunkowania się. Bo są tylko dwie możliwości, albo zabrać radom narodowym jedno z podstawowych źródeł dochodu, albo wprowadzić dodatkowo np. 20, 15, 12 - nie wiem, jaki procentowy odpis od funduszu wynagrodzeń. Rzecz jasna w to miejsce należałoby odciążyć od innych podatków, bo powiedzmy sobie szczerze, byłoby to dodatkowe 20 proc. wzrostu kosztów produkcji, utrzymania, czy inaczej, gdybyśmy to liczyli.

I to jest pierwsze pytanie co do tych 20 procent. Następna sprawa, że jest to sprawa pozostałych źródeł finansowania. Sprawa funduszu przeciwalkoholowego. Dotychczasowy fundusz przeciwalkoholowy nie jest odpisywany z podatku obrotowego czy dochodowego, z tego monopolu, tylko stanowi odpis określony procentowo budżetu państwa. Tak to jest, przepraszam bardzo, tak mówi o tym ustawa. Nic na to nie poradzę. Tak Sejm to ustalił.

I teraz pytanie jest następujące. Czy chodzi o to, żeby ten fundusz przeciwalkoholowy nadal, tzn. z budżetu państwa a dosłownie budżetu centralnego przeznaczać na fundusz zdrowia? Czy przejąć określoną część podatku obrotowego, czy dochodowego od produkcji alkoholu? Bo jest to kolejna sprawa.

Następna sprawa, jest to kwestia powiedzmy sobie zysku Polservice'u, czy zysku Pewexu. Trudno byłoby się

ustosunkować, bo trzeba najpierw się zorientować co do systemu finansowego. Bo z tego co wiem, Pewex nie płaci podatku w dolarach. Pewex płaci podatki w złotych. Jeśli teraz mielibyśmy przejąć określoną część i zagospodarować jego dolary, no to trzeba by się zorientować w tym wypadku, czy to jest kwestia zabrania środków samodzielnemu przedsiębiorstwu, bo ono obraca tymi dolarami, czy znowu przejęcie określonych środków, jakie Pewex zobowiązany jest deponować w banku państwowym, w Narodowym Banku Polskim.

I sprawa następna, jest to sprawa środków budżetowych. W kierunkach reformy zakładano, że niezależnie od takiego źródła podstawowego, jakim będzie fundusz rozwoju ochrony zdrowia, oparty o składkę skalkulowaną na podstawie ryzyka zdrowotnego, czyli nie każdy równo i pod określoną liniijkę, będą stanowiły środki budżetu państwa i budżetów terenowych.

I teraz pytanie jest, czy w koncepcji tej przedstawionej budżet państwa ma wpłacać swój udział do funduszu zdrowia? A jeśli ma ten swój udział, to jaki udział? Czy budżet państwa ma stanowić zupełnie odrębne źródło finansowania, obok funduszu ochrony zdrowia?

Kończąc swoje tu powiedzi chciałem zaproponować następną sprawę do rozważenia. Czy by nie potraktować, że docelowo podstawowym źródłem finansowania działalności profilaktycznej leczniczej i rehabilitacyjnej będzie składka ubezpieczenia zdrowotnego, oparta o ryzyko zdrowotne? Kto będzie ją zbierał? I kwestia dystrybucji. Jest to kwestia właśnie do ustalenia szczegółów, bo jest to sprawa znowu polityczna - kierunek. I to jest jedna rzecz.

Proponowałbym, żeby drugim źródłem finansowania uzupełniającym był budżet państwa, w tym kierunkach, w których zgadzamy się i nie mamy rozbieżności, pt: inwestycje, nauka, szkolnictwo, programy profilaktyczne. Za to uzupełniającym źródłem żeby był fundusz ochrony zdrowia, czy fundusz zdrowia - nazwa jest drugorzędna.

I teraz moglibyśmy wydiskutować, które realne stałe dochody stanowiłyby źródło tego funduszu. I teraz łącznie ze społeczną radą funduszą, z dyspozycjami itd. Gdyby taka propozycja mogła uzyskać akceptację co do kierunku, to wtedy rzecz jasna można dyskutować o szczegółach, o źródłach
|szczegółowych drobnych zmian przepisów stąd
wynikających itd

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący: Dziękuję i traktował bym jako przedstawienie problemów. My nie jesteśmy jako gremium zdolni dogłębnie do jakiegokolwiek ugodnień w tej chwili. Dlatego że to wymaga właśnie specjalistycznego, myśmy mieli próbkę specjalistycznego spojrzenia że łatwo jest postawić problem, ale on implikuje bardzo dużo mechanizmów, które jak tu padało poprzednio są związane i ze strukturą ekonomiczną, z różnymi mechanizmami globalnymi kraju.

W związku z tym jeżeli państwo się zgodzą, żeby nie kontynuować tej chwili tego nurtu ekonomicznego, zostawić to zespołowi redakcyjnemu ekonomicznemu, który zrobi indeks tych problemów do rozwiązania, w oparciu o te wypowiedzi i właśnie przedstawi nam w sobotę.

Dlatego że i takm my w sobotę przyjmując

pewien zapis nie damy rozwiązań, bo to rozumiemy bardzo dobrze tę sytuację, czy można ytak zgodzić się na taką propozycję?

- 45 -

Doc. Z. Kuratowska: Tak ja sądzę, że tak, że możemy.

Dr M. Edelman: Czy ja mogę jeszcze coś wyjaśnić w tek sprawie? Nie sprawę ekonomiczną, czy to będzie 15 czy 10% odpisu, bo nie o to chodzi. Chodzi o zasadę, że znowu idzie się po tej samej drodze w tych wszystkich, że miasto dostanie pieniądze od państwa, aby zapłacić za szpital itd. Jeżeli ma być samorząd, to nie jest to, że on dostanie 20% z odpisów i da tyle ile uzna. Co innego ten odpis jest ubezpieczeniem zdrowotnym, te 20% jest ubezpieczeniem zdrowotnym, czy ono się tak nazywa, czy inaczej. To jest w dzisiejszych warunkach powiedziane. A jeżeli nie będzie zarządu prawdziwego, to nic z tego wszystkiego nie będzie proszę państwa, czy my tak uchwalimy czy nie, to zostanie budżet tak jak było.

Więc musimy to powiedzieć, a co do Pewexu ja nie mogę powiedzieć dokładnie tych wszystkich rzeczy i to jest jedna sprawa, a druga sprawa trzeba zwrócić uwagę że chcemy tutaj być nie rozdzielaczami pieniędzy, nie chcemy być, bo tego u nas nie ma, chcemy żeby każda jednostka administracyjna czy gospodarcza stanowiła samodzielność i to jest zawarte w tym budżecie, w tym projekcie.

Przewodniczący: Dziękuję.

Dr Guglas ma głos.

Dr Władysław Wysocki:.....: Pani

Przewodnicząca! Szanowni Państwo! Możemy przyjąć przesunięcie dyskusji na sobotę, ale pod warunkiem, że rzeczywiście ta dyskusja będzie miała miejsce. Ja chciałabym wrócić do prac podzespołu, który jednak się odbył, posiedzenie podzespołu odbyło się. Brały udział dwie, trzy strony ale brały wszystkie strony udział w tym pierwszym posiedzeniu. Na tym pierwszym posiedzeniu, przyjęliśmy pewne uzgodnienia. Co prawda nie zostały one formalnie zapisane, ze względu na pewną uwagę wniesioną na początku obrad przez stronę solidarnościowo-opozycyjną, że nie jest przygotowana tego dnia do toczenia dyskusji na temat przedstawionych kierunków przez stronę rządową, ponieważ otrzymały te kierunki zbyt późno żeby mogła tego dnia się wypowiadać, i że będą się wypowiadać po prostu we własnym imieniu członkowie zespołu.

Jednak po wielogodzinnej dyskusji strony ustaliły wspólnie, że przedstawione kierunki będą stanowiły podstawę do dyskusji. I należało się spodziewać, że kolejne już prelarne posiedzenie będzie odnosiło się do zapisów materialnych i konkretnych uwag do zapisów w materiałach.

Zgadzam się tutaj z panem dyrektorem Wysockim, że jest przedstawiona nowa koncepcja, czy inna koncepcja od zaprezentowanej jeżeli chodzi o system zasilania ochrony zdrowia. Ja nie wiem czy to było - nie chciałabym polemizować w jakich gremiach ten projekt był konsultowany, ale sądzę, że wielu spośród

państwa siedzących tu na sali w ciągu 8 minionych lat jeżeli nie dłużej ale ja już 8 minionych lat pamiętam, konsultowało i brało udział w różnych zespołach, które były powołane do celu stworzenia wprowadzenia zmian czy reformy systemu opieki zdrowotnej.

I wobec tego chyba ka~~p~~ę na tej sali miał- okazję zetknąć się z popozycjami przedstawianymi, one rzeczywiście wielokrotnie ulegały zmianie ze względu na skład personalny poszczególnych zespołów roboczych, ~~któr~~któr na ten temat pracowały. Mam wątpliwości czy jesteśmy w stanie w tym zespole wypracować kierunki przyjmując oświadczenia złożone przez stronną opozycyjno-solidarnościową że proponują nam tutaj określony termin czyli 30 czerwca

To jest stara, powtarza się stara historia, przesuwania terminu, ponieważ podjęcie określonych decyzji a zwłaszcza tutaj decyzji politycznych jest dość trudne i najłatwiej jest odsunąć termin, potem jeszcze ten termin po raz kolejny przesunąć, życie już nauczyło nas, jako środowisko i chyba jako społeczeństwo że właściwie ten temat jest odsuwany przez tyle lat. Środowisko jest zmęczone, to nie kadra kierownictwa, reprezentujemy nie kadrę kierowniczą, nie administratorów na szczeblu centralnym, tylko reprezentujemy szeregowych pracowników służby zdrowia, którzy są zmęczeni wizją reformy. Dlaczego są zmęczeni tą wizją reformy? Bo ta reforma ma przynieść konkretne efekty przede wszystkim dla środowiska, które w tym reformowanym systemie służby zdrowia miałyby pracować. Stąd są nadzieje określone państwo też nie ukrywają tych nadziei na zmiany zasad

wynagradzania, na plprawę sytuacji, bytowej pracowników to s dwa nierozzerwalne powiązane ze sobą elementy: finansowanie w nowym zreformowaniu systemu i nowe zasady wynagradzania.

Dyskusje, czytanie kolejnych projektów jest już męczące dla wielu, wielu naszych przedstawicieli, ⁿonie waż w dalszym ciągu nie odpowiadamy sobie na podstawowe pytanie, które musi być zadane i musi być udzielona odpowiedź, to znaczy system finansowania. Bo z tego systemu finansowania wynikają dalsze konsekwencje i system finansowania jeżeli akceptujemy, wydzielony fundusz stabilny fundusz , fundusz ubezpieczeń społecznych-zdrowotnych nie wchodząc w szczegóły z jakich elementów co tworzyłoby ten fundusz ubezpieczeń zdrowotnych, to musimy sobie również określić w jakim terminie ten fundusz miałby być wprowadzony i w takim razie co na dzień dzisiejszy i jak na jak. długo a nie tlko na dzień dzisiejszy, bo na dzień dzisiejszy to tutaj padały głosy, że jest to prowizjum, że jest to zaliczka w pewnych sprawach dotyczących spraw pracowniczych, Nie możemy tak zaktować sprawy, że cokolwiek co wynika z umowy o pracę jest zaliczką.

To jest wynagrodzenie za określoną pracę, to jest umowa pracy i ta umowa nie może być traktowana zaliczkowo, nie można środowisku przedstawiać argumentów że traktujemy wynagrodzenie za pracę nie zadowalające pracowników i nie zadowalające żadnej ze strony siedzących przy tym stole jako zaliczkę, Zaliczka jest to

jednoznaczne określenie, ona się wi-że z ostateczny.
rozliczeniem, tylko kiedy, w którą stronę, bo może nale
żałoby w niektórych sytuacjach potrącić komuś, kto w
systemie aliczkowym pobrał wynagrodzenie.

Dlatego z terminem 30 czerwca w imieniu środowis
ka, bo sobie pozwalałam jednak w imieniu środowiska wypowie
dzieć się, być może nie całego, ale środowiska ten ter
min jest nie do przyjęcia. Zbyt wiele nadziei wiązałoś
my wszyscy z debatą właśnie przy stole na temat podsta
wowej sprawy jaką jest w tej chwili to jest reforma w
służbie zdrowia i wynikające z tego korzyści dla społeczeń
stwa i korzyści dla samych pracowników.

I nie chciałabym się ustosunkowywać do w-ielu
tutaj wypowiedzi, które padały na temat a zwłaszcza może
do wypowiedzi pana doc. Lipińskiego, tych warunków
wstępnych wprowadzenia reformy

er

10/1

a zwłaszcza może do wypowiedzi pana doc. Lipińskiego, tych warunków wstępnych wprowadzenia reformy nie otrzymaliśmy ich na piśmie. Ja sobie tu próbowałam notować pewne zapisy. Ja nie wiem, czy tak niezbędnymi. Wszystkie z tych przedstawionych warunków, to są niezbędne warunki do wprowadzenia reformy. Myślę, że część spraw jest już w ogóle załatwiona i nie mamy nawet potrzeby wnoszenia, bo jako strona związkowa myśmy się dawno odżegnali od spraw upolityczniania służby zdrowia, ponieważ uważamy, że rzeczywiście tylko kwalifikacje i przygotowanie, predyspozycje pracownicze powinny decydować o pełnieniu kierowniczych funkcji, a nie rekomendacja partyjna. I co do tego to my tutaj od dawna jesteśmy przekonani o tym i myślę, że takiego warunku nie trzeba stawiać.

Natomiast jeżeli chodzi o pewne niekonsekwencje w przedstawianiu materiału, to chciałabym również przypomnieć uzgodnienia. I te uzgodnienia zostały już potwierdzone w czasie obrad plenarnych, z tego co my wiemy, pod naszą nieobecność, dotyczące samorządności pracowniczej. Wobec tego wnoszenie dzisiaj sprawy samorządu i terminu reaktywowania samorządu pracowniczego w służbie zdrowia nie są spójne ze stanowiskiem stołu z poprzedniego tygodnia i z obrad roboczych, gdzie zostało przyjęte również przez wszystkie strony stanowisko dotyczące pakietu całego aktów prawnych, dotyczące opieki zdrowotnej, zawodów medycznych. I w tym, że zapisie dotyczącym ustawy o opiece zdrowotnej ma się znaleźć odpowiedni zapis dotyczący samorządności pracowniczej, z określonym terminem pod adresem rządu przedstawienia tego projektu do -

er

10/2

o ile dobrze pamiętać - 20 marca, co zostało w ub. tygodniu również przez państwa potwierdzone.

Chciałabym jeszcze wrócić do spraw płacowych, choć one mają być tematem zespołu roboczego. Sądzę, że nasze zadanie polega na tym, żeby ten system, tak oczekiwany, i również system płacowy wypracowywany przez różne gremia, z góry zdając sobie sprawę, że nie może on być systemem optymalnym, zadowalającym wszystkich, nie powinien być tylko systemem innym dlatego, że jest ten zły a lepszego być może, to należy wprowadzić inny. To ma być system, który będzie zadowalał pracowników. W szybkim czasie nie może być wprowadzany, bo będzie znowu duża grupa pracowników niezadowolonych, a poza tym w tym terminie nie będziemy mieli jeszcze odpowiedzi, co do systemu zasilania w środki, czy nakładów, bo przesuwamy sprawę do 30 czerwca - zasady finansowania służby zdrowia, czyli nie umiemy sobie odpowiedzieć, skąd weźmiemy pieniądze, które pozwoliłyby nam zrealizować najpiękniejszy nawet w zapisach układ zbiorowy. Bo jeżeli układ zbiorowy nie będzie miał żadnego pokrycia w środkach finansowych, to jest to tylko mrzonka, którą stawiamy przed środowiskiem. Dziękuję.

Przewodniczący: Czy mogę rozumieć, tzn. ja chciałabym żeby zakończyć tą stronę ekonomiczną, jeszcze przed udziale-
niem pani mgr Majewskiej, ale czy można uzyskać konsensus od państwa, że ponieważ trudno jest w tej chwili prowadzić tą dyskusję ekonomiczną, bo większość z nas, powiedzmy sobie szczerze, nie jest przygotowana do tego, że powołamy ten

zespół redakcyjny - po dwie osoby, bo nie więcej jak chyba 6-osobowy, ewentualnie jeżeli strony będą chciały to po trzy bo więcej, to będziemy mieli więcej propozycji niż uzgodnień - i po prostu przygotowują stanowisko oparte na pewnej wymianie myśli. Bo powiedzmy sobie szczerze, fundusz ubezpieczeń zdrowotnych powtarzał się we wszystkich trzech ustach. Budżet centralny jako źródło finansowania tych instytucji, których jest ministerstwo organem założycielskim, tzn. uczelnie medyczne, czy instytuty naukowe, czy powiedzmy instytucje o zasięgu ponadwojewódzkim czy krajowym, czyli regionalnym czy krajowym też nie budzi wątpliwości.

Sprawa finansowania parabudżetowego ona była wielokrotnie dyskutowana. I ja to rozumiem, że tu jest dużo propozycji, które trzeba rozważyć, dodatkowych źródeł finansowania, bo wiemy przecież, że nie mamy satysfakcji z zasilania i o tym od dawna mówimy. I jeżeli państwo by się zgodziło, to byśmy powołali taki zespół, który robi jak gdyby listę tych problemów, które poruszono, wskazując na sugestie i starając się wziąć i wypunktować to, co łączy, co dzieli i co musi być rozwiązane w przyszłości. Zastanowić się tak samo nad realnością pewnych dat, dlatego, że możemy postawić bardzo dużo dat, tylko później trzeba wziąć na siebie tak samo odpowiedzialność za wykonanie, szczególnie w uwarunkowaniach wielu ustaw i wielu systemowych spraw.

Dlatego prosiłbym, jakie stanowisko pani docent i dr Guglasa.

Doc. Zofia Kuratowska: Ja chciałabym prosić o przełożenie głosu pani dr Majewskiej na właśnie po przerwie,

kiedy jeszcze ustosunkujemy się raz do tych spraw finansowych i przedstawimy naszych kandydatów do komisji, bo oczywiście jest to zupełnie słuszne. Wydaje mi się, że nastąpiło tu pewne pomieszanie pojęć, z którego trzeba szybko wybrnąć, do w ogóle wstępnych rozmów.

Ja chciałam ustosunkować się do dwóch wypowiedzi, pana dr Włodarczyka i pani Kwietniewskiej. Pierwsza rzecz, jeśli chodzi - właściwie to się odnosi do obydwu wystąpień mówiących o tym, jako o sprawie decyzji politycznych. Wszystkie te decyzje są oczywiście decyzjami politycznymi. Dlatego właśnie my stawiamy na pierwszym miejscu - jest to już trzecie zebranie, kiedy już o tym mówimy - sprawę postulatu w sprawie opiniowania przez organizacje partyjne na wszystkich stanowiskach służby zdrowia. I tu chcę odpowiedzieć pani dr. Kwietniewskiej, że bardzo przepraszam, proszę nie udawać, że państwo o tym nie wiedzą. Ja wierzę, że państwo są przeciw temu, bardzo głęboko w to wierzę, natomiast proszę nie udawać że tak nie jest. Dlatego, że po prostu tak jest, na to dowódów mamy wystarczająco dużo. I my z tym zgodzić się absolutnie nie możemy i uważamy, że to jest warunek. Jest to warunek, raz - do wprowadzenia wszelkich zmian, na jaki system reformy byśmy się tutaj nie zgodzili. Po drugie - jest to jedyny warunek, ażeby odzyskać zaufanie środowiska w to, że rzeczywiście środowisko, o którym pani tyle mówiła, będzie miało wpływ na tworzenie kształtu ochrony zdrowia, na swoje i pacjentów interesy. Wtedy, kiedy decyduje o tym czynnik partyjny, czyli pozamerytoryczny, niezależnie od tego, jakie sprawy tutaj ten opiniujący bierze pod uwagę, żadnego zaufa-

nia nie można mieć. Tak samo, jak wtedy, kiedy decyduje o tym czynnik administracyjny.

To jest sprawa dla nas podstawowa, my taki postulat mamy przygotowany, nieco bardziej rozbudowny niż był na tym liście, i trzeba do tego wracać. I ja myślę, że jednak co do tego, tzn. wierzę, że co do tego osiągniemy consensus. Nie wolno wkładać głowy w piasek i mówić, że tego nie ma. Na wiele różnych dziwnych spraw czynnik polityczny wpłynął w sposób bardzo wyraźny.

Ja chciałam powiedzieć, że jeżeli - zdaje się, że właśnie pani brała udział w rozmowach przy konflikcie płacowym w jednym z większych szpitali warszawskich, gdzie dyrektor zapraszał inspektora ds. służby zdrowia z komitetu wojewódzkiego partii. Nie widzę w ogóle powodu, że były takie stanowiska w partii, ale jest to wewnętrzna sprawa partyjna, do której się nie będę wtrącać. Ale na pewno nie spowodowało to uspokojenia załogi, że właśnie taka osoba brała w tym udział. Niezależnie od tego, jaka ona była, sympatyczna czy niesympatyczna - nie w tym rzecz w ogóle.

TW

11/1

niezależnie od tego jaka ona była sympatyczna czy niesympatyczna, nie w tym rzecz w ogóle. Wiemy również że czynnik polityczny a nie kto inny wpłynął na to, że osoba z tytułem naukowym po katastrofie w Czarnobylu mówiła w telewizji polskiej o tym, że może nareszcie się będą dzieci myły. Takie rzeczy są niedopuszczalne są przyjęte przez społeczeństwo nie tylko przez środowisko jak najbardziej negatywnie.

Teraz jeżeli chodzi o sprawę poruszoną przez pana dok. Włodarczyka, którą pan doktor też pozostawił jako sprawę do decyzji politycznych, a więc sprawa tego standardu i tego czy rzeczywistość mitem czy nie mitem jest bezpłatna służba zdrowia. Ja się zgadzam że jest to mit w znacznym stopniu, tylko że ten mit ustaliła tutaj ta władza i nie ma prawa w tej chwili odbierać podstawowych praw społeczeństwu w chwili kiedy to społeczeństwo jest w obliczu inflacji i w obliczu nędzy.

Tak, ja się nie wahać tego mówić, ja wiem że w naszym kraju so; nie umiera na ogół z głodu, ale w tej chwili sytuacja, która jest dla społeczeństwa jest sytuacją dramatyczną i w tej chwili każdy musi płacić za zdrowie, za pomoc zdrowotną. Ja się zgadzam, że my po dyskusji szczegółowej w tej komisji do spraw reformy znajdziemy sprawy, za które może pacjent płacić bezpośrednio, znajdziemy, ale nie wolno nam znaleźć koszyka, Pan powiedział, że to nie ma być arbitralne, tylko demokratyczne, Wszystko jedno jak by nie było

11/2

demokratyczne, to będzie arbitralne i teraz nie wiem czy Bajpas to jest sprawa ponad koszykowa, czy to jest sprawa w koszyku, a jest to bardzo drogi zabieg. Ja nie wiem czy orzeszpienie szpiku w przypadku anemii plastycznej które ratuje życie, to jest sprawa ponad koszykowa czy to jest w koszyku. Czy wykonanie badań a tomograficznego, tomografii komputerowej to sprawa ponad czy nie? I kto to sprawdzi, czy są do tego bezwzględne wskazania czy może doktor się pomilić.

Dlatego nie możemy przyjąć i tu odpowiadam panu my nie możemy przyjąć koszyka jako takiego. Możemy przyjąć że jeżeli aktorka chce sobie czy w ogóle piękna kobieta chce sobie poprawić kształt nosa, a nie uległa przedtem wypadkowi, tylko taką ją Pan Bóg stworzył, to za to może płacić i nie mam żadnych zastrzeżeń jeżeli nie uległa wypadkowi przedtem.

/głos z sali: a jak straci zawód/

O wileczkę jeżeli do niego w ogóle weszła, z tym nosem - są rzeczy, za które ja to daję jako przykład, za to można płacić, ale to nie jest sprawa standardu i koszyka. To jest zupełnie co innego. My na koszyk nie możemy się zgodzić, jeszcze raz chcę powiedzieć podstawowe ideologiczne, które obowiązywały u podstaw komunistycznego państwa, ja się zgadzam, tak to komuniści stworzyli ten mit, ale nie wolno im teraz te o mitu odebrać, nie wolno odebrać prawa w tej chwili ludziom w chwili obecnej kiedy ludzie będą płacili za żywność 200 razy więcej, kiedy będą płacili za komunikację ileś tam razy więcej

11/3

i za wszystkie podstawowe sprawy, przy czym nie łudźmy się naet jeżeli my wprowad imy reformę, to nie łudźmy się, że te usługi będą takie doskonałe. One nadal będą wiele lat kuleć i wszyscy oczywiście twórc widzę że kła głowę pan prof. - tej reformy zdają sobie z tego sprawę. Jest to droga do poprawy.

Więc to jest tak jak z tymi telefonami. Łpdniesio no nam niezwykle opłaty telefoniczne, tylko na do mowę b yskwiczną czekamy 6 godzin. Otóż nie wolno nam, to jest proste os ustwo dla społeczeństwa. My do uszistwa wobec społeczeństwa się w żadnym wypadku nie dołączymy dlatego jesteśmy przeciwko temu, bo to niewątpliwie państwo obiecało.

Do sprawy ubezpieczeń się ustosunkujemy właśnie po przerwie. To jest w moim pojęciu w ogóle podstawa wprowadzenia jakiejkolwiek reformy. I chciałam opowie dzieć jeszcze w drugiej części właśnie ani Kwietni w skiej, my mieliśmy te ustalenia z grup roboczych, brali pod uwagę w ubiegłym tygodniu, one były odczytane przy puszczam, że odczytamy je nie wiem czy w sobotę czy dziś jeszcze raz, z tym, że zgodnie przynajmniej w naszym zespole zgodnie wprowadziliśmy pewne zm any jeżeli chodzi o terminy między innymi jeśli chodzi o te płace. I pani powiedziała, że jak gdyby środowisko, które nie jest zadowolone z podwyżki, jak gdyby władzia o o zasadaCh tej podwyżki, było pytane o zdanie. i tutaj w ogóle padały takie sformułowania, że były różne rzeczy

konsultowane. Jeżeli były konsultowane na szczeblu lekarzy wojewódzkich. I chciałabym żeby nikt tu z obecnych na sali lekarzy wojewódzkich nie uważał, że chociaż "Trybuna Ludu" nazwała mnie w artykule redaktora naczelnego arogantką, ale ja naprawdę nie jestem arogantką i nie chciałabym obrazić nikogo z lekarzy wojewódzkich, którzy dobrze pełnią swoją funkcję, ale jest to w odczuciu środowiska szczebel administracyjny. To nie była konsultacja ze środowiskiem najlepszego systemu nie kwot, bo kwoty w ogóle nie mają znaczenia przy tej inflacji, tylko systemu i ja rozumiem, z państwa ustaleń żebyście to ustalili, że będzie opracowywany wspólnie projekt systemu wynagrodzenia obowiązujący do czasu pełnego wprowadzenia reformy, bo wtedy oczywiście wszystko będzie inaczej wyglądało, tylko uważamy, że musi to być zrobione do 30 kwietnia, właśnie ze względu na stan wzburzenia w środowisku.

Nigdy nie w żaden system nie zadowolili wszystkich nie ma o tym mowy, ale musi to być system mądry musi dotyczyć uposażeń zasadniczych jako podstawy, oddzielić sprawę innych uposażeń, to wszystko jest do dyskusji znowu w jakiejś grupie, w której wezmą udział przedstawiciele resortu.

Pani wypowiedzieli wyczuwam po prostu pomieszanie paru spraw, bo czym innym jest reforma, my nie chcemy odsuwać sprawy reformy w tym co ja odczytałam jako nasze stanowisko bez rzeczywiście szczegółowych odniesień do różnych spraw, które są w tym dokumencie, nie było intencji odsuwania, wprowadzenia reformy.

Wręcz prz ciwnie - konsultacje społeczne też można szybko przeprowadzić. Tylkp że muszą dziś w "Życiu Warszawy" jest artykuł pana Jerzego Kasprzyckiego, taki felietonik na temat pewnych usług lekarskich, gdzie mówi on wyraźnie, że o systemie powinni wypowiedzieć się również jego użytkownicy. To jest bardzo słuszną sprawą, dlatego że ludzie są pod iotem naszych działań i oni muszą mieć jakiś wpływ na to co będziemy robić.

Oczywiście, że nni nie są gachowcami i fachowcy muszą pewne rozwiązania przedstawić, natomiast muszą mieć jednak jakiś wpływ a to, z czego będą korzystać a to należy oddzielić od płac dla pracowników służby zdrowia do czasu wprowadzenia reformy, bo zasady finansowania muszą być z płac funduszu płac muszą być oczywiście w reformie ujęte, ale to jest co nnego i te dwie kwestie jakoś się tam pomieszały.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący: Dziękuję.

Czy pa i docent jest zgodna z wytypowaniem osób do tego zespołu, który postara się ująć tę kwestię ekonomiczną.

Dr Wojciech Guglas: Szanowni Państwo!

Ja chciałbym się ustosunkować do paru spraw i niestety decyzje polityczne powinniśmy zawrzeć, to znaczy kierunki decyzje jakie sugeruje Okrągły stół do spraw zdrowia powinniśmy przedstawić.

Ja chciałem powiedzieć, że dla mnie decyzje polityczne to nie kojarzy się w sposób bezpośredni z decyzją PZP, bo tutaj padają jakie głosy jak by prawda odpolitycznić, to znaczy usunąć PZPR, bo ja tak rozumiem bo w każdym cywilizowanym państwie istnieją partie i zapadają decyzje polityczne.

My w swojej drodze 5-letniej drodze ruchu zawodowego wiele spraw, które tutaj pada na tej są, i wnosiliśmy w zakresie tego co złożył pan doktor nie wnieśliśmy dwóch spraw rzeczywiście nie wnieśliśmy jako najważniejszych, kwestii odpolitycznienia zastępczej służby wojskowej natomiast są sprawy co do których wypowiedaliśmy się w sposób jednoznaczny, a które w jakiś sposób zostają pomieszane pomniejszone i wcale nie pomieszanie pojęć, bo doskonale wykładnię polityczną ruchy zawodowego, to znaczy

er

12/1

bo doskonale wykładnię polityczną ruchu zawodowego, tzn. polityki ruchu zawodowego przedstawiliśmy i w środowisku żeśmy to skonsultowali, także w środowisku warszawskim i zaraz na ten temat się wypowiem.

Jest bardzo ważną rzeczą podjęcie decyzji politycznych np. jest zespół, który opracowywał kwestię wsi, My połowicznymi decyzjami niczego nie załatwimy. W dokumencie zapisano, w sposób niejednoznaczny, że ten lekarz wiejski to może ten samochód dostać, jak dobrze będzie 4 lata pracował, po 4 latach może go odkupić, a jeżeli go nie odkupi, jak odejdzie wcześniej, to go nie dostanie.

Ja sądzę, że na tym stole powinniśmy się jednoznacznie wypowiedzieć, ponieważ możliwość dostępu do środków lokomocji dla lekarzy, nie tylko wiejskich, dla całego środowiska jest to także poziom opieki zdrowotnej i korzystanie z usług przez społeczeństwo. Że taką decyzją polityczną naszej strony byłoby to, że po prostu wniesiemy do rządu, żeby jednak utrzymać asygnaty dla podstawowej opieki zdrowotnej i stworzyć taki system kredytowania dla lekarzy, który umożliwi im zakup. To wymaga konkretnych decyzji politycznych i zabezpieczenia.

Jest kwestia rozwiązania płac. Państwo określają to jako zaliczkę. Ja chciałem powiedzieć, że ruch zawodowy przekonsultował dotychczasowy system płac bardzo szeroko na terenie Warszawy, także w CMKP na otwartym spotkaniu, na którym na sali nie można było szpilki wsadzić, gdzie rozmawialiśmy w szpitalu bielańskim i we wszystkich szpitalach.

er

12/2

Jest kwestia zasadnicza, czy chodzi o zmianę, inaczej, czy chodzi o środki? Bardzo ważną rzeczą jest kwestia środków, Systemów, którymi manipulowano środowisko było bardzo wiele. Natomiast kwestia wysycenia środkami jest bardzo znacząca. Decyzją ruchu zawodowego doszło do dużego zagrożenia w środowisku. I powstała ustawa o której nie mówimy. Ustawa o kształtowaniu się płac dla sfery budżetowej. To już jest załatwione. My się nie zgadzamy jako ruch zawodowy, że docelowy wskaźnik 106 proc. dla pracowników służby zdrowia jest optymalny. Dlatego też bardzo ważną rzeczą jest, żebyśmy na tym stoliku wskazali, jaki stopień w stosunku do sfery produkcji materialnej pozwoli nam wprowadzić zdrowe relacje wśród pracowników służby zdrowia. To jest decyzja polityczna i decyzja, która się zmaterializuje. Bo to, że ludziom damy te pieniądze same, ale inaczej o niczym nie świadczy.

Jest kwestia oceny sytuacji. I dlatego my traktowaliśmy i traktujemy system obecny jako doraźny. Ocena sytuacji między rozbieżnościami, jakie doszły w momencie wejścia podwyżki płac dla służby zdrowia, a tym półroczem. I dziś środowisko wie, że ruch zawodowy wywalczył podwyżkę nie później niż z dniem 1 lipca. I to jest faktem. Natomiast wysokość tej podwyżki na dzień dzisiejszy kształtuje się na poziomie 95 proc. średniej w sferze produkcji materialnej.

Dlatego też wnoszę, żebyśmy z zespołu, z tego stołu, podjęli decyzje zarówno znaczące dla środowiska, jak i dla społeczeństwa. Przecież my musimy się wypowiedzieć także dla środowiska, dlaczego nie rozmawiamy o ratyfikowa-

niu konwencji tutaj, 149 na przykład, określająca kwestię wywiązania się rządu wobec średniego personelu. I jest to bardzo ważna sprawa, którą powinniśmy podjąć. Przez rząd stworzenie warunków do płacy średniego personelu.

I jest kwestia także decyzji politycznych w zakresie ustawodawstwa. My przyjęliśmy kwestię ustawy o zawodach medycznych i opiece zdrowotnej, ustawy, która ma być konstytucją społeczną i ona musi być usytuowana w założeniach ekonomicznych reformy, bo założenia ekonomiczne tworzą możliwość realizacji tego. I ustawy o zawodach medycznych. Przecież my musimy spowodować w tym roku określenie czasu pracy dla środowiska. I tutaj jest bardzo ważne nasze osiągnięcie. Ruch zawodowy walczy i w tym roku ma gwarancje rozwiązywania dyżurów ponieważ wygrał przed Trybunałem Konstytucyjnym sprawę zakładowych dyżurów. Rozpoczęliśmy od lekarskich, przenosimy na całe środowisko.

Natomiast jest bardzo ważna kwestia urlopów rocznych na podratowanie zdrowia, którą wnieśliśmy do rządu i oczekujemy.

Kwestia uprawnień dla środowiska, kwestia urlopów na specjalizacje, nie tylko dla lekarzy, ale dla wszelkich zawodów w naszym środowisku. Jest także bardzo ważną kwestią stworzenie możliwości kształcenia lekarzy. Dzisiaj my nie mówimy o tym, kto powinien ponosić koszty przepływu informacji z Zachodu, bo inaczej u nas ta medycyna się cofnie. Dziś nie dosyć, że nie ma możliwości dostępu do środków nauki, to jeżeli są, to są potwornie drogie. To są sprawy niestety, decyzji politycznych. I na to powinniśmy wskazać.

Wskazać na "okrągły stół", który wspólnie powinien wypracować, bo my jesteśmy przekonani o tym, że w nawale wszystkich spraw - nie uczestniczyliśmy w ostatnim zebraniu - przemysłu, wszystkiego, to zginie.

Bardzo ważną rzeczą jest dla nas, jako dla środowiska kwestia ustawy, do której się zobowiązał rząd. Ustawy o urzędzie ministra, ustawy, która da uprawnienia ministrowi koordynowania całości polityki. I wtedy o tym, co pani docent mówiła, nie byłoby sprawy, że minister przemysłu decyduje o kwestii produkcji leków, tylko decyduje o tym odpowiednio usytuowany minister zdrowia. Kwestia budownictwa, nie decyduje minister budownictwa, tylko minister zdrowia. Jest to kwestia bardzo ważnych rzeczy. I chciałem zaznaczyć, że oczekujemy wsparcia, oczekujemy wsparcia ze strony solidarnościowo-opozycyjnej tych spraw. Ponieważ jest to - z całą stanowczością mogę tu wyrazić - opinia środowiska, konsultowana bardzo szeroko.

Dziś stoimy w bardzo trudnej sytuacji. I ja sobie zdaję sprawę, że sytuacja polityczna do tego skłoniła, do pewnych informacji odnośnie zaliczki. Tylko ja chciałbym się zapytać, kto da dziś i kto na siebie bierze, która strona bierze na siebie odpowiedzialność wprowadzenia powyżej stosunku relacji 106 proc. do sfery produkcji materialnej podwyżki, nie nowego taryfikatora, podwyżki z dniem 1 kwietnia. Bo tak to ludzie odbierają. My nie możemy ludzi oszukiwać. Musimy być otwarci, zdecydowanie o nich walczyć, ale nie możemy tworzyć obiecanek, które będą niekorzystne dla środowiska.

Dziękuję bardzo.

Ob. Andrzej Wojtkzak: Ja bym proponował następujący tok dalszej dyskusji. Dlatego, że ja myślę, zakończyliśmy zgodą pakiet tych spraw ekonomicznych, zasilania reformy i zgodziliśmy się, że powołany zostanie ten zespół, który dopracuje dokument na nasze następne posiedzenie.

Teraz, rozpoczęliśmy dyskusję nad zagadnieniem reformy i uzgodniliśmy, że pewne te rzeczy dodatkowe przedyskutujemy jeszcze raz później. W związku z tym ja bym proponował, żeby po przerwie, bo każdy z nas już po dwugodzinnej dyskusji wymaga spokojnego wypicia kawy i przerwy, proponowałbym, żeby ta przerwa nie była za długa, 20-minutowa maksymalnie, tzn. 15.

Teraz, po przerwie ja mam listę dyskutantów, którzy się zapisali, ale z głosem nie do czego innego tylko do reformy. Bo ja myślę, że jeżeli byśmy skończyli te wypowiedzi odnośnie reformy, powołamy drugi zespół redakcyjny, który przygotowuje nam znowu tezy. Ponieważ wiele rzeczy zawarte jest w dokumencie z kierunków. Mamy stanowisko, będziemy mieli stanowisko stron i będziemy mieli drugą grupę zagadnień, w jakimś sensie podsumowaną. Przecież to, co powiedzieliśmy na początku, nie musimy się na wszystko zgodzić wszyscy. Ale wiele rzeczy tu jest bardzo jasnych i idących tą samą linią rozumowania.

I po skończeniu tej listy proponowałbym, żeby przystąpić do następnego punktu związanego z reformą, tj. pomoc społeczna i kształcenie. Obojętne w kolejności, kształcenie czy pomoc społeczna. I wtedy po skończeniu tej dyskusji

przeszlibyśmy do następnego działu, tzn. stanowisko odnośnie wsi, matki i dziecka, ja myślę, że będzie to krótkie zreferowanie i przyjęcie. Bo zespoły bardzo efektywnie pracowały. I wtedy zostanie nam jeszcze czas na te zagadnienia, na indeks zagadnień, które powinniśmy przedyskutować m.in. jest to problem i tych dat, i tych plac, do których ciągle wracamy. Tylko jeżeli będziemy ciągle wracali do tych samych problemów to nie posuniemy się naprzód. Ja chciałbym, żebyśmy reformę dzisiaj skończyli i te wszystkie podstawowe rzeczy.

Czy panuje zgodność?

Ob. Marek Edelman: Czy ja mogę jeszcze przedtem w sprawie pilnej? Wobec tego, że przyjęliśmy zapis na pierwszym posiedzeniu, że na tej sesji Sejmu będzie wprowadzona ustawa o samorządzie lekarskim, wobec tego, że dowiedzieliśmy się z różnych źródeł, że w komisji sejmowej są pewne trudności w tej sprawie i czy nie można by było wystosować wspólnego apelu do komisji sejmowej o szybkie, po pierwsze - opublikowanie ustawy, a po drugie - o przypomnienie o tym, że ma być przyjęta w tej sesji Sejmu.

Ja nie będę się rozwodził o wszystkich trudnościach, które tam są, ale taka jest sytuacja. Mówiliśmy parę dni temu z referentem - zdaje się to tak tam nazywa - i on tak przedstawił tą sprawę.

Przewodniczący: Gwoli wyjaśnienia. Przed przerwą jutro są obrady, w piątek są obrady o gość. 11 i to stanowisko podpisane przez trzy strony zostanie przekazane m.in. na ręce posła, którą prowadzi tą komisję.

Doc. Zofia Kuratowska: Będzie z naszej strony uczestniczyć w tym posiedzeniu pani dr. Ewa Wolak. Ja byłam zaproszona, ale nie mogę, w piątek mam wykład, którego nie mogę opuścić.

Przewodniczący: W takim razie ogłaszam przerwę i po przerwie przewodnictwo przejmie dr. Guglas. Przy czym przekazuję mu listę dyskutantów.

P r z e r w a

TW

13/1

P o p r z e r w i e

Przewodnictwo obrad obejmuje dr Wojciech Guglas/

Przewodniczący: Otwieram drugą część obrad naszego podzespołu. Prosiłbym, żebyśmy tak jak zostało ustalone trzymali się ściśle tematu reformy systemu ochrony zdrowia i jako pierwszy o zabranie głosu prosił pan prof. Indulski. Proponuję żeby także ze względu na mnogość tematów które dzisiaj stają na podzespołe o możliwe skrócenie czasu wypowiedzi.

Prof. Janusz Indulski:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo! właściwie szczerze mówiąc, to powinniśmy z jednej strony być bardzo szczęśliwi i zadowoleni, a z drugiej strony podziękować tak stronie solidarnościowej jak i OPZZ, że zgłosili tego typu uwagi, pod którymi w zasadzie możemy się między innymi jak autorzy całkowicie lub w znacznej części podpisać.

Niemniej jednak do niektórych spraw chciałbym się ustosunkować, bo mnie się wydaje, że po prostu istnieje taka potrzeba. Po pierwsze co do sprawy niespójności. Chciał zwrócić uwagę na fakt, że jest to dokument przedstawiony do dyskusji. To nie jest zarządzenie ani dopracowany tekst edytorski, tylko są rzucone pomysły i chciałbym zwrócić uwagę jeszcze na jedną sprawę, że wbrew pozorom i wbrew temu co my tutaj mówimy, ta reforma jest zaplanowana jeżeli ona w tej formie przejdzie, niezwykle głęboka i chyba bezprecedensowa w naszym kraju. Ponadto powstaje zupełnie w innych warunkach aniżeli między innymi przez wiele lat była przygotowywana. To też nie jest bez

13/2

znczenia. O szereg yprawach, o których dzisiaj się tu mówi, mówi się o wiele łatwiej, inaczej aniżeli mówiło się lub mówiłoby się kilka lat przedtem.

Sprawa niespójności wynika z kilku przyczyn, mówi li o tym poprzednicy, ynie chcoalem się nad tym zatrzy mywać. Sprawa petryfikacji struktur. Jest to zarzut można by mniemać poważny, ale wydaje mi się, że niesprawiedliwy i przdprasza - bez zasadny. ŻPo pierwsze i autorzy i uczestnicy wszystkich opracowań byli zawsze kategorycznie przeciwko jakiegokolwiek petryfikowaniu str ktur, z jednym wyjątkiem. Zasada- którymi kierowaliśmy się i myślę że nast- ni autorzy również muszą się tym kier9wać, to jest żeby zgodnie zresztą z medyczynm czy lekarskim ~~nas~~ naszym podejściem nie zniszczyć istniejącego to co jest dobre, nie jest prawdą, że wszystko jedt złe. Nie jest prawdą, że nawet złe wykonawstwo wynika ze złych założeń.

W związku z tym oddzuelenie w skali państwa, w skali makro i dokonanie tutaj siła byłoby rzeczą niesrpawiedliwą i niszczącą. W zwią u z tym zasada było by po pierwsze nie zniszczyć nic do jest dobrego, a co jest dobrego, to mają osądzić ci, którym tak wszyscy tym razem z dwóch stron stołu dajemy pełną władzę, a więc samorządy, tak wewnątrz jak i zewnątrz działające. I tutaj zaczyna się pewne ale. No jeżeli chcemy pójść na pełną demokratyzację, to przecież oni mają zdecydować czy chcą ukochyne ZOZy czy nie chcą. My byliśmy zdumieni do tej pory, że na przykład chociażby w moim własnym moście co prawda nikt nie korzysta z uprawnień i nie chce zlikwidować. Widoczne są siły, którym to jest

13/3

bardzo przydatne mimo że to jest do góry nogami stojąca sytuacja. Powinno być w miejsce jednego pięć czy sześć istniejących struktur, które by prowadziły, a jednak oni się bardzo dobrze w tym czują.

I stąd wynika konieczność utrzymania pewnych struktur organizacyjnych, do takiego czasu, kiedy wykształcone przez nas środowisko i samorządów zewnątrz zakładów zdrowia i samorządów lokalnych będą potrafiły znaleźć optymalne i najlepsze rozwiązanie. Druga sprawa, ja nie bronię łóżek ordynatorskich, ja nie mam żadnego interesu, nikt z mojej rodziny ani nie miałem prywatnej praktyki, czyli nie muszę się o to obawiać, żeby się tu tłumaczyć. Niemniej jednak lubię fakty. Jeżeli jest prawda, co przedstawił CEBOS, że 78% Polaków płaci za porady szpitalach, za usługi w szpitalach, bo niekoniecznie są one lekarskie. Nie tylko lekarskie ja tak bym powiedział, nasze badania które przeprowadziliśmy kilka lat temu chyba w sposób poprawny wykazywały ~~nie~~ 74%, no to na Boga wprowadzenie w uczciwy sposób systemu, który daje możliwość dopuszcza taką możliwość wydaje mi się o wiele moralniejszy, aniżeli system, który idzie w sposób niekontrolowany i który deprawuje tak pacjenta jak i służbę zdrowia.

Niemniej jednak nie będę obstawał przy tym- że jest to kamień węgielny w sprawach, o który warto kruszyć kopie, tylko stąd wychodziłem z założenia, że jeżeli w w elu krajach istnieją instytucje narodowej służby zdrowia i one zdają egzamin, można by było skorzystać w sposób moralny rozwiązań niemoralne zjawisko. Ale jeżeli nie chcemy no to przecież sprawa jest do przedys-

13/4

kutowania.

Wydaje mi się, że cała reforma tylko wtedy ma szansę być wprowadzana, wprowadzona, i dopiero po jakimś tam czasie nabrać właściwego charakteru, jeżeli będą siły działały wszystkie w jednym kierunku. Tymi siłami to jest przede wszystkim personel świadczący tę działalność, ażeby personel medyczny rozpoczynając od lekarzy a kończąc prawdę na najniższym personelu przede wszystkim poprzez pielęgniarki, poprzez różnego rodzaju techników, pracowników innych z wyższym wykształceniem itd. musi być do tego umotywowany. Musi być umotywowany i intelektualnie i moralnie i niestety materialnie, że byłoby naiwnością sądzić, że ludzie nagle od dzisiaj dlatego że stół zakonczy podpisze założymy pozytywne wnioski, to oni od jutra rzucają się z ochotą do podwójnej działalności z lepszymi skutkami. Tak to nie będzie. Ludzie są i zdeprawowani jeśli chodzi o działalność i rozgoryczeni i widzą nieracjonalność działania i nieracjonalność zarządzeń w związku z tym wydaje mi się, że praca, która musi być przeprowadzona wśród personelu szczególnie przez aparat zarządzający jest potworna. A więc kadra zarządzająca musi sama uwierzyć w celowość i w słuszność reformy i dlatego ona musi być też pod kontrolą społeczną, co zresztą tu wszystko jest zapisane, jak i ten personel, który to będzie wykonywał i nadal obstaruje przy tym, to być może się kłóci podejściem w sprawie systemu płac, ja jestem jak najbardziej za tym, żeby płaca była podwyższona w tej swojej podstawowym wydaniu, niemniej jednak musi mieć element motywacyjny, ponieważ nie wszyscy ludzie w a

każdym razie w naszym kraju w dniu dzisiejszym nie będą jednakowo pracowali i ci którzy będą się więcej dawali więcej uzyskiwali, powinni mieć pełne dowody szansy rzetelnego wynagrodzenia, nie tylko moralnego, czy społecznego, ale również i materialnego.

I dlatego sprawa ustawienia wynagrodzeń w sposób motywacyjny, który by w sposób materialny wymuszał pewne zachowania personelu jest jak najbardziej wskazane. Musimy również - to było podkreślane, ja chciałbym tylko jeszcze raz tę sprawę podkreślić, że sama reforma się nie uda, jeżeli w tym czasie towarzyszące założenia nie będą prowadzone w życie, jeżeli na przykład samorządy lekarskie czy samorządy pracownicze nie zadziałają, jeżeli izby lekarskie nie będą pracowały - przecież to wszystko to tak jak zegarek, gdzie jedno kółko porusza drugie kółko i jeżeli to jeden mechanizm gdzieś stanie no to on zatrzyma albo będzie zwalniał lub nieporcieznie przyspieszał, inne mechanizmy.

W związku z tym zgadzam się z tym, że przy nadaniu właściwego tempa i ustalenie rozsądnego harmonogramu uruchamiania tych mechanizmów i kontrolnych i mechanizmów wprowadzających poszczególne zagadnienia jest po prostu niezbędne. To jest warunek powodzenia. Jeżeli tego nie będzie to wszystkie założenia będą znowu hasłami wypisanymi na płócie, które być może będą bardzo ładne, tylko nie będą realnie wprowadzone.

Jest również sprawa poparcia śdodowiska i społeczeństwa i nie chciałbym dyskusji jeszcze raz kierować na sprawy- czy rzeczywiście bezpłatnie, czy odpłatnie. Myślę, że po pierwsze w służbie zdrowia tkwią olbrzymie niewykorzystane rezerwy pracy ludzkiej, a długie materialne i naszym zadaniem przy pomocy reformy jest je wydobyć. To jest po pierwsze.

Ale jest jeszcze druga strona zagadnienia, cały mechanizm biurokratyczny niepotrzebnie robi ze służby zdrowia instytucje regulującą różne niurokratyczne sprawy albo nap za pacjenta, który potrzebuje stempelek na zaświadczenie. My musimy i te sprawy uregulować, żeby odciążyć, bo przecież o ywateł musi w jakiś sposób na własny

te sprawy uregulować żeby odciążyć. Przecież obywatel musi w jakiś sposób na własnej skórze odczuć działalność reformy w służbie zdrowia. Jeżeli tego nie będzie on będzie stał pod drzwiami pięć godzin, on będzie źle załatwiony, opryskliwie , albo mu powiedzą, że za trzy dni, no albo że będzie czekał na neurologa dwa miesiące, to on nie wiadomo co będzie sądził o reformie.

W związku z tym sprawa wprowadzenia reformy to jest wprowadzenie normalnej walki z biurokracją , z bezdusznymi zarządzeniami, odbiurokratyzowanie tego wszystkiego co nie jest związane ściśle z funkcjonowaniem systemu służby zdrowia.

Z drugiej strony wydaje mi się, że nie jest obojętną sprawą, że możemy wywołać albo u pacjentów, u naszych odbiorców pozytywny stosunek do dokonywujących się zmian, do chęci dokonywania zmian, jak i odwrotnie.

Nieobojętną jest sprawą jakie będziemy kształtowali zachowania się naszych pacjentów. To jest nieobojętna sprawa czy zyskamy z nich współtwórców tych reform, czy też prawda ludzi nadal niezadowolonych. My wiemy, że w małych społecznościach lokalnych szczególnie naszych kolegów pracuje jako lekarze wiejscy na przykład i potrafili uzyskać wspaniałe wyniki, przy pełnej aprobacie ze strony środowiska , w którym pracują, przy pełnym zaufaniu. I myślę , że zupełnie niezłym poziomem samych świadczeń. Dlatego ta sprawa pracy ze społeczeństwem , włączenia społeczeństwa w troskę o własne zdrowie , nie hasłami tylko autentyczną postawą i zaangażowaniem jest jednym z elementów powodzenia reformy.

I na zakończenie , wydaje mi się, że dobrze by było gdybyśmy poszukali w tym dokumencie to wszystko co nas łączy.- na jednej stronie kartki, a na drugiej - to co dzieli. I żebyśmy skupili się tylko nad tym co nas różni. I wtedy jest szansa dojścia do racjonalnego porozumienia i ustalenia tego w jakimś rozsądnym czasie.

Dziękuję.

Przewodniczący:

Dziękuję bardzo panu profesorowi za zabranie głosu i proszę panią mgr Majewską o zabranie głosu.

Mgr Majewska:

Proszę państwa, ja chciałam powiedzieć parę zdań dotyczących ideologii, zasad zasilania ochrony zdrowia, bo wkradło się tutaj parę nieporozumień.

Chciałam przedstawić stanowisko NSZZ "Solidarność" w taki może sposób, z punktu widzenia ekonomisty. My odnosimy się krytycznie do wyłączenia opieki zdrowotnej z zakresu ubezpieczenia społecznego. I w rezultacie do braku powiązania między wydzielaniem środków na opiekę zdrowotną i społeczną, a procesem ich gromadzenia. Czyli docelowo - opowiadamy się za wariantem ubezpieczeniowym. I zdajemy sobie sprawę, że tego wariantu nie da się wprowadzić natychmiast, że to wymaga szeregu prac przygotowawczych, że my nie znamy kosztów poszczególnych rodzajów usług, co jest warunkiem niezbędnym kalkulowania cen. Nie znamy też ryzyka zachorować. Tak że to nie może być wprowadzone od razu, Ale to jest wariant docelowy.

Ze względu na planowane zwiększenie w całej gospodarce narodowej mechanizmów samoregulujących, podejścia nasze zgodne jest z duchem reformy pkt.12 też w sprawie II etapu reformy gospodarczej mówi wyraźnie o ograniczeniu redystrybucji, redystrybucyjnej roli budżetu.

W służbie zdrowia - w czym zgadzamy się zdecydowanie ze stroną rządową - potrzebne są stabilne, wydajne, ściśle określone źródła zasilania. Podstawowym źródłem zasilania docelowo powinny być ubezpieczenia. W okresie przejściowym w postaci prowizorium, środki na opiekę zdrowotną i opiekę społeczną powinny być gromadzone jako fundusz parabudżetowy, którego

głównym dochodem byłby podatek. Składka na ubezpieczenia przekształcająca się z czasem w faktyczną składkę ubezpieczenia zdrowotnego. Oznacza to, że składka ta z czasem oparta byłaby na terenowo- i podmiotowo zróżnicowanych czynnikach ryzyka zdrowotnego.

Składka na ubezpieczenia zdrowotne byłaby obowiązkowa i opłacana przez pracodawcę, podobnie jak dotychczasowa składka ZUS-owska. Wymagałoby to innej dystrybucji dotychczasowych obciążeń podatkowych. Na przykład częściowego zwolnienia z podatku od wynagrodzeń, bądź z innych rodzajów podatku. To jest właśnie sprawa specjalistów jakie tutaj można, jakich manewrów można dokonać.

Wymagałoby to zwolnienia częściowego z podatku pracowników gospodarki nieuspołecznionej. Oznacza to, radykalną zmianę zasad przepływu środków budżetowych. Celowy fundusz parabudżetowy sprzyjałby długookresowemu planowaniu ochrony zdrowia i opieki społecznej. Do tej pory środki nie wykorzystane w danym roku przepadają na szczeblu centralnym i na szczeblu podstawowym i to powoduje wielkie marnotrawstwo tych środków.

Na etapie wprowadzania ubezpieczeń, Jeszczeż może taka uwaga, że zaletą tego systemu byłby też pozytywny aspekt psychologiczny wyrażający się powszechnym uświadomieniem, że ubezpieczony to przede wszystkim wytwórca środków, którymi dysponuje służba zdrowia a nie tylko konsument tych środków.

Na etapie wprowadzenia ubezpieczeń należy określić zakres finansowania służby zdrowia i to bardzo ważne -

przez budżet państwa, budżety terenowe i ubezpieczenia. Finansowanie budżetowe powinno być przeznaczone, co już było wspomniane przez pani doktor Kuratowską na realizację funkcji strategicznych stojących przed centrum. A więc na finansowaniu podstawowych inwestycji, na działalność w zakresie zdrowia publicznego, kształcenie kadr, wyrównywanie rozbieżności z dostępności w zakresie świadczeń. Bo proszę państwa, ta funkcja strategiczna centrum do tej pory była bardzo słabo realizowana.

Samorząd terytorialny finansowałby rozwój bazy służby zdrowia na swoim terenie w zakresie wykraczającym poza plany strategiczne centrum

Pozostała część środków przeznaczana obecnie na finansowanie bieżącej działalności placówek służby zdrowia powinna być przeznaczona na pokrycie składek powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Przypominam - bądź jako odpis z funduszu wynagrodzeń, bądź jako ulga podatkowa od innych rodzajów podatku.

I stanowisko nasze jest takie - obywatele nie będą płacić z własnej kieszeni, co jest moim przekonaniem w tej sprawie funkcjonuje w świadomości społecznej, a więc nie będą płacili z własnej kieszeni za te powszechne, podstawowe ubezpieczenia zdrowotne. Składka ubezpieczenia zdrowotnego - podkreślam, podobnie jak składka ZUS, opłacana musi być przez pracodawcę. I docelowo ta składka musi być przez samodzielną, samorządową, samofinansującą się instytucję bądź instytucje ubezpieczeniowe.

Ten wariant ubezpieczeniowy znajduje się w tych kierunkach, tylko on jest bardzo hasłowo zapisany. Prawda - tam nawet na poziomie jednostki kiedy się mówi komu ona będzie sprzedawała swoje świadczenia, jest mowa o innych instytucjach a nie ma w ogóle wspomnianej instytucji ~~na~~ ubezpieczeniowej. I my proponujemy tutaj następujący harmonogram prac - żeby taki fundusz przejściowy parabudżetowy wprowadzić od 1 stycznia 1990r. Następnie na poziomie placówek służby zdrowia i pomocy społecznej pozostawić wygospodarowywane w danym roku środki na rok następny, też od 1 stycznia 1990r. A wprowadzenie docelowego modelu ubezpieczeń dopiero od 1 stycznia 1992r. bo zdajemy sobie sprawę jak wiele wymaga to prac przygotowawczych. Dziękuję

Przewodniczący:--

Dziękuję bardzo. Ja sądzę, że przedstawiciele resortu słuchali, albowiem w wielu miejscach jesteście zbieżni z tym stanowiskiem. Składaliśmy w lipcu ub.r. założenia do tego systemu. I sądzę, że te sprawy najszybciej będą mogły uzyskać consensus.

Jeżeli można prosić proszę o zabranie głosu pana dra Krawczyka.

Dr Krawczyk:---

Dziękuję bardzo. Chciałbym poinformować, bądź też przypomnieć, że obok obrad w tym gmachu w Stronnictwie Demokratycznym toczy się dyskusja przedkongresowa. W dniu dzisiejszym są przyjmowane materiały na Kongres który odbędzie się w kwieźniu. Oczywiście jest to dla nas także bardzo ożywiony okres.

I właściwie nie ma sfery życia społecznego, polityczne

go, gospodarczego, w której Stronnictwo w tej aktualnej sytuacji nie wypowiadałoby się własnym głosem, Przypomnę że znane jest z wielu inicjatyw politycznych zrealizowanych, bądź też mających być szansę zrealizowania. - 80 -

Także jeśli chodzi o problemy do rozwiązania w sferze opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Opowiadamy się za głębokim zreformowaniem systemu i połączone to powinno być z eliminacją jaskrawych nieprawidłowości w spotykanych ciemniej jednak uważam, że winniśmy się wypowiedzieć i te pewne bardzo niepoprawne sformułowania w sensie odzewu społecznego z tej sali powinny wyjść.

Mianowicie mówił pan prof. Indulski, mówili tak że poprzednicy, że nie można przyjąć tezy, że opieka zdrowotna jest opieką bezpłatną. W chwili obecnej zarówno prawne, jak i poza prawne, o których także mowa była mechanizmy są takie, że część osób z wyboru bądź też z przymusu koszty takie ponosi. Dlatego w moim przekonaniu musi być to system no przede wszystkim eliminujący nieprawidłowości które występują. My opowiadamy się za wprowadzeniem ubezpieczenia zdrowotnego. Następnie równością 4 sektorów, państwowego, komunalnego, spółdzielczego i prywatnego, pełną równością. Tu nawiążę chociażby do pewnych ulg importowych czy innych rzeczy. W moim przekonaniu kiedy to będzie możliwe? Jeżeli rzeczywiście finansowanie będzie zewnątrz systemu. Gdzie w chwili obecnej mamy praktycznie co obywatel uzyskuje? Jaki poziom świadczeń? W zależności od potencjału, jaki w danej miejscowości bądź też w pobliżu występuje. I to jest ten obowiązek państwa, który państwo w ten sposób wypełnia, Nie możemy mówić absolutnie o równości dostępu do systemu opieki zdrowotnej jaki istnieje i mnie się wydaje, że limitowanie przepraszam bardzo reglamentowanie poziomu świadczeń ich jakości

15/2

nie może się odbywać na zasadzie zainwestujemy, zarówno w sferę materialną, jak i oczywiście kadrową, w takie miejscowości czy inne. Dlatego też rozwiązania czysto ekonomiczne winny decydować, bez rejonizacji a na zasadzie wprowadzenia gry ekonomicznej. I to niezależnie od własności danego zakładu opieki zdrowotnej.

Opowiadamy się także trudno powieścić czy do końca słusznie, czy też na okres przejściowy, ale za pełnym rozgraniczeniem tych sektorów, bo wiemy, że wiele zjawisk na pograniczu nieprawidłowości powstaje. Możemy na tej sali powiedzieć, że są gabinety prywatne z mocy prawa i słusznie funkcjonujące, które w wielu wypadkach nie miałyby racji bytu, gdyby nie równoległość pracy w uspołecznionym zakładzie pracy i zajmowanie tej czy innej funkcji. Nie jest to reguła, oczywiście, ale i takie przypadki występują w moim przekonaniu.

Jesteśmy za odbiurokratyzowaniem samej służby zdrowia - a także jego systemu zarządzania i tu chciałbym przypomnieć, że mówi to między urzędnik państwowy, który ma do czynienia z tym, co rzeczywiście boli w moim przekonaniu wszystkich organizatorów służby zdrowia. Mianowicie mechanizmy samoregulujące tylko mogą i muszą ograniczyć do minimum administracyjne regulowanie tej sfery.

Ponadto opowiadamy się za samorządnością i to samorządnością pracowniczą, a także i tu wiele inicjatyw stronniactwo wykaże w celu reaktywowania izb lekarskich i mamy nadzieję, że sfinalizowane to w najbliższym czasie będzie. Oczywiście konieczność jest powiązania w naszym

15/3

przekonaniu systemu wynagrodzeń z praktycznym wkładem
pracy poszczególnych pracowników i przy relatywnie wzros-
cie wynagrodzenia. Niezależnie wypowiadamy się także i
bardzo głośno chcemy to akcentować wprowadzenie natychmias-
towych rozwiązań w tych najbardziej dramatycznych sytua-
cjach, jeśli chodzi o zaopatrzenie w leki, w drobny sprzęt
medyczny, dostęp do wiedzy medycznej, To jest w wielkim
skrótce te tezy, które są bardzo mocno dyskutowane na
wszystkich naszych organizacyjnych szczeblach w dużej
mierze bardzo zbieżne z kierunkami reformy przewidzianymi
przez resort zdrowia i w dużej mierze także zbieżne z
wypowiadanymi tu dzisiaj na tej sali i także pewnymi
punktami przedstawionymi przez pana doc. Lipińskiego.

Tylko miałbym taki wniosek, pozostaje pytanie jak?
Wiemy doskonale, że przyjdzie taki dzień że podzespół
do spraw zdrowia Okrągłego stołu swoją działalność
zakończy. Czy my rozwiążemy do tego czasu sprawy. Absolutnie
żadnych szczegółowych nie rozwiążemy, bardzo dobrze
w moim przekonaniu, że doszło do takiej bardzo głębokiej
twórczej i dochodzić będzie z pewnością wymiany poglądów
i jeśli można było wniesć, aby rzeczywiście to do i
autorzy ostatniego dokumentu umieszczają nazywając
to ciało narodową radą zdrowia. Może nie przesadzając
nazwy, ale wnosilibym aby rzeczywiście wszystkie siły
społeczne, polityczne miały udział w radzie zdrowia
na szczeblu centralnym, gdzie rzeczywiście w zespołach
mniej bądź bardziej dobranych fachowych konkretnych
bylibyśmy - nie przesadzając, tylko z udziału, ale byłaby
ta rada, która wspomogłaby ministra zdrowia i jego

15/4

urząd.

To co między innymi mówił pan doktor p chociażby lobby zdrowotnym, nie o lobby chodzi- ale o te interdyscyplinarną działalność, jaka jest bardzo tej sferze potrzebna.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący:

Dziękuję panu doktorowi.

O zabranie głosu proszę Mr Zielpnko.

15/5

Dr Aleksander Zielonka:

Szanowni Państwo! Chcę o j adnym fragmencie reformy o strukturach, Na początek deklaracja. Doceniam wagę struktur, aże jako wielkości parametrycznych nigdy ich nie przeceniałem. Wiadomo, że te a czy doktryna o narzędnej roli struktur ma wiadomą stalinowską genezę. Niemniej jednak jako wartość służebna struktura jest niezbędna jako kategoria ergologiczna, i chciałbym tu na temat pewnej struktury na temat zespołów opieki zdrowotnej.

Ideę zespolenia opieki zdrowotnej przyjęto w chwili kiedy odpowiadała ona na światowe trendy no i pozwalała jakoś lepiej wykorzystać ograniczone nasze zasoby. Z tym, że u tytkano ją znowu w jakimś uniwersaliśmie doktrynerskim, a mianowicie łączono to co trzeba i co nie trzeba i tak międzyinnymi powstały ZOZy molochy, przy których ginie człowiek, jako osoba ludzka, ten człowiek który tam cho uje, cierpi, jak zawsze sam na własną odpowiedzialność i ma pełne prawaby postrzegano tam jego osobę.

Niemniej jednak będą bronił terenowych struktur zespołów Opieki Zdrowotnej w tzw. Polsce powiatowej, wielkości ograniczonej dlatego, iż odpowiada ona zarówno na postulat elit środowiskowych, lekarzy specjalistów ordynatorów aż po pielęgniarkę środowiskową, a także znalazła pełną aprobatę społeczności przeprowadziliśmy trzykrotnie takie ankiety społeczności miast, miasteczek a przede wszystkim dyskryminowanej nazbyt długo polskien wsi, która ma jednak i w tej chwili doszyp przynajmniej formalny do tej ograniczonej ale jednak istniejącej bazy do zaplecza, do zasobów,

15/6

Szawia się tym ZOZom zarzuty, że przerosty biurokrac
tyczne, że rozdęta administracja. chciałbym tym ogólnik
wym obiegowym sądom wrażeniowym odpowiedzieć wynikami
zweryfikowanymi. Udało się przy pomocy paru ludzi dobrej
woli przeprowadzić takie badania na dość dużym materiale
tyczącym 4 województw, to jest Letnica, Wałbrzych, Jele
nia Góra i Górzów ja tylko w skrócie wyniki proszę
państwa.

Najpierw kadra kierownicza zakładów służby zdro
wia, a więc etatowo zatrudnieni

TW

16/1

i ja tylko o skrócie wyniki, proszę państwa. Najpierw kadra kierownicza zakładów służby zdrowia, a więc etatowo zatrudnieni dyrektorzy, ich zastępcy i główni księgowi, liczyła ona w zdeintegrowanych placówkach w roku 1972 501 osób, w ZOZach w roku 1987 spadła do 215 osób. To jest 42,9% tamtej. Po wtóre - liczba lekarzy nas stanowiących kierowniczych spadła w tych 4 województwach ze 172 do 76 osób, wśród których jeszcze jest 45 ordynatorów. I wreszcie trzecie wyliczenie szeregowej kadry administracyjnej, nastroczało to trudności, ale udało się odkurzyć archiwa 16 byłych powiatów. Liczba zatrudnionych w administracji szeregowej spadła tam - używam tej tradycyjnej nazwy polska powiatowa - o 12% i przeciętnie z 32 osób do 28 w statystycznym ZOZie. Przypomnę, że w tym samym czasie to jest 17 lat liczba ludności wzrosła o ponad 18% licząc pracowników służby zdrowia o 37%, a liczby świadczeń i gatunku, ciężaru gatunkowego po prostu pokwantyfikować się nie da.

Proszę Państwa! Jak wytłumaczyć te sądy obiegowe? Wydaje mi się, że jednym może po części racjonalnym wytłumaczeniem powtarzania opinii błędnych jest wadliwa interrelacja semantyczna. Otóż bogatemu językowi polskiemu brakuje angielskiego słowa leader, czyli słowackiego veduci. Póki co jest u nas tylko kierownik, przychodni pracowni, ośrodka zdrowia, ale czy słowo nazewnictwo może uzasadniać repulsję. Onże kierownik sam bada, sam leczy, dziesiątki chorych, każdego dnia i niejednej nocy, jest specjalistą, jest ombiusem bywa jedynym ale on na Boga naprawdę nie jest biurokratą.

16/2

I jeszcze jeden zarzūt o fzekomym odchodzeniu lekarzy do biur. Dowodzi on moim pŕzekonaniu nieznaomoŝ ci pracy i ducha medycyny, bo kierunek odejŝc bywa naj c ęŝciej odwrotny. I jeszcze uwaga na koniec.

Pytaliŝmy ludzi, pracowników słuŝby zdrowia i społeczeństwo, jak oni odnoszē siē do lekarza na stano wiŝku kierownika zakładu słuOby zdrowia. Otōŝ 99% chorych wybraliŝmy ich z drōŝ dyspenseryjnych a wiēc tacy, co to nie majā tylko incydal e kontakty z systemem którzy rzeczywiŝcie chorujā i 94% pracowhików słuŝby zdrowia uwaŝa, ŝe zakładem opieki zdrowotnej musi kierować lekarz, jak sądem prawnik a szkołā pedagog.

Tyle na tema-t struktur tej jednej jēdynczej katego rii, s ruktur, które dla mnie majā znaczenie jak pwied działem na wstępie drugopzēdne, parametryczne, słuŝebne gdyŝ tak naprawdē medycyna jest tak doskonale samostwrow na iŝ projekt ten przedstawiony nam pod dyskusjē zakłada jacy wariantowoŝ tych rozwiāzāń, a jie petryfikacjē no jakoŝ przystaje i do tych naszych uogōlnień.

Dziēkujē bardgo.

2 Przewłdniczacy Dzi kujē bardzo.

Panie doktorze jeŝeli moŝna by prpsić ŝeby ten mateiał poniewaŝ jest on opracowany przez pana doktora, trafił do przewodniczācych.

O zabranie głosu prosił pan mgr Nowikow.

16/3

Mgr Barbara Nowikow: Ponieważ łomoc społeczna po raz pierwszy będzie poruszana w dniu dzisiejszym dlatego zapoz nając się równocześnie z kierunkami reformy systemu z tym projektem, który strona solidarnościowa nam dzisiaj przedstawiła, chciałabym pańsrwu zabrać parę minut czasu i powiedzieć jak to wygląda w tej pomocy społecznej na dzień dzisiejszy. Z góry przepraszam, że napewno nie zmieszczę się w tych 3 minutach, czy 5 minutach. Przepraszam, po raz pierwszy i może na pstatnie w dniu dzisiejszym to zagadnienie będzie poruszane, jeżeli pan przewodniczący i państwo pozwolicie, to przedstawię te problemy w sposób maksymalnie skondensowany.

Jeżeli chodzi o model organizacyjny pomocy społecznej w Polsce, składa się on z dwóch powiązanych ze sobą systemów, między którymi istnieje ścisłe współdziałanie. Są to terenowe organa administracji państwowej oraz zawodowa służba socjalna resortu zdrowia i opieki społecznej. Terenowe organa administracji państwowej są bezpośrednimi realizatorami przyznających świadczenia z tytułu pomocy społecznej te obecne uprawnienia wynikają z ustawy z 20 lipca 1983 r. o systemie rad narodowych i amorządu terytorialnego, zgodnie z którą świadczenia łomocy społecznej organizują na swoim terenie i przyznają terenowe organa administracji państwowej o właściwości ogólnej bądź szczególnej, Są to więc naczelnicy gmin, miast i miast powyżej 50 tys. ludności. Zawodowa służba socjalna zintegrowana ze służbą zdrowia stanowi człon tego modelu. Zadaniem tej służby jest indywidualne rozpoznawanie potrzeb dokonywane w miejscu zamieszkania

Praca socjalna z jednostką, rodziną i środowiskiem
wnioskowanie o przyznanie świadczeń pomocy społecznej
oraz te wszystkie sprawy socjalne danego środowiska,
których załatwienie może wymagać nie tylko świadczeń po-
mocy społecznej, ale udziału wielu służb. Działania zawo-
dowej służby socjalnej są wspierane przez terenowych opie-
kunów społecznych, pracujących honorowo.

Zintegrowanie ze służbą zdrowia wynika najczęściej
jednoznacznego występowania potrzeb socjalnych i zdrowot-
nych osób głównie w starszym wieku. Potrzeb tych nie nale-
ży rozdzielać ze względu na ich współzależność. Współ-
działanie obu członów istniejącego modelu polega między
innymi na przedstawieniu przez służbę socjalną przyna-
jącym świadczenia organom potrzeb jednostkowych, dostarcza-
niu sumarycznych informacji o potrzebach terenu dla celów
kolokalizacji budżetowej i planowania rozwiązań, a także
dla oddolnego koordynowania pomocy przyznawanej poszczegól-
nym świadczeniom odbiorcom.

Obecny model organizacyjny pozwala na zorganizowanie i przyznawanie świadczeń pomocy społecznej na
szczeblu mikro- to jest w gminie, mieście, dzielnicy co
maksymalnie przybliża świadczenia do obywatela. Wola zawo-
dowej służby socjalnej oraz opiekunów społecznych w rea-
lizowaniu pomocy społecznej oprócz poprzednio wymienionych
funkcji umożliwia profesjonalną i społeczną weryfikację
działań urzędników, przy przyznawaniu świadczeń oraz
odbiurokratyzowaniu działań pomocy społecznej poprzez
inne niż administracyjne formy kontaktu z obywatelem
Jest to niezbędne przy specyficznym trybie przyznawania

świadczeń pomocy społecznej. i powoduje konieczność uwzględniania takich warunków i uwarunkowań, jak niesórawność, nieporadność życiowa czy zaawansowany wiek.

Mówiąc o strukturach organizacyjnych terenowy organ stopnia podstawowego przewiduje na szczeblu gminy miasta samodzielne stanowiska pracy bądź referaty do spraw zdrowia i pomocy społecznej, na szczeblu miast powyżej 50 tys. ludności wydziały zdrowia i opieki społecznej, W chwili obecnej istnieją również w dalszym ciągu zespoły opieki zdrowotnej i w tych zespołach opieki zdrowotnej działają służby społecznych w ramach których funkcjonuje dla celów pomocy społecznej ośrodek opiekuńczo-społeczny, w którym są zatrudnieni pracownicy socjalni prowadzący działalność w rejonach zapobiegawczo-leczniczych w mieście i gminnych ośrodkach zdrowia na obszarze działalności zespołu opieki zdrowotnej, jak również konsultanci z niezbędnych specjalności, na przykład prawa, pedagogiki psychologii.

Terenowe organy administracji państwowej stopnia wojewódzkiego właściwe do spraw pomocy społecznej wykonują zadania w zakresie synchronizacji czyli planowania organizacji nadzoru i koordynacji pomocy społecznej na obszarze województwa oraz organizują bezpośrednio kierują a także dysponują miejscami we wszystkich domach pomocy społecznej.

I po drodze wojewódzkie ośrodek opiekuńczo-społeczny, który sprawuje nadzór merytoryczny nad pracą służby socjalnej oraz dostarcza organowi szczebla wojewódzkiego informacji niezbędnych do planowania i prowadzenia poli-

tyki w zakresie pomocy społecznej na obszarze województwa. Jeżeli chodzi o koordynację zadań pomocy to od kilku już lat nasze województwa reprezentuje woj. warszawskie, ma duże doświadczenie w tym zakresie. Pierwotnie powołane zespoły koordynacyjne do spraw pomocy społecznej, które skupiały zarówno profesjonalne służby socjalne pracowników socjalnych jak również przedstawicieli wszystkich organizacji społecznych, które to organizacje mają swoje statutowe działalności pomocy społeczną. Ta koordynacja miała na celu nie powielanie pewnych świadczeń, które nasz świadczeniobiorca powiedzmy sobie nie każdy w jednakowy sposób przyjmuje, są i chce je otrzymywać, są wśród naszych podopiecznych naszych klientów pomocy społecznej i tacy, którzy wyłudzają z różnych źródeł różne formy pomocy szczególnie materialnej.

Takim skoordynowanym systemem przy pomocy społecznej jest również wprowadzanie komputeryzacji w kilku już województwach

17/1

Takim skoordynowanym systemem przy pomocy społecznej jest również wprowadzanie komputeryzacji w kilku już województwach w tej chwili, naszego kraju. Ta komputeryzacja ma na celu właśnie wykluczenie powielania przynajmniej w tym samym czasie tych różnych form pomocy materialnej.

Do organizacji społecznych, które wchodzi w skład zespołów koordynacyjnych do spraw pomocy społecznej wchodzi głównie takie organizacje jak Polski Komitet Pomocy Społecznej, Polski Czerwony Krzyż. To są te dwie największe organizacje społeczne świadczące usługi, tak ważną sferze pomocy społecznej działalność i inne organizacje jak organizacje kobiece, TPD, Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów. Takich organizacji w naszych zespołach mamy kilkanaście.

Zespół koordynacyjny działa zarówno na szczeblu ~~państwa~~ terenowego organu administracji państwowej na szczeblu naczelnika, jak i na szczeblu województwa przy prezydencie czy wojewodzie miasta.

Jeżeli chodzi o zadania pomocy społecznej, są one realizowane przez system świadczeń pomocy społecznej. Środowiskowej oraz pomocy społecznej instytucjonalnej czyli domy pomocy społecznej.

Tak jak pierwsza część w głównej mierze za zadanie prace w środowisku, w bezpośrednim miejscu zamieszkania klienta naszej pomocy społecznej, tak ta druga część - część stacjonarna czyli wszelkiego typu domy pomocy społecznej zawierają w swojej funkcji całą służbę

17/2

zdrowia to znaczy zatrudnienie lekarzy, pielęgniarek, różnego rodzaju rehabilitantów i całą służbę medyczną, która funkcjonuje również w szpitalu.

W modelu organizacyjnym ochrony pomocy zdrowia zadania pomocy społecznej środowiskowej oparte zostały na zasadzie integracji służby zdrowia ze środowiskowymi służbami socjalnymi.

Podstawową rolę w opiece nad ludźmi starszymi, przewlekle chorymi, spełnia środowiskowa opieka zdrowotna i społeczna: lekarz rejonowy, pielęgniarka środowiskowa, pracownik socjalny. Zasadniczym celem w działaniach pomocy społecznej środowiskowej jest podejmowanie odpowiednich rozwiązań umożliwiających jak najdłuższe zamieszkiwanie człowieka niepełnosprawnego w dotychczasowym środowisku.

Ze świadczeń pomocy społecznej środowiskowej korzystają przede wszystkim ludzie w wieku emerytalnym oraz inwalidzi I i II grupy a także inne grupy osób

Przewodniczący:-

Jeżeli mógłbym prosić o skrócenie i przedstawienie sytuacji dotyczącej reform w zakresie opieki społecznej.

cd.Ob.Nowkko:

Myślę, że w reformie pomocy społecznej na pewno uwzględnione będą wszystkie te punkty, które zostały nam zgłoszone przez stronę pozycyjno-solidarnościową. Wydaje mi się, że zgłoszone tutaj propozycja powołania komisji, która będzie pracowała nad tym projektem, jest to ~~krótką~~ propozycja do szczegółowej dyskusji. I na pewno nie będziemy pmawiać tych poszczególnych punktów, które

17/3

są zawar e w kierunkach reformy systemu pomocy społecznej.

Z większością tych punktów na pewno będziemy wszyscy zgodni. Część z nich to ba dziej szczegółowo będą omówione na roboczo

Jeżeli chodzi o wspólne, chyba , punkty , które będą do najbliższej realizacji, to są - doprowadzenie do uchwalenia ustawy o pomocy społecznej i aktów wykonawczych, W tym prijekcie kierunku reformy mamy również taki zapis. Jest to zapis, że do końca roku 1989 ta ustawa ma wyjść. W chwili obecnej też uważamy, że uchwalanie ustawy jest sprawą niezwykle pilną. Obecna działalność oparta jest na zarządzeniach i instrukcjach resortowych jako że pracujemy w dalszym ciągu i obowiązuje nas ustawa o pomocy społecznej z 1923r. Jest to termin ważny.

Obecnie projekt ustawy jest opracowany, jest złożony do departamentu prawnego w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej w celu dalszych prac legislacyjnych, w tym konsultacji zewnętrznych.

Do 1 kwietnia ma być przekazany Komitetowi Społeczno-Politycznemu ~~raport~~ Rady Ministrów. I wtedy będzie również podd ny konsultacji. Jeżeli chodzi jeszcze o jedną sprawę poruszoną w tych kierunkach reformy, to mamy tutaj przedstawione dwa schematy organizacyjne pomocy społecznej tzn. schemat obowiązujący aktualnie i schemat organizacyjny pomocy społecznej zaproponowany jako uproszczony nowy projekt.

Pewne rzeczy są na pewno jeszcze do domówienia. Natomiast interesowałoby mnie - dlaczego ten projekt jest tylko od szczebla wojewódzkiego.

17/4

Inne punkty wobec tego, że skrócony został mi czas wypowiedzi, w zasadzie są zbieżne z tymi kierunkami reformy przekazanymi przez stronę solidarnościową.

Dziękuję.

Przewodniczący:

Dziękuję bardzo. Ja przepraszam, że został skrócony czas wypowiedzi, ale było to omawianie sytuacji obecnie występującej w opiece społecznej, natomiast my dyskutujemy nad reformą opieki społecznej. I sądzę, że projekt, który trzy lata się rodzi, bo od trzech lat prawie różnego rodzaju projekty się rodzą dotyczące opieki społecznej, w końcu ujrzy światło dzienne.

Ja chciałbym się spytać - ponieważ jest prośba ze strony solidarnościowo-opozycyjnej żeby teraz zabrała głos pani dr Starega. Niemniej na liście zgłoszony jest do dyskusji jako pierwszy prof. Boroń i dr Edelman. Sądzę, że panowie w dniu Święta Kobiet.

A więc jeżeli można prosić pan dr Starega.

17/5

Dru Joanna Starega-Piasek:

Tylko na Święto Kobiet, czy nie ze względu na Święto Kobiet, ale dlatego, że jest to pewien blok problematyki którą bym chciała żeby państwo spróbowali potraktować w jakiś sposób wspólny.

Właściwie najkrócej mówiąc, czy najkrócej ustosunkowując się do tego co powiedziała pan dyr. Nowikow, mogłabym powiedzieć, że tak by było, gdyby było. Ale tak jak to zostało w pewnych ogólnych sformułowaniach przedstawione, to właściwie przyglądając się szczegółowo nie tak funkcjonuje pomoc społeczna i pozostawia bardzo wiele do życzenia.

To był pewien obraz, pewna fotografia widziana z pewnej odległości.

Przy tym projekcie, który przedstawiliśmy jako zespół chciałem przyjąć 4 założenia, które wyjaśnią państwu pewne rzeczy. Po pierwsze - jest tutaj ukryte założenie, że pomoc społeczna będzie uysytuowana w służbie zdrowia. Stąd też, jak gdyby przedstawione propozycje rozwiązań dotyczą poziomu województwa, albo ponad województwem. Można powiedzieć - nie ma nic poza resortem.

Po drugie - na co z całą odpowiedzialnością chciałam zwrócić uwagę mianowicie istnieje odpowiedzialność resortu za kształt pomocy społecznej. Bowiem pomoc społeczna nie tylko zajmuje się ludźmi starymi czy inwalidami, ale zajmuje się tymi wszystkimi kategoriami osób, które poprzez fatalną politykę społeczną znalazły się w skomplikowanej i trudnej sytuacji. To są narkomani, to są alkoholicy, to

17/6

są ludzie bezdomni. Właśnie kodyfikacja tj. akty prawne rozporządzenia rządu poziomu Ministerstwa utrwalają jak gdyby tylko te kategorie, czy obejmują tylko te kategorie, które już właściwie są jednymi z fragmentów zainteresowań pomocy społecznej.

Dalej - w tym przedstawionym projekcie autorzy podporządkowali się bardzo konsekwentnie pewnemu rygorowi czy pewnej dyscyplinie. Mianowicie są to kierunki rozwoju. Nie ma tam żadnych szczegółowych spraw. Stąd też dla osób nie tkwiących w tej problematyce, za co przepraszam za tą uwagę, może się wydawać, że pewne rzeczy są ogólnikami. Ale naprawdę one są niebywale istotne i to są w stanie docenić ci wszyscy, dla których nie jest obca sfera zainteresowań i sposób funkcjonowania pomocy społecznej.

Nie chcę przedłużyć i nie chcę zanudzić, jak gdyby i tak niepopularną sprawą jaką jest pomoc społeczna, chciałam naparę elementów tylko tych założeń reformy zwrócić uwagę.

Po pierwsze - generalny kierunek jest kierunkiem zgodnym z tym, o czym obie strony, do którego dążą - mianowicie daleko posuniętej decentralizacji. Bo pomoc społeczna na-prawdę sprawdza się nie na poziomie resortu tylko na poziomie styku - pracownik specjalny potrzebujący wsparcia.

Po drugie - na podniesieniu skuteczności funkcjonowania instytucji zbiorowych, życia zbiorowego, jaką jest pomoc społeczna.

18/1

I trzecia bardzo ważna rzecz -

Na przejęciu przez te instytucje odpowiedzialności. Pomoc społeczna, co jest mi przykro powiedzieć, praktycznie nie ponosi żadnej odpowiedzialności za mankamenty swojego funkcjonowania. Poprzez fa^lultetywność świadczeń pomocy społecznej, pomoc społeczna wybiera w zależności od tego komu może udzielić świadczenie ze względu na pieniądze, ze względu infrastrukturę. Natomiast na dobrą sprawę w kategoriach życia zbiorowego, bo pracownik socjalny na tym poziomie ponosi odpowiedzialność za inwalidę, starego człowieka czy alkoholika, któremu pomaga. Ale pomoc społeczna jako instytucja nie ponosi żadnej odpowiedzialności.

Między innymi szereg punktów w tych założeniach ma zmusić instytucje pomocy społecznej do ponoszenia odpowiedzialności za zadania, które są jej przypisane i z którymi może dyskutować - czy jest w stanie je podjąć, czy nie.

W związku z powyższym pewne kierunki funkcjonowania pomocy społecznej to jest na drugiej stronie projektu w czterech punktach podane powinny zostać. Nierozwijam tego, bo to jest ta sprawa profesjonalizacji rozwoju pomocy środowiskowej, fakultatywności świadczeń. I moment się zatrzymam - integracji z podstawową opieką zdrowotną. Ta sprawa jest o tyle ważna i o tyle, jak gdyby paralelem na do niektórych propozycji założeń pomocy opieki zdrowotnej, bowiem instytucja lekarza rodzinnego, domowego jakby tego nie nazwać jest tą instytucją, jest tą sferą działania gdzie pomoc społeczna znajduje swoje miejsce i skuteczność świadczeń pomocy lekarskiej poprzez pracownika socjalnego w bardzo wielu sferach życia jest jedynym warunkiem skuteczności działania lekarza.

Bie rozwijam tego, bowkem myślę, że jest to dla większości osób zrozumiałe.

Następna bardzo ważna sprawa, to jest sprawa właśnie wynikająca z konieczności ponoszenia odpowiedzialności za pomoc społeczną - jest sprawa organizacyjnego połączenia na poziomie pracowników socjalnego funkcji ~~in~~ diagnostycznych, funkcji planistycznych i realizacyjnych. Pracownik socjalny wnioskuje, że komuś coś potrzeba. I ma bardzo długą drogę, staje się petentem wobec różnych instytucji żeby to wnioskuje, co jest sprawą dla załatwienia określonej rodziny czy określonej osobie, staje się petentem wobec innego typu urzędów.

I bardzo jest ważna sprawa, to jest taki kierunek reformy szczegółowych przepisów, które są - pomoc społeczna powinna być zorientowana na rodzinę a nie na poszczególnych członków rodziny.

Wszyscy, którzy się z pomocą społeczną stykają wiedzą, że to co można by nazwać w dużym skrócie myślowym tym syndromem biedy, że pewne potknięcie się, choroba, jakaś forma bezrobocia, pociąga za sobą cały szereg negatywnych skutków prowadzących do dysfunkcyjności rodziny.

Znowu nie rozwijam, sygnalizuję tylko sprawę, ale to jest taki bardzo głęboki zapis tutaj, mimo że jest formułowany przy pomocy jednego czy dwóch zdań.

Pomijam sprawę przygotowania kadry pomocy społecznej do wykonywania przez nią zadań, bo jest tutaj dość szczegółowo może zapisane.

Dalej uważam, że czy uważamy, że pomoc społeczna

18/3

musi być finansowana z budżetu centralnego poprzez budżety lokalne. Ale to są już te wszystkie sprawy, w które nie wchodzi. W żadnym stopniu nie może być ani samo finansująca się, ani zarabiająca na sobie, poza tam jakimiś drobnymi formami rozwiązań.

I podsumowując, chciałbym powiedzieć, że reforma pomocy społecznej nie wymaga zmian radykalnych. Wymaga natomiast daleko idącej jasności i pewnej konsekwencji w tych wszystkich sferach, w których nastąpi reorganizacja. I zwracam uwagę na tę konsekwencję i w tych konsekwencje funkcjonowania.

I dalej - bardzo ważna sprawa, mimo że w kategoriach ogólników tutaj sformułowana, że tempo i charakter zmian reorganizacyjnych musi być dostosowane do środowiska lokalnego.

Innym województwem jest województwo o charakterze wiejskim, rolniczym - powiedzmy, innym jest województwo, które reprezentuje pani dyrektor a więc Warszawa z całym swoim, z całą swoją strukturą.

W związku z powyższym jest jedna propozycja tutaj zawarta, ażeby pewne kierunki sformułowane już, jak gdyby przełożone na język operacyjny, były wprowadzane przez specjalne - jak gdyby do tego przygotowaną grupę. Można by powiedzieć, że jest to może niepopularne, ale słaba jest kadra pomocy naszczęblu podstawowym, słaba jest wiedza i rozumienie spraw pomocy społecznej na poziomie naczelnika. I musi być promotor, musi być jakiś ciągnik tych spraw.

I wydaje mi się, że tutaj taki zespół specjalnie

18/4

przygotowany osób, które by w jakimś sensie kaskadowo cały szereg niepopularnych i dla pracowników socjalnych i dla kadry kierowniczej pomocy społecznej elementów reformy wprowadzał.

I już ostatnie zdanie - wydaje mi się, że dużej uwagi wymaga proponowany projekt ustawy o pomocy społecznej. On powstaje bardzo wiele lat i podejrzewam, że jest trochę projektem z końca XIX a nie początku XXI, a powinien być z początku XXI wieku.

Z tego co ja znam, weszję, którą ja znam, wersja ta kodyfikuje istniejący stan rzeczy, natomiast nie wprowadza specjalnie nowych, bardzo istotnych spraw, bawi się w szczególności.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący:

Dziękuję bardzo. Proszę o zabranie głosu pana dra Edelmana

Dr Marek Edelman:

Proszę państwa, jest tak - siedzimy tutaj przy tym stole z tych dwóch stron i wygląda tak, że państwo nas chcą zagłaskać. My się nie damy zagłaskać. Jest między nami zasadnicza różnica w podejściu do spraw kierunków reformy. Poza tym co jest w tej deklaracji haszowej na początku, nie z tego, co państwo powiedzieli, ja nie mówię o pojedynczych zdaniach - jest praktycznie nie do przyjęcia.

Pierwsza rzecz - o finansowaniu mówiliśmy tutaj. I państwo się zgadzają na to i państwo mówią, ale te wszystkie onciażenia, które są nałożone na obywateli my mówimy ja no i wyraźnie nie.

Koszyk - my mpwimy jasno i wyraźnie - nie. I proszę do przyjęć do wiadomości.

To jest nasze stanowisko.

Druga sprawa - sprawa nomenklatury, która jest zasadniczą sprawą. I to musi być rozstrzygnięte. Państwo się nie zgodzą na nasze propozycje. Wprawdzie związki zawodowe mówią, że one już dawno nie mają nomenklatury, ale to też przecież nas zagłaskują, albo mydlą nam oczy.

Więc mówmy szczerze - jesteśmy ludźmi dorosłymi i wiemy co się dzieje w tym kraju. Więc po co sobie opowiadać rzeczy nieistotne. Jeżeli chcemy do czegoś dojść, to musimy dojść ze szczerą wolą do tego. A po pierwsze - z prawdziwym stanem faktycznym tego co jest, a nie tego co ktoś powie. Bo tych różnych ogólników takich, owakich mamy dosyć.

Przecież i tak "krągły stół jest taką rzeczą, która nikogo w końcu nie zadowoli. Nae zadowpli - bo będą kompromisy i to nie tylko na naszym szczeblu, ale o wiele wyżej. I muszą one być. Ale mus. My na jakim gruncie stoimy? Nie opowiadajmy sobie, że OPZZ już dawno wszystko załatwiło i ma wszystkie genialne pomysły. Do tego on wszystko wie co się dzieje w ministerstwie. My nic nie wiemy. My nie mamy żadnych projektów, dziesięć projektów, osiem projektów, dwanaście projektów, nam nikt nic nie mówił. Ta cała ewolucja nie wiem jaka ona jest, w jakim kierunku idzie.

A więc to jest pierwsza rzecz. I trzeba, żeby tu nie było przelwania z pustego w próżne, żeby 10 razy się nie powtarzało o tym samym, więc trzeba zdać sobie sprawę na jakim gruncie stoimy. Więc te dwie rzeczy to są pierwsze.

Trzecia rzecz - to jest sprawa administracyjna. Nie może my się zgodzić na to, mimo tego co zostało powiedziane tutaj przez dra Zielonkę, który uważa, że na przykład u niego w ZOZ-ie jest dobrze i że z tego rachunku wychodzi, że jest mniej lekarzy, czy mniej administracji itd. itd. Może być mniej, może akurat w tym województwie jest jakoś inaczej. Ale zasada jest błędna. I tę zasadę trzeba przeciąć. Najlepszy dowód, że ją trzeba przeciąć to jest to, że administracja siedzi tak mocno w siodle, że ministerstwo dało prawo rozejścia się i nikt się nie rozchodzi. Są dwa powody tego, że się nie rozchodzi. Po pierwsze - administracja jest obsadzona przez nomenklaturę i straci władzę. Komitet wojewódzki przestanie mieć wpływ na kadry, a wtedy mu się zdaje, że się zawali Polska Ludowa, jeżeli

TW

19/1

będą lekarze niepartyjni. To jest pierwsza rzecz.

Druga rzeczą lekarz dyrektor szpitala czy jak się on dziś ażywa lekarz naczelny siedzi sobie i podpisuje papierki na urlop, na to, na to i nie ma żadnej odpowiedzialności zarabia te 110 tysięcy złotych czy 50 tysięcy złotych i po co sobie ma brać takie masło na głowę, jak zarządzanie szpitalem w tych warunkach, które tutaj są. To jest niemożliwa rzecz. Dyrektorzy są tego samego gatunku co pracownicy ZOZu, są zainteresowani w utrzymaniu się przy tej samej władzy.

Więcej i dopóki to nie zostanie zniesione administracyjnie nie dlatego, że ja jestem przeciwko samorządom, nie jestem bo po pierwsze samorząd nie będzie w tych rozmowach ze stolika samorządowego taki jaki my chcemy i jak państwo sobie wyobrażają, bo to jest też hasłowość bo i państwo świetnie wie, że rząd nie dopuszcza do tego żeby rada narodowa była radą narodową, tylko podstawia tam na najwyższym szczeblu wojewódę czy jak to tam się nazywa urzędnika państwowego, który jest w tej samej nomenklaturze, zatem nie ustępuje z nomenklatury- czyli będzie to samo. Po co to jest im potrzebne?

Oczywiście żaden dyrektor sobie nie chce wziąć na głowę większej roboty, a to jest klęska służby zdrowia, To ja państwu mówię, Jeżeli ja nie chcę przytaczać przykładów, dużych miast, małych miast, średnich miast, rozgrywek partyjnych, gdzie się w małych miastach obsadza ordynatorów nie tych co potrzeba, jeszcze niżej te sprawy schodzą jeżeli tego nie wyeliminujemy, tej administracji, bo możliwe nie uda nam się przeformować nomenklatury bo władza

się boi tego, boi się tej straty, Boją się że to będzie ze szkodą dla całej reformy.

Ale jeżeli nie wywalimy tej administracji nigdy nie poprawimy służby zdrowia. Jeszcze w tej reformie ja nie umiem powiedzieć, bo się gubię w tych szczeblach, które tam są i może ja jestem zły do organizacji, ale ja widzę życie, Możliwe, że w tym w Międzyrzeczu jest 25 tys. ludzi i jedna poradnia i jeden szpital, jest jeden dyrektor jest mniej pracowników, jest dobry dyrektor akurat. Ale ja widzę w innych miastach 25-tysięcznych czy 30-tysięcznych gdzie to jest klęską, I ja to widzę, bo ona jest przeżarta przez biurokrację, przez ja już wiem, że przez papiery, przez zarządzania, które przychodzą z ministerstwa masami, i są powielane, część je czyta są tacy ludzie, którzy się do tego stosują, ale to jest klęska bo on się zajmuje papierami.

Więc stawiamy jasno sprawę, tu żeby nie było nieśmówień, mówimy o czywiście wszystkie szczeble pośrednie zarządzania służby zdrowia muszą zostać administracyjne, muszą być weliminowane i że państwo nie mówili że mówimy niejasno, że my jesteśmy zgodni- w tych trzech punktach nie jesteśmy zgodni, może w finansach ludzie się łatwiej porozumieją, ale te dwa punkty nomenklatury i administracja są punktami z naszej strony kategorycznymi. Państwo się nie zgodzą, pójdzie z tym co stołu politycznego, z protokołem rozbieżności, Jak państwo sobie życzą.

Proszę bardzo a nie opowiadajcie że jest dobrze i w związku z tym żeby nie było już rozmowy, żeby było ~~już~~

19/3

jasne jak to formułujemy, to jest krótkie- pr eczytam i chba będzie to jasne.

Podzespół do spraw zdrowia stoi na stanowisku iż dla prawidłowego funkcjonowania opieki zdrowotnej niezbędne jest odpolitycznienie, W tym celu konieczne jest zniesienie zasady rekomendacji i opinio partyjne przy obsadzie wszystkich stanowisk służbie zdrowia, szkołach i urzędach medycznych, z wyjątkiem stanowisk rządowych & podajemy tutaj termin, bo to jest sprawa polityczna, który będzie rozstrzygnięta przy stole politycznym, pisaliśmy 31 marca, ale wiem, że stół będzie teraz 2 czy 3 kwietnia, do 3 kwietnia.

Po drugie przywrócenie normalnego działania służby zdrowia musi służyć również zniesienie podległości i zależności ci pracowników służby zdrowia czynnikom administracyjnym od dnia 31 XII 1989 roku. Należy znieść wszystkie pośrednie szczeble administracyjne. ZOZ, metorgi, w szpitalach itd.

Pozostając jedynie niezbędne służby administracyjne oraz pracowników administracyjnych pracujących w bezpośrednim związku z chorym, to znaczy że w szpitalu ma być służba administracyjna 5 osób czy 7 osób, u nas było 7 osób i

Ro jest jedna rzecz i to chc powiedzieć jest jasne stanowisko i proszę się na ten temat jasno wyrazić. Państwo się zgadzają czy nie, Niech idzie do protokołu rozbieżności, nie mamy wyjścia z tym, albo państwo proponuje inną formułę

Dziękuję.

19/4

Przewodniczący: Ja bym prosił żebyśmy przy tym stole sobie wzajemnie nie ubliżali. Bo stwierdzenie, że administracja to betony, ubliża ludziom, którzy budowali polską służbę zdrowia.

Dr Edelman: Ja słowa takiego nie użyłem.

Głos z sali: Użył pan, słyszałem.

Dr Edelman: To źle pan słyszał.

Przewodniczący: Chciałbym się wyposażyć także, że OPZZ nie chce nikogo zagłaskać, natomiast OPZZ będzie stanowczo bronił swojego dorobku i określa to co zrobił. I to dotyczy w sposób jednoznaczny i jednoznacznie się w tym zakresie oświeściliśmy. Pan prof. Wojtczak prosił o zabranie głosu.

19/5

Prof. Andrzej Wojtczak:

Ja mam dwa pytania do pana dr Edelmana. Po pierwsze jak pan tłumaczy fakt, że jako jeden z najważniejszych problemów działania organizacji międzynarodowych w zakresie organizacji ochrony zdrowia postawiono zagadnienie kształcenia kadr organizatorów w ochronie zdrowia i jako rzecz nieodwołanie pilną jeżeli służby zdrowia różnych krajach o różnych systemach politycznych i społecznych mają działać efektywniej i lepiej?

I nie wyobrażam sobie żadnego systemu najbardziej uspołecznionego służby zdrowia i nie znam takiego systemu a troszeczkę ich poznałem, w swoim życiu, żeby mogły się obyć bez dobrej kadry administratorów.

Powstają zagadnienia i w tej chwili ekonomiczne i zagadnienia oceny technologii medycyny i jakości świadczeń które wymagają dobrego przygotowania kadry o dla tego dziwię się skąd takie nastawienie pana dr bardzo kategoryczne, bo ja rozumiem, że można podjąć dyskusję czy dane przygotowanie kadry kierowniczej jest dobre czy kadra kierownicza jest dobrze przygotowana czy gorzej, tymi rzeczami można tak kategorycznie stawiać, mnie się wydaje kwestia potrzeby administracji.

Chciałbym się zapytać czy pan może mi wskazać jakiś kraj jakiś system służby zdrowia, który obywateli bez administracji, czy jest tak? I to jest pierwsza rzecz.

Druga rzecz - ciągle powtarzamy do tego politycznienia medycyny, czy odpolitycznienia służby zdrowia.

19/6

Pan przedstawił panie doktorze propozycje sformułowania. Ja przedstawię kontrpropozycje. Podzespół do spraw zdrowia Okrągłego stołu wyraża zgodną opinię; że przy podejmowaniu decyzji dotyczących działalności zawodowej pracowników służby zdrowia i opieki społecznej powinny być brane pod uwagę wyłącznie względy merytoryczne i etyczne, a dobór kadry kierowniczej powinien następować jedynie w drodze konkursów, co zresztą jest i być limitowany okresem stawiamy jako 5-letnim.

Jest to zgodne z kierunkami naszej reformy i dajemy kontrpropozycje przyjęcia takiego sformułowania. Bo muszę powiedzieć, że powiedzmy w naszej dyskusji te trzy zagadnienia, które pan postawił jako podstawowe, dla naszej dalszej dyskusji, być może że przy braku uzgodnienia zgodziliśmy się, że będą i rozbieżności. Nie wszystko będzie uzgodnione i dlatego mogą iść do protokołu rozbieżności. Na przykład biorę od bardzo długiego okresu czasu poprzedniobrazem i w ostatnich latach w wielu konkursach na ordynatorów, w wielu konkursach na kadry kierowniczą i te konkursy są i przechodzą ludzie naprawdę dobrzy.

Tak że pewne sformułowania pod względem precyzacji z tą administracją, precyzacja ze szczeblowością ja rozumiem, że one może wypływają z bardzo głębokiego przekonania pana może złych doświadczeń, ale nie ma chyba systemu, który może się obyć bez struktury administracyjnej i bez sprawnie działającej administracji.

19/7

Dr Edelman: o do administracji mogę odpowiedzieć bezpośrednio. Tu nie chodzi o to, żeby pracowali w służbie zdrowia nie fachowi administratorzy. Nie w ZOZach, tu chodzi o to, o rolę administracji, a rola administracji w tym schemacie organizacyjnym jest fatalna i takiej roli i do takiej roli my nie chcemy dpuścić. Chcemy żeby się zmieniła, a że dyrektor intendent szpitala ma być fachowcem pracownikiem i pomocnikiem lekarza i lekarza naczelnego, to jest oczywiste. Przecież proszę zw. mnie nie robić głupka.

Bo przecież ja rozumiem, że może istnieć szpital bez administracji ale ja rozumiem, że wszystkie szczeble pośrednie są nie administracją tylko są miejscem zarządzania szpitalem i to jest błąd i tego my chcemy uniknąć. Dziękuję.

Przewodniczący: Ponieważ pan doktor wzbudził dyskusję w kierunku, który odchodzi właściwie od założeń dzisiejszego posiedzenia, bo miały to zespoły redakcyjne przyjąć, niemniej w tym zakresie chciał się

TW

20/1

w kierunku który odchodzi właściwie od założeń dzisiejszego posiedzenia, bo miały to zespoły redakcyjne przyjąć, niemniej w tym zakresie chciał się wypowiedzieć pan prof. Ratański.

Prof. Janusz Opolski /?/:

Jeżeli państwo pozwolicie panie przewodniczący ja mam również pytanie do pana dr Edelmana, który jeśli dobdze zrozumiałem być może się że się przeszydzałem lub powiedz my nie uchwyciłem tego to proszę mnie sprostować. Pan wnioskuje bezwzględną likwidację wszystkich ZOZów w terminie do: jakimś tam. Chciałem pana dok ora uprzejmie zapytać czy zna pan opinię lekarzy kierowników ośrodków zdrow a jawy się w Polsce, a 55% tych ośrodków ma jednoosobową obsadę w związku z tym jest on też lekarz am jednocześnie i kierownikiem, czy pan zna ich opinie na temat, czy im jest wygodnie pracować w ZOZie czy jako samodzielne placówki. To jest pierwsze pytanie. I drugie czy zbtą opinią należy się w ogóle liczyć. Dziękuję.

Dr Edelman:

Proszę Państwa myśmy mówilo zeszłym razem na tym zebraniu już zupełnie wyraźnie o tym, że tam gdzie jest jeden szpital, jedna poradnia w miejscowościach do 25 tys. mieszkańców ma być jedno kierownictwo, że ten lekarz naczelny czy jak on się będzie nazywał dyrektor tego szpitala, będzie zawiadował poradnią, to nie jest to że ja tę nazwy niedobrze mówię, ale idea jest taka, że tam gdzie ZOZ stanowi a dlazego my mówimy zapis taki kategoryczny, bo wiemy, że jeżeli administracją się nie da zapisu kategorycznego, to ona odrośnie, wypączkuje

20/2

nam jutro z wielką, bo powie zaraz ZOZ gruźliczy zaraz powie: my jesteśmy potrzebni i znajdą 10 kiedowników, którzy mają z głowy interes administracyjny zrobić to, a to jest nieszczęście. Dlatego x awiamy kategorycznie tę sprawę, że likwidujemy ZOZy, Może ten szpital z tą poradnią będzie się nazywał onaczaj, wyrzuci połowę tego metorgu, który tam się siedzi, bo ~~ja~~ pracuję w takim miasteczku, które ma 25 tysięcy ludzi i budynek szpitalny jest wąskości jak te dwie sake, natomiast budynek administracyjny jest jednopiętrowy ale dwa razy dłuższy. Więc to są te rzeczy. Więc dlatego stawiamy tę sprawę tak kategorycznie, że to dyrygowanie służbą zdrowia jest przeciwne jej i mówimy, żeby wszystko zlikwidować, bo jak nie zlikwidujemy wszystkiego w pierwszym rzucie, to nam to odpaczkuje tak że sobie nie poradzimy, a to wiemy z doświadczenia, że już redukcje w ministerstwach były wielokrotnie i to odrasta. Odrasta jak brzyby.

Proszę Państwa! Przecież najlepszy dowód jest taki, że dopóki Anglia była wielką, ja już to chyba tu mówię, wielką potęgą kolonialną miała w ministerstwie 220 osób, teraz ma 2.400, now więc musimy to przeciąć ten wrzód, a możliwe jest, że w tej poradni w tych trzech poradniach że one się zbiorą-, będzie jeden dyrektor, będzie jeden lekarz naczelny ale to nie może być z ZOZ ze swoimi metorgami agendami i z tym wszystkim To nie może istnieć, bo te agendy są tak samo w dużym mieście jak i w małym mieście. Na tych

20/3

trzech lekarzy 10 jest pracowników meto gu a jeszcze 7 pracowników noe wiem czego, bo tam się nie można zorue t wać, Jeden jest od przejazdów na wszystkich, jeden płaci za bony, a trzeci zbiera kartki żywności we i to jest administracja, która w ogóle nie daje żyć szpitalom

Dziękuję.

Przewodniczący: Czy pani doc. Kuratowska a teraz chciałaby zabrać głos?

Doc. Kuratowska: Tak. ^Mogę teraz zabrać głos
Ja chciałam się ustosunkować do paru wypowiedzi może tak zacznę niejako od końca, pan prof. Wojtczak powiedział o tym że na całym świecie szkoli się kadry kierownicze w służbie zdrowia i managerów. Rzeczywiście my managerów potrzebujemy, ale naprawdę to jdst zupełnie niedopodobne do tego jest. Manager wystarczy jeden a ni 15 czy 20 w tym niższe urzędniczek działu kadr, jakichś tam innych tych metorgów, które rzeczywiście są naprawdę zawadą absolutną, które wymagają tylkp wielkiej ilości papierków ale które to szczeble ad inistracji przynajmniej uzurpują sobie władzę ad pracownikami służby zdrowia. Tak jedt, my z tym mamy do czynienia, przecież na codzień.

To jest ta sytuacja, którą absolutnie się nie zgadzamy, nie godzimy i nie godzi się żaden pracownik służby zdrowia i nie chodzi tutaj zresztą dr Edelman wyjaśnił o to nam chodzi i jak mogą być na przykład w mniejszych miejscowościach pan profesor ma rację to napewno może być łączone, bo wtedy j st jakaś siła, że tak powiem w tej organizacji,

20/4

a nie pójedynczy lekarz czy jedna pielęgniarka czy położna.

To jest chyba zupełnie jasne i jasno zostało wyłożone i przez dr Edelmanna i przez nas już kilkakrotnie. Na jeszcze raz powiem, że my nie możemy pan profesor też mówić o konkursach, oczywiście tak, one się odbywają, ale wiemy również o tym, niezależnie od tego kto zasiada w tej komisji konkursowej, my wiemy o tym, że zasiada zawsze konsultant - specjalista wojewódzki czy osoba przez niego wyznaczona, ale nie godzimy się również z opiniowaniem partyjnym na stanowiska specjalistów wojewódzkich. Tutaj też sposób rekrutacji jeśli to tak mogę nazwać na te stanowiska musi być nieco odmienny niż jest do tej pory. A mogę dać taki dość zabawny przykład konkursu, który nie doszedł do skutku. Był ogłoszony konkurs na utworzenie kliniki chęstamologicznej akademii medycznej w Warszawie na ten konkurs zgłosiła się tylko jedna kandydatka ja wonec tego do konkursu nie doszło. Bardzo priste.

Było to 3 lata temu i nie było możliwe, ażeby wróg ludu polskiego mógł zająć sta owisko w akademii medycznej w Warszawie jako kierownik kliniki. Lepiej było unieważnić konkurs i nie utworzyć w ogóle tej kliniki. To jest przykład. Ja znów mówię ja mam ze swojego życia tak dużo przykładów na ingerencję czynnika politycznego że to zupełnie już wystarcza oraz czynnika administracyjnego, kiedy na ko zrolę lekową przychodzi pan pułkownik z komprki wojskowej czy komórki SBeckkiej ja nie wiem, ale przychodzi na kontrolę gospodarki lekami w mojej poradni, lekami z darów.

20/5

Wydażę mi się, że nie jest to po prostu osoba do tego kompetentna, tylko do zupełnie innych rzeczy i tylko dlatego przychodzi przecież.

Otóż nic dziwnego, że mając te doświadczenia a to nie tylko my dwoje z panem doktorem Edelmanem może wystawieni specjalnie w tej sprawie, mamy takie doświadczenia, ale wielu innych kolegów. Myśmy tu mówilk o pewnych sprawach represju, może dziś do tego nie wrócimy, ale wrócimy po przygotowaniu, bo pan profeso pdaśił o pewną listę wśród nas jest tyle osób represjonowanych jeśli nie kryminalnie że tak powiem, to admijistracyjnie że mamy wystarczające doświadczenia i wiemy, jak to wpływa w efekcie na decyzje merytotyczne.

Chciałam powiedzi ć jedną rzecz, której w ferworz wypowiedzi przedtem nie powiedziałam, co mi wytknął pan dr Włodarczyk. Uważam, że oczywiście jest brakiem i niekonsekwencją tego projektu nie ma tam wystarczającego uwypuklenia rodzinnego ~~ix~~ lekarza. To jest w ogóle kluczowe dla systemu opieki zdrowotnej w tym kraju, tylko to wymaga również pewnych spraw związanych z kształceniem o czym będziemy mówić w drugiej części kształceniem i że tak powiem wyposażeniem tego lekarza rodzinnego. Ale tylko wtedy kiedy my zaoszczędzimy na niepotrzebnych badaniach, na miejscach szpitalnych .iedy będziemy mieli rzeczywiście dobrze ustawionego lekarza rodzinego z odpowiednią rangą w służbie zdrowia i odpowiednimi możliwościami, bo w tej chwili tam pozycja faktycznie w ogóle nie istnieje. Tak że tu napwno jesteśmy z panem doktorem Włodarczykiem w tej sprawie zgodni.

I jeszcze jedno, ponieważ mówiliśmy o pomocy społecznej i właściwie w wypowiedzi obu pań dotyczyły rzeczy wistej tej opieki społecznej już nad człowiekiem, który tej pomocy potrzebuje, ale jest ogromna kategoria ludzi niesprawnych lub inwalidów, którzy nie potrzebują pomocy finansowej, na przykład czy takiej opieki w codziennym życiu, natomiast potrzebują możliwości życia w społeczeństwie, a więc

opieki w codziennym życiu, natomiast potrzebują możliwości życia w społeczeństwie, a więc rehabilitacji, bo rokuja tę rehabilitację i włączenia w pracę, My otrzymujemy teraz bardzo dużo listów z takich różnych i towarzystwa do walki z kaleczeń i różnych inwalidzkich takich organizacji czy spółdziel i i wiemy jak szalenie z tego jest to utrudnione.

Jest to sprawa bardzo ważna i chyba my musimy się nią zająć- bo dotyczy nie małej ilości osób w Polsce, a poza tym po to, a eby nie była potrzebna pomoc ludziom niesprawnym należy rzeczywiście prowadzić działalność profilaktyczną, ażeby ludzi niesprawnych nie było I ja chciałabym tutaj wrócić do bardzo ważnej sprawy którą poruszył opan prof. Żochowski na pierwszym naszym spotkaniu, ażeby było to też jakimś naszym postulatem w stosunku do innych władz.

Pan prof. Żochowski powiedział wtedy, że uważa za niesłuszne głęboko niesłuszne, finansowanie z budżetu sport wyczynowy. Przecież po prostu trzeba powiedzieć sobie prawdę, że jest to sport zawodowy. Natomiast cała sprawa zapobiegania inwalidztwu poprzez kulturę fizyczną i sport indywidualny czy rodzinny nie istnieje- albo szkolny. Mówiła o tym też pani na podstawie doświadczeń wsi. Dzieci wiejskie się nie ginią, mają skrzywienia kręgosłupa a jak wyglądają dzieci^{mi} miejskie to wystarczy popatrzeć w Otóż wydaje mi się, że byłoby bardzo , to jest rzecz kosztowna, stworzenie boisk basenów pływackich, przecież zupełnie nie ma gdzie pływać nasze dzieci nasi ludzie nie umieją pływać i się

topią przy byle czym dlatego że po prostu nie umieją ale nie mają się gdzie uczyć. Otóż na to wszystko byłyby pieniądze, gdyby były z tego właśnie oabagrafu sportu wycznowego. Nie mogłoby to być wnioskiem naszego stołu o przeniesienie właśnie tych finansów na rzecz urządzeń sportowych organizacji kultury fizycznej dla szkół indywidualnych osób i rodzin oraz inwalidów, bo tutaj wchodzimy dehabilitacja inwalidów przez ruch.

Dzi kuję bardzo.

Przewodnicący: Dzień uję.

Jeżeli można prosić p nieważ jeszcze wracamy do te o w zakresie wypowiedzi pana dr Edelmana, pan dr Matuszewski ma głos.

Dr Majciech Matuszkiewicz=

Gdybym miał odtworzyć obraz narysowany przez dr Edelana na temat kadry kierowniczej, to pewnie byłby to obraz następujący. Oto jest masa chętnych na stanowiska kierownicze na stanowiska dyrektorów ZUZów i ci partyjni ich stać wypierają wszystkich pozostałych i stale zajmują te stanowiska.

Otóż panie doktorze taki obraz jest obrazem fałszywym. Ta nomenklatura o której pan mówi, której my tutaj ze strony OPZZ jesteśmy też przeciwni, ale trzeba też powiedzieć prawdę, że ta nomenklatura również działa w pewien inny sposób, niż nakreślił przez pana doktora

Mianowicie prawdą jest, że nie ma obecnie chętnych na stanowiska dyrektorów ZOZów, zastępców dyrektorów ZUZów i że bardzo często ta nomenklatura jest sposobem zmuszania ludzi. Którzy dostają zadania partyjne i z nomenklatury są wsadzani na te stanowiska, bo nie ma nikogo innego chętnego, na to. i taka też jest prawda.

Ja nie wiem czy bardzo prędko znajdzie się dużo chętnych na stanowiska kierownicze zwłaszcza dyrektorów jednostek i ich zastępców. Wszelkie moje doświadczenia w tym kierunku są dość długo uczestniczyłem w szkoleniu szkoliłem kadry organizatorów ochrony zdrowia, są takie że bardzo trudno znaleźć chętnych na te stanowiska i przy wprowadzeniu konkursów, przy wprowadzeniu jak najbardziej demokratycznych zasad doboru przewiduje jedną trudność, my nie będziemy mieli kandydatów po prostu na te stanowiska.

Może ciekawe byłoby pytanie, a dlaczego nie ma kandydatów na te stanowiska? Otóż znowu wbrew temu co pan doktor mówił to nie jest taka sytuacja- iż na stanowiskach dyrektorów ZUZów przeważają u dawienia a nie ponosi się odpowiedzialności. Gdy się popyta tych dyrektorów ZOZów to oni twierdzą, coś wrz przeciwnego, że ponoszą masę odpowiedzialności natomiast nie mają odpowiednich uprawnień, żeby taką odpowiedzialność ponosić. A więc nie ma tutaj takiej adekwatności pomiędzy odpowiedzialnością i nomenklaturą.

Pan doktor prezentuje - prezentuje państwo tak pogląd, jeżeli niepotrzebne są różnorodne szczeble zarządzania. Otóż jeżeli się popatrzy na rozpowszechnienie chorób to jest oczywiste, że muszą być pewne etapy świadczenia opieki zdrowotnej. Takie etapy obejmujące choroby które występują w populacji o wielkości do 70-100 tysięcy jest taki etap i taka częstość chorób. gdzie rozpowszechnienie, zaspokojenie potrzeb zdrowotnych można osiągnąć jeżeli populacja będzie liczyła 700 tys. - milio ludności i są wreszcie dla bardzo rzadkich chorób takie placówki potrzebne, gdzie wystarczy jedna w kraju dla zaspokojenia potrzeb zdrowotnych ludności. Jeżeli jest takie zróżnicowanie rozpowszechnienia chorób, to odpowiadając im powinny również pewne szczeble zarządzania. Te etapowość postępowania i te różne szczeble zarządzania właśnie takie to powiedzmy sobie też wprost to nie jest wcale wymysł polski, tylko jest to propagowane przez Światową Organizację Zdrowia i jeżeli pań-

stwo popatrzycie na szczeble zarządzania, w innych krajach to w gruncie rzeczy będą one bardzo odpowiadały tym szczeblom w Polsce. Nie prawda - je eli popatrzymy - chciałem jeszcze zwrócić uwag^ę, na pewne twierdzenie pani doc. Kuratowskiej, mianowicie twierdzi pani docent, że obowiązują rekomendacje partyjne przy pbsadzaniu stanowisk specjalistów wojewódzkich. Ja chciałem tutaj zwrócić uwag^ę na to, iż specjalista wojewódzki to jest właściwie doradca lekarza wojewódzkiego. Niehże ten lekarz wojewódzki będzie suwernny w tym . Nie określamy mu tego.

Dziłkuję.

Przewodniczący: Dziękuje bardzo.

Jeszcze przed przerwą, bo w tym temacie głos za ierze gr Opolski.

Dr Janusz Opolski:

Proszę Państwa! ^ua myślę, że być może nie miało by wielkiego sensu wracanie ponownie do sprawy struktur organizacyjnych szczególnie struktur zespołów opieki zdrowotnej gdyby mój pewien niepokój wynikający stąd że ta polemika jest przejawem pewnej prawidłowości. w którą my idziemy. Mianowicie przechodzenia zeskrajności w skrajność. Nie ulega najmniejszej kwestii że struktura zespołów opieki zdrowotnej nie ma omnipotentnej siły, że to nie jest coś, co załatwi wszystkie problemy służby zdrowia, ale również nie można krzyczeć jak mówimy o skruturach zintegrowanej służby zdrowia.

Ponieważ tu wielokrotnie było podkreślane, że tak samo jak każdego z nas lekarza obowiązująca zasada *primum non nocere* - tak samo obowiązuje zasada a może jeszcze jest większa w związku z tym odpowiedzialność organizatora służby zdrowia. W związku z tym i to też tu było podkreślane propozycji rządowych reformy chcemy wziąć wszystko to jest dobre i wyrzucić wszystko co jest złe ale nie wyrzucać na tej zasadzie że kiedyś tak podziano albo kiedyś poszliśmy zbyt daleko w jakimś kierunku, to teraz to wszystko jest przekreślone i należy od tego odchodzić.

Zespoły opieki zdrowotnej zostały powołane w latach siedemdziesiątych i można powiedzieć, że nigdy w zasadzie nie mogły one wykorzystać czy wykazać potencjalnych sił, które tkwiły w tej strukturze. Dlatego że ta struktura była słaba i teraz to, że istnieje nieporozumienie pod tytułem zespół opieki zdrowotnej na

Ursynowie czy istnieje nieporozumienie pod tytułem - 123
pół miliony zespół opieki zdrowotnej w mieście Łodzi
to nie znaczy, że trzeba po stwierdzeniu chorego organu
zabijać, czy wyrzucać człowieka. Ja myślę proszę państwa
że jest wielu wrogów zespołów
opieki zdrowotnej. Do tych wrogów można zaliczyć
następujące kategorie ludzi. Jest pewna grupa ludzi,
którym ta zintegrowana struktura jest absolutnie niewygo-
dna, ponieważ są z tym związane nie zawsze wygodne
obowiązki. To są ordynatorzy, oddziałów, w zespołach
opieki zdrowotnej, szczególnie ordynatorzy którzy
pracowali przed powołaniem tych struktur. Ja myślę - że
również jest bardzo lobby, które jest nie na rękę zinte-
growanej silnej strukturze opieki zdrowotnej, to są właśnie
różnego rodzaju lobby miejscowe, terenowe, wtedy kiedy
ta struktura wychodzi poza organizację administracji,
podstawowego szczebla. Ja myślę, że są dwa argumenty
bardzo poważne za tym, że ta struktura nie jest taka
zła.

Pierwsza sprawa to jest wytrzymanie przez system
ubezpieczenia wsi w swoim czasie. Proszę sobie wyobra-
zić co by było, gdyby była inna struktura, czy ta struktura
ZOZowska nie spowodowała właśnie tego, że udało się
bez żadnych dodatkowych nakładów udzielać milionów świadczeń
ludności ubezpieczonej wsi.

Drugą sprawą o której wspominał tutaj pan
dr Matuszkiewicz. Struktura, która nazywa się dystryk-
t-hell-system, jest przejmowana od roku 1978 jako zaleca-
na struktura dla wszystkich systemów w świecie przez
Światową Organizację Zdrowia, co więcej jest ona uważana
jako jedyne, jako condicio sine qua non realizacji progra-
mu światowego zdrowia roku dwutysięcznego. Słynna
deklaracja z Harare z 1978 a później trzy olbrzymie

konferencje biura regionalnego w zeszłym roku europejskie przyjęły strukturę tak zwanej district helms system jako jedyne wyjście żeby było można wprowadzić to co się nazywa podstawową opieką zdrowotną.

Jeżeli popatrzymy na tę definicję, to to jest definicja obwodu profilaktyczno leczniczego rozszerzonego jeszcze o niektóre elementy prywatnej służby zdrowia której my tutaj nie mamy.

I teraz ja chcę powiedzieć z całą odpowiedzialnością, że jeżeli stawiamy punkt pomiędzy reformą służby zdrowia a automatycznym administracyjnym rozwiązaniem zespołów opieki zdrowotnej to należy to rozpatrywać albo w kategoriach złej woli, albo w kategoriach niewiedzy. Myślę, że raczej ta druga ewentualność wchodzi w rachubę niestety my nie dysponujemy czy ja nie dysponuję tekstem polskim, ale tu jest ta definicja co to znaczy znaczy district helms po angielsku i bardzo chętnie jeżeli państwo to odbija, możemy to państwu przekazać.

I w końcu jeszcze jedna sprawa. Ja chcę powiedzieć, że zespół opieki zdrowotnej-, który znam najlepiej nie ma mowy o żadnej nomenklaturze przy przyjmowaniu pracowników na stanowiska kierownicze w zespole. Więcej obowiązkiem każdego kierownika z wyjątkiem dyrektora naczelnego, który nie ma na to czasu, jest chociażmniej 50-procentowa praca z pacjentem i nie ma tak, że administracja służby zdrowia siedzi za biurkiem i podpisuje jakieś kwity nie ponosząc za to żadnej odpowiedzialności.

Ja 18 lat pracuję w Centrum Kształcenia Poddyplomowego i 18 lat mam do czynienia z kadrami kierowniczą która przyjeżdża na kursy do centrum i ja.

i ja nie oceniam tych kursów w chwili obecnej one są dobre czy złe. Ale specjalnie pruwając chcę powiedzieć, że kasa kierownictwa służby składa się z trzech w tej chwili grup, to znaczy z frustrowanych pasjonatów którzy chcą coś zrobić, ponieważ czują się przede wszystkim lekarzami a dopiero później administratorami i ponoszą taką samą etyczną odpowiedzialność za swoje decyzje w sensie zarządzania służbą zdrowia, jak każdy z nas do pacjenta, z pewnej małej grupy ludzi, dla których kariera administracyjna rzeczywiście jest już jedynym możliwym wyrażeniem się i milczącej większości, która przyjeżdża na kurorty i pyta dlaczego państwo przyjechało w tym miejscu jesteśmy z branki, ponieważ ktoś musi zarządzać tymi zakładami służby zdrowia.

To nie jest kariera dla żadnego lekarza. To nie jest stanowisko, które się cieszy wysokim prestiżem, ale żaden system opieki zdrowotnej nie będzie funkcjonował jeżeli nie będzie miał właściwie dobranej odpowiednio przygotowanej i adekwatnie motywowanej kadry kierowniczej. Nie jest problemem na dzień dzisiejszy, to mają być lekarze czy nie. To mogą być nie lekarze ale ich trzeba przygotować.

Wracając do struktur wydaje mi się, że to co jest zawarte w propozycjach strony rządowej, jest optymalnym rozwiązaniem. Nie możemy petryfikować struktur, ale nie możemy od razu wyrzucać ich za burtę. One powinny być dostosowane do potrzeb możliwości i wymagać na danym terenie.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący: Dziękuję bardzo panie doktorze. Mimo że już właściwie pora przerwy -jednak jeszcze w tym temacie dr Wójcik i bśmy już ten cały blok zamknęli.

Dr Zdzisław Wójcik:

Muszę prosić państwa mimo złego stanu głosu jednak zabrać głos w tym temacie- ponieważ nie mpgłbym popatrzeć panie doktorze Edelman w oczy lekarzom wojewódzkim których tu reprezentuję, ani administracji państwowej w tych e wojewpódtwach ani dyrektorom ZOZów i innych jednostek. Ponieważ milcząc wydawałoby się, że przyjmuję pana uwagi krytyczne i pana poglądy.

Tymczasem ja za chwilę będę mówił też o pana językiem. Myślę, że szczerem, tylko bardziej zrozumiałym. Jednoznacznym, ale wczesniej fakty.

To wszystko jest prawdą co powiedział dr Matuszkie wicz i mój poprzednik. Nikt do administracji sięże tak powiem nie pali, tam nie płacą a dużo wymagają i bard o ostr traktują. Ale jaka jest administracja polskiej służby zdrowia? Po pierwsze jest mała, zaledwie sięgająca 6% ogółem zatrudnionych, Ja mówię o czystek administra cji. A więc nie ma żadnych przerostów, jeśli chodzi o szczebl wojewódzki, bardzo skutecznie rząd ograniczył admi nistrację redukując prawie o połowę to co było lat temu jeszcze 5, i dlatego żeby ratować sytuację w kierowaniu służbą zdrowia, nie zarządzaniu, kierowaniu i koordynacji służbą zdrowia, powstały działy metodyczno-organizacyj ne.

Ja nie chcę mówić, że one prcują dobrze, ale one po to powstały. Nasté nie chciałbym wyprowadzić z błędu

wszystkich kolegów, tych którzy różnie patrzą na administrację, zwłaszcza dyrektorów szpitali jednostek. Dam przykład z Krakowa. Na około 50 stanowisk kierowniczych mówił od lekarza wojewódzkiego po zastępcę dyrektora, któregoś z ZOZów, 47 pracuje bezpośrednio przy pacjencie w czasie nie większym jak 1/3 jego czasu. Nikt nie siedzi za biurkiem.

Łączą wszyscy pracę lekarską z pracą administracyjną. Następna kwestia - struktury. Była tu mowa na temat struktur. Proszę państwa od 8 lat obowiązuje w Polsce możliwość wyboru struktury przez pracowników zatrudnionych w danych jednostkach. I znów w Krakowie lat temu chyba 6 przeprowadziliśmy dosłownie referendum głosowanie wśród pracowników, w jakim systemie chcą pracować i co się okazuje? Nikt nie chciał zmiany struktury. Zresztą tak moja dygresja, bo my tu mówimy struktura jest zła. To nie jest wcale struktura zła. Są sprawy może kierowania w tych strukturach. Mówimy system płacy jest zły. To nie prawda, Płacy jest za mało, pieniędzy jest za mało na zrealizowanie zadań, ale to są dygresje. Wracam do tematu.

I ostatnia może moja uwaga, ta o której mówiłem, że bardziej jednoznacznie chcę powiedzieć. Ja myślę panie doktorze Edelman, ja nie znam pana kwalifikacji, uprawniających do wypowiedzania się zlikwidujemy administrację wszystkich szczebli. Prawdopodobnie byłoby nie zwykle to ciekawe i zabawne za lat kilka czy za 2 lata nawet gdyby dać oddać całą w tej chwili osiemset tysięcy w tej chwili rzeszę pracowników i ogromną maszynę

nerię, która w tej chwili działa na rzecz opieki zdrowotnej, oddać w ręce samorządu. Ten samorząd albo by natychmiast doprowadził do całkowitej zdeorganizowania, albo natychmiast by powołał administrację, tylko dwukrotnie większą.

To jest pierwsza moja uwaga. Trochę szacunku do tej administracji i nie można mówić tak jak by to powiedział profan, że to wszystko jest złe. I na końcu panie doktorze Edelman - przepraszam, że wymieniam pana z nazwiskiem że polemizuję z panem, Ale wydaje mi się, że pan reprezentuje tu pewien pogląd kolegów z tej strony stołu.

Pan uchodzi chyba nie o to o czym tutaj mówimy o sprawę funkcjonowania jednostek służby zdrowia, w której rzecz jasna administracja musi też wziąć udział. Jakos zorganizować ten system. Panu prawdopodobnie chodzi o to, żeby po prostu zlikwidować administrację, która pochodzi według pana z nomenklatury partyjnej, ślepo wykonuje polecenia partii i po prostu chodzi o polityczny aspekt sprawy, zlikwidujemy to co jest a jak zlikwidujemy administrację, i wytniemy tych ludzi, którzy w tej chwili tam coś robią, bo to wobec tego tupeźnie to już inaczej pójść.

Traktuje pan tak tych ludzi jak główny hamulec po prostu z opaską PZPR, którzy by nie chcieli, albo którzy mają wyjątkowe jakieś zainteresowania w tym żeby było złe.

I ja na zakończenie chcę powiedzieć, że ta administracja w służbie zdrowia na wszystkich szczeblach za bardzo nisko opłacana, pracuje bardzo rzetelnie. I jeszcze raz uważam, że powinniśmy ją było postawić nie tak sprawy, aby mógł podjąć rozmowy z moimi kolegami właśnie w administracji.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący:

Dziękuję bardzo panu doktorowi.

Ponieważ już dostałem informację, że jest zerwany sala na obiad, ja dziękuję za tę dyskusję i sądzę, że będziemy nadal się trzymać pewnej zasady, która tu była wnoszona, żebyśmy wspólnie prezentowali tych, którzy tego od nas oczekują i dali nam ten mandat.

Po przerwie jako pierwszy głos zabierze pan prof. poseł Waleczek.

Dziękuję bardzo.

P r z e r w a o b i a d o w a

P o p r z e r w i e

Przewodnicząca: Czymy po obiedzie kontynuujemy dalej dyskusję nad temat reformy, czy przechodzimy do spraw kształcenia, po prostu chciałabym wiedzieć.

Przewodniczący: Przepraszam bardzo ja nie przedstawiłem, Sądzę, że została rozbita dyskusja na temat reformy, tak że dalej jeżeli będziemy się trzymać spraw reformy i później kwestia przedstawienia wniosków, które wynikały z poprzedniego spotkania.

Przewodnicząca: Które wynikały z - dobrze, to jeszcze będzie kilka głosów, dlatego, że niestety my nie możemy się zgodzić, ażeby głos pana dr Wójcika był głosem zamykającym tę dyskusję administracji, bo wypacza to absolutnie nasze intencje i treść tego zarówno dr Opolski wypaczył treść tego cośmy mówili, jak i pan dr Wójcik.

Przewodniczący: Zdaje się, że Polacy mówią jednym językiem a jednak czasami siebie nie rozumieją. Dziękuję bardzo.

Dr Edelman: Dł czasu nowo-mowy.

Przewodnicząca: Prosimy państwa siadać. Zaczynamy. Rozpoczynamy drugą część naszego posiedzenia. Ja chciałabym spytać czy pan poseł Waleczek w sprawie - w jakiej sprawie bo chce ułożyć po prostu konsekwentnie.

Dr Waleczek: Kilka refleksji.

Przewodnicząca: To może ja jeszcze - przepraszam ale poproszę ale bardzo króciutko panią Annę Grzymisław-

wska, w związku z administracyjnymi sprawami.

Dr Anna Grzymisławska: Proszę Państwa! Ja myślę że w tej dyskusji, którą tutaj toczyliśmy właściwie skradło się w ele nieporozumień. My właśnie mówimy i to chyba trzeba podkreślić, mówimy o organizacji służby zdrowia dzisiejszej i uważamy, że ta organizacja jest zła i mówimy o sprawowaniu władzy w służbie zdrowia to znaczy tych, którzy zajmują kierownicze stanowiska i których dobór uważamy, atakże sposób dobierania uważamy czy wpływ na do ór tych, którzy nami kierują uważamy za zły.

Ja państwu chciałam żebyśmy odgraniczali te sprawy dlatego, że uważam, że zła jest organizacja w służbie i ja myślę, że wszyscy państwo tutaj się ze mną zgodzicie. Ja państwu podam parę przykładów, konkretnych. W zakła dzie odbykowym w Harcicach jest 51 pacjentów i 50 pracowników zatrudnionych, Proszę zobaczyć jaka to jest proporcja.

Proszę Państwa! W akademii medycznej w Poznaniu w kwwsturze pracuje ponad 30 osób i dwa komputery IBM To jest absolutnie zahhuwanie proporcji.

Z kolei chciałabym podkreślić, że administracja w służbie zdrowia rzeczywiście wcale nie jest tak dobrze opłacana i dlatego nie przychodzą do nas fachowi pracownicy, nie przychodzą bardzo dobrzy pracownicy, a uważam, że powinni przychodzić. Proszę spojrzeć jak małą, niewielką kadrę w administracji szpitali mamy osób z wyższym wykształceniem na stanowiskach kierowników działów sekcji brdgo

często w przeważającej, w 80% to są to osoby wcale z wyższym wykształceniem i to nie podnosi kwalifikacji tej administracji. Nam chodzi o to, żeby ona była rzeczywiście wykwalifikowana, żeby była rzeczywiście partnerem w organizacji służby zdrowia, żeby była na poziomie, ale żeby nie była rozbudowana.

I to jest ten moment i proszę państwa ja uważam, że można się obyć w ogóle bez wielkich administracji. Dam państwu przykład. W Poznaniu działa hiszpania, która pracuje 90 osób w tej chwili i która zajmuje się jedno cześnie około 10 pacjentami, tak to nazwę która nie ma żadnego kierownika, żadnego biura i żadnej administracji. i fabstastycznie funkcjonuje.

To jest kilka moich refleksji.

Dziękuję.

Przewodnicząca: Dziękuję bardzo.

Bardzo poproszę teraz pana posła Waleczka o zabranie głosu,

Poseł Waleczek:

Pani przewodnicząca! Szanowni Państwo! Jak wspomniałem chciałem uprzejmie prosić o umożliwienie mi podzielenia się tymi kilkoma refleksjami, które chciałbym zaprezentować na tle dotychczasowej dyskusji

Otóż pierwsza jakaś taka uwaga to wydaje mi się, że tak wystąpienie pani doc Kuratowskiej jak i pana prof. Wojtczaka jak i pana dr Krawczyka, jak i pani dr Kwietniewskiej jak i pana doc Wnuka zawierały elementy programujące, zawierały elementy sformułowania dróg rozwiązania no tego tak trudnego problemu, jak struktura organizacyjna służby zdrowia. Trudno zawierać głos po tej końcówce, która była dość gorąca i bardzo dobrze, że są takie w moim odczuciu dyskusje, natomiast gdyby rzeczywiście było wszystko o dobrze, to przede wszystkim nie sporykalibyśmy się tutaj i nie byłoby problemów. Nie byłoby o czym mówić.

Nie ulega kwestii, że jest źle. Generalnie w służbie zdrowia jest, generalnie w naszym kraju we wszystkich sferach życia społeczno-gospodarczego i politycznym jest źle. Dlatego się spotykamy i dlatego dyskutujemy dlatego sformułujemy pewnych sposobów rozwiązań i wydaje mi się, że bardzo wiele uwag cennych pada w różnych zespołach. Myślę, że również tutaj w tym wysokim zespole niemniej wydaje mi się, że nie ma jakichś takich przemysłań chyba do końca i to jest to zadanie, które przed nami stoi.

I tutaj pani doc, kuratorka była uprzejma na początku stwierdzić moim zdaniem bardzo głęboką myśl i to tak wyrażoną w takim powiedziałbym języku publicystycznym jeżeli ludzie poumierają, nie błądzieć miał kto jeść, bo to jest problem czy ważniejszy stół ten żywnościowy czy nasz stół, a dalej pani była łaska stwierdzić, że jeżeli chodzi o sprawy służby zdrowia, to domagamy się spraw po prostu nieodczuwanych. I tutaj chciałbym zbłąkać mocą pokreślić to stabiwisko, które zresztą przy różnych okazjach i stwierdzę z całą odpowiedzialnością, że jest również pragnienie resortu zdrowia, tak jak od wielu lat mam okazję obserwować jego starania i jego działania. Tylko skutki są takie, jakie są.

I tutaj by się należało zastanowić dlaczego nie ma tych rezultatów, które chcielibyśmy przecież osiągnąć. No przecież przy tym stole siedzą specjaliści, siedzą lekarze, siedzą ludzie zaangażowani i wszyscy chcą jednego, mianowicie dobra polskiej służby zdrowia obywateli polskich, żeby rzeczywiście w tej sferze działało się inaczej a dzieje się źle i wydaje mi się, że to jest kapitalna myśl i tutaj to wymaga szczególnego podkreślenia.

Po prostu nie domagamy się niczego poza tym co rzeczywiście powinno być w służbie zdrowia przekazane. Cała sfera uposażeń, która w tej chwili powoduje te efektywności i taką powiedziałbym wręcz nieprzystanną atmosferę.

Proszę Państwa! Służba zdrowia jest jednak oceniana przez społeczeństwo, społeczeństwo już też jest zmęczone, My musimy spojrzeć od strony pacjenta opinie

są przeróżne i zaczyna się mówić też różnie i odczucia są różne.

- 135 -

To nie znaczy, żeby w tych naszych działaniach nie było więcej troski o samą strukturę, o samą medycynę jako taką, gdzie zaniknie podmiot społeczny, jakim jest człowiek, jakim jest pacjent. I tu tutaj też było mocno podkreślane. I to jest najważniejsze. Myśmy się powinni również zastanowić rzeczywiście jak ludzie sobie wyobrażają, żeby ta służba zdrowia funkcjo nowała, bo my tak mówimy zawsze w imieniu gdzieś tam kogoś, natomiast nigdy to nie jest chyba dostatecznie społecznie wymierne, o to by należało zapytać. To odczucie społeczne ono jest w różnych okazjach w różnych sytuacjach prezentowane i to byłoby najistotniejsze ponieważ ta struktura musi taka, żeby autentycznie służyła człowiekowi, bo jedno jest pewne, że to co było do tej pory ta służba zdrowia jest permanentnie reorganizowana i to jest jej dramat.

Przecież każda koncepcja jeszcze się nie rozpoznała a już jest dyskutowana i już jest zmieniana i wobec tego jest napewno zła, wobec tego jest naprawdę zła. Propozycje nasze są takie jakie są. Czy one są doskonałe? Nigdy nie będą doskonałe, ale powinny być na tyle społecznie sprawdzalne, żeby służyły społeczeństwu i wobec tego wnioskowałbym i zresztą to się przebiegało w dyskusji. żeby naprawdę nie zapominać o tym odczuciu społecznym i to co społeczeństwo tutaj chciałoby zaprezentować.

Generalnie to co prezentuje projekt - to jest propozycja resortu zdrowia. Otóż wydaje mi się, że jest tam ogromny wysiłek, ogromny trud w to włożony, natomiast nie da się ukryć, że jest to materiał podlegający bardzo głębokiej krytyce i z tym się tylko można zgodzić, że to jest określona propozycja. Niejako propozycja można przyjąć do dyskusji. Ponieważ wydaje mi się, że jest wiele rzeczy

niespójnych, nie ma jednoznacznej szerokiej koncepcji owej społecznej, a przede wszystkim nie ma tam tego co się nazywa zabezpieczeniem finansowym funkcjonowania służby zdrowia. Dopiero dzisiejsza dyskusja to w jakim sensie podkreśliła. Inny jest głos pana dyrektora Wysokiego, który na co dzień, mając dysponuje tym czym dysponuje a dysponuje niewielką ilością możliwości, stąd sytuacja tak wygląda, a tutaj pan dr Edelman był łaskaw zaprezentować wyraża mi się dużą wyobraźnię i dużą wizję na perspektywę w zabezpieczeniu materialnym funkcjonowania służby zdrowia. I wydaje mi się, że to jest również koncepcja godna jakiegos głębokiego zastanowienia się.

Natomiast przy wszystkich elementach krytyki to muszę również powiedzieć, że jeżeli już mamy mówić o strech a bardzo mi się to nie podoba, to ta propozycja ten projekt pilotujących całościową reformę systemu ochrony zdrowia w Polsce przedstawiony tutaj przez pana doc. Wnuka, on też jest dobrze, że tu jest powiedziane pilotujemy, bo to ratuje sytuację, bo gdybyśmy tak przeszli poszczególne tu aj tematy, to proszę państwa dla mnie pierwszy punkt jest na tyle oczywisty, żeśmy wcześniej powiedzieli, na pierwszym posiedzeniu, że generalnie należy odpolitycznić życie nasze społeczne publiczne, a więc tym samym i służbę zdrowia. To jest generalne stwierdzenie. Następnie musi decydować fachowość i morale w służbie zdrowia. Natomiast już ta specjalistyczna tutaj, specyficzna problematyka która się nazywa rekomendacje, tak to tu jest określone ja myślę, że to jest element polityczny, który musi mieć

rozstrzygnięcie przy stole do spraw politycznych problemów, który funkcjonuje przy Okrągłym stole. Jest taki podzespół i tam jest miejsce ponieważ to nie dotyczy tylko służby zdrowia. Rzec ma szerszy zasięg ważniejszy, głębszy i dlatego tak muszą zapisać decyzje.

Natomiast jeżeli wolno jeszcze sekundę pozostać przy głosie, odblokowanie możliwości tworzenia samorządów pracowniczych, panie decencie dlaczego one nie funkcjonują rodzi się pytanie. Przecież wydaje mi się, że w tej chwili nie ma takiej przeszkody ze strony .

/ Dr Kuratowska: Samorzady pracownicze w sferze budżetowej nie mają podstaw. /

I służba zdrowia wydaje mi się niejednokrotnie mamy określone zapisy, mamy określone możliwości czy zawsze z nich rodzi się takie pytanie korzystamy. Albo na przykład stworzenie prawnych możliwości organizowania izb lekarskich. Wiadomo, jest ta ustawa dyskutowana w Sejmie państwo w niej uczestniczycie, jest ciężko trochę wątpliwości, doc. o ile pamiętam - nie przypominę go sobie teraz, który prowadzi ten zespół - Gburek działają specjaliści, a więc wydaje mi się, że tutaj wniosek jakiś i uzupełnienie ewentualnie zaprezentowanie naszych uwag i wyjaśnienie, że się tak wyrażę pierwsze czytanie się odbyło, więc tutaj tylko znów odbiór społeczny jaki będzie. Stworzenie gwarancji prawnych dla równouprawnienia wszystkich sektorów. Tu jest wiele do odrobienia w służbie zdrowia, bo rzeczywiście szczególnie sektor spółdzielczy, prywatny został rozbity i w zasadzie zlikwidowany. To wszystko jest do odtworzenia. Stworzenie preferencji kredytowych i ulg podatkowych dla przedsiębiorstw produkujących na potrzeby ochrony zdrowia, to w

to w zasadzie działa, funkcjonuje i znów pytanie czy w stopniu dostatecznym. Należałoby to ocenić. Jest ten dramat, że mamy resort zdrowia, który nie wiele może dokonać - ik nie wiele może zrobić, ponieważ cały szereg elementów, które przysądają o jakości funkcjonowania służby zdrowia są zapisane i są za to odpowiedzialni inni ministrowie. Wile tutaj ta generalna również przy reformie administracji służby zdrowia również resortu ustawienie, ustawienie go w sposób właściwy napewno jest rzeczą konieczną.

I tutaj cały szereg tych wniosków bardzo cennych, bardzo uzasadnionych, ale już w poszczególnych zagadnieniach w daje mi się, że dzieje się dość dużo, może to nie jest zawsze do końca dostatecznie nagłośnione, ale warto to było by to uwzględnić, że jednak no powiedzmy sobie szczerze nie jest to aż tak również nowatorskie, jak ten tekst wcześniej szty przedstawiony przez resort.

Jeżeli wolno to ostatnia uwaga, mianowicie kierunki reformy systemu pomocy społecznej. Otóż wydaje mi się, że jest to bardzo dobry tekst i tutaj wysłuchałem tego wprowadzenia z dużą uwagą i wydaje mi się że tu jest nta największa troska, ogromne zaniedbanie w tym zakresie. Państwo wiecie co się dzieje wtemacie ochrony społecznej i jakie są kole ki do domów opieki społecznej, jakie tam są warunki egzystencji i życia. Jest to po prostu głębo i dramat, jest to najsłabsze ogniwo i przy w ogóle dyskutowaniu o służbie zdrowia wydaje mi się, że to ogniwo należało by maksymalnie podnieść i tutaj jest bardzo mądry zapis na końcu podsumowujący, że reformy systemu pomocy społecznej nie wymaga ogólnie rzecz biorąc zmian radykalnych,

natomiast daleko idącej jasności i konsekwencji we wszystkich tych sferach, w których nastąpi jej reorganizacja. No i oczywiście finanse, natomiast ten schemat organizacyjny przepraszam najmocniej, ale on mi się za bardzo nie podoba, bo on trochę biurokracji tutaj wprowadza. Mówimy z jednej strony o odbiurokratyzowaniu, co jest słuszne generalnie ale ja nie uważam, że rysunek nie jest przejrzysty nie jest zbyt jasny.

Jak już jestem przy tej biurokroji otóż proszę państwa wydaje mi się, nie ma możliwości funkcjonowania określonego systemu społecznego, str ktury państwa bez biurokracji, tylko chodzi o to, żeby to była biurokracja dobra, biurokracja w naszym odczuciu społecznym ma najczęściej ten pejoratywny sens, ponieważ niestety przez te doświadczenia nasze 40-lecie zawsze negatywnie funkcjonowały. Chodzi o to, żeby była biurokracja, ale pozytywna, ta niezbędna która zabezpiecza właściwe funkcjonowanie określonych struktur w państwie, w tym również służby zdrowia.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca: Dziękuję panu posłowi.

Jeszcze proszę ale dosłownie jedną minutę pan dr Matek Kulerski.

Dr Marek Kulerski:

a chciałem tylko a propos wyjaśnienia pewnych rzeczy so o reszt pan poseł też nadmienić, mianowicie administracja a organizacja. Nie jest to przeciw przeciwko administracji jako czynnikowi administracyjnemu, natomiast przeciw jest przeciwko administrowaniu organizacją i to jest zasadnicza rzecz, że organizacja i to co pan doktor mówił o jakimś

er

25/1
35

I to co pan doktor mówił o tam jakimś programie Światowej Organizacji Zdrowia, on mówi o organizacji. I zgoda, musi być hierarchiczna w jakimś sensie. Natomiast nie administrowanie służbą zdrowia, nie biurokracja rządzi służbą zdrowia. Administracja pełni rolę... Proszę państwa, to się dzieje w partiach politycznych, że tam jest biurokracja, dominuje partie polityczne czasami, wszystko jedno jakie, itd. To się powtarza. I o to chodzi, I to jest nasz sprzeciw przeciwko administrowaniu. Dyrektor szpitala jest administratorem wykonującym, czy mającym wykonać te rzeczy, które jakby fachowi pracownicy ustalą, jak to należy zrobić. A nie on ma rządzić, jak oddział ma wyglądać i kto ma tam pracować. I o to w zasadzie chodzi. Dziękuję.

Przewodnicząca: Dziękuję bardzo. Chciałam państwu zaproponować teraz, że zanim przejdziemy do dyskusji o kształceniu, gdzie mamy zapisanych już liczne osoby do głosu, to będzie cały taki blok, chciałam na prośbę pani Zielińskiej, która po prostu ze względu na dojazd będzie musiała wcześniej opuścić nasze zgromadzenie, ażeby teraz przedstawiły swoje wyniki komisje, które obradowały w międzyczasie. A więc nie ma pani Zielińskiej, która o to prosiła. To możemy zacząć od sprawozdania tej grupy, która zajmowała się sprawą opieki nad matką i dzieckiem, noworodkiem i niemowlęciem. Pan dr Kulerski? Albo pan dyrektor - proszę bardzo.

er

25/2

Ob. Sławomir Radiukiewicz: Pani Przewodnicząca!

Szanowni Państwo!

Nasz podzespół redakcyjny obradował w poniedziałek i wypracował następujący projekt stanowiska w sprawie opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i niemowlęciem.

Podzespół uznaje, że sprawy zdrowia matki, noworodka i niemowlęcia stanowią kluczową pozycję w poprawie stanu zdrowia społeczeństwa, w tym realizacji narodowego programu zdrowia. Istniejąca sytuacja nakazuje nasilenie prowadzonych działań profilaktycznych dotyczących zdrowia kobiet, jak również opieki medycznej nad ciężarną, matką, noworodkiem i niemowlęciem.

Dla osiągnięcia konkretnych rezultatów określa się następujące kierunki realizacji i intensyfikacji działań. Po pierwsze - zapobieganie wcześniactwu, z uwzględnieniem warunków socjalno-bytowych kobiet ciężarnych. Następnie rozwijanie systemu stopniowanej opieki nad kobietą ciężarną oraz rozwój diagnostyki w tym zakresie. Rozszerzenie wielo-stopniowej opieki neonatologicznej ze szczególnym uwzględnieniem oddziałów noworodkowych, transportu, oddziałów intensywnej opieki patologii noworodka, w tym ośrodków szkolenia. Poprawa bazy lokalowej i zaplecza oraz doposażenie oddziałów położniczo-ginekologicznych i noworodkowych w minimum niezbędnego wyposażenia do monitorowania i ratowania życia nowo narodzonych, a także wprowadzenie intensywnego szkolenia personelu. Zabezpieczenie środków finansowych na poprawę opieki zdrowotnej nad noworodkiem powinno być uwzględnione w pierwszej kolejności w kwotach przeznaczonych na realizację

er

25/3

narodowego programu zdrowia a także funduszach terenowych.

Rozważyć też należy możliwość utworzenia wspomagającego funduszu lub fundacji w tym zakresie. Środki na ten cel powinny określać zarówno kwoty złotówkowe jak i dewizowe. Wstępną ocenę kosztów, wykaz terminów i odpowiedzialnych za opracowanie i wdrożenie przedstawi zainteresowanym Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej w terminie do 30 września br.

Podpisało - Wojciech Guglas, Marek Kulerski i Sławomir Radiukiewicz jako przedstawiciele tego zespołu redakcyjnego.

Tyle, jeżeli chodzi o zapis, który został przyjęty przeszedł wszystkie strony zasiadające przy tym zespole redakcyjnym.

Przewodnicząca: Dziękuję bardzo. Czy pan dr. Kulerski, czy pan dr Guglas chcą coś dodać? Pan dr. Guglas - proszę bardzo.

er

25/4

Ob. Wojciech Guglas: Jeżeli można, proszę państwa, ponieważ my zapisaliśmy tutaj, z inicjatywą wyszliśmy utworzenia fundacji lub funduszu wspomagającego, jeżeli chodzi o rozwój opieki nad matką, noworodkiem i niemowlęciem. Jak wiemy kwestia w realizacji wielu programów wymagała, zawsze można powiedzieć, że zatrzymywała się na fazie wykonawstwa, opracowania i wdrożenia. Włączyliśmy się w to jako ruch zawodowy. Może to dziwić, że związki zawodowe się w to włączyły w pełni, ale włączyliśmy się także realizując program w zakresie opieki nad matką i dzieckiem i jako jednostka wykonawcza naszej Federacji, firma Promet przyjęła jako jeden z czterech kwestię realizacji kompleksowej poprawy opieki zdrowotnej nad noworodkiem.

Konsekwencją dwuletniej realizacji winno być doposażenie jednostek objętych wdrożeniem, zmodernizowanie oddziałów położniczych i noworodkowych zgodnie z systemem matka - dziecko, utworzenie i doposażenie noworodkowych oddziałów intensywnej opieki i utworzenie i doposażenie oddziałów patologii noworodka oraz połączenie wszystkich trzech stopni organizacyjnych specjalistycznym transportem i środkami łączności.

Dlaczego to mówię? Chyba miłym akcentem zakończenia naszego stołu by była jak najszybsza pomoc temu, co uznaliśmy za najdroższe, czyli pomoc dziecku, pomoc kobiecie ciężarnej, pomoc matce. Ponieważ przedkłada się kwestia realizacji Federacja ze swych funduszy przekazała 89 mln zł na rozpoczęcie działań w tym zakresie. Jest przygotowany cały cykl wdrożeniowy. Ja nie liczę wyposażenia całości

er

25/5

biura projektowego, zaplecza wykonawczego, wyposażenia 10 pracowników, które są przygotowane do tego, żeby w ciągu dwóch lat wdrożyć cały program na terenie czterech województw i z jednoczesną możliwością doposażenia całości kraju. Wiadomo jest mi, bo ze środków masowego przekazu, że strona opozycyjno-solidarnościowa dysponuje kwotą ponad miliona dolarów. Gdyby także się włączyła w ten program w zakresie doposażenia jednostek, byłby to efekt, realny wynik, tzn. ten materialny wynik, jedno słońce z "okrągłego stołu" pracowników służby zdrowia.

Przewodnicząca: Dziękuję bardzo panu doktorowi.

Teraz pan dr. Kulerski.

er

25/6

Ob. Marek Kulerski: Przy ustalaniu tego projektu oczywiście wszystkie strony, że tak powiem zastrzegły sobie możliwość wprowadzenia po przeczytaniu i namyśleniu się jeszcze, bowiem dyskusja była bardzo długa, acz projekt jest krótki.

Proszę państwa, ja mam pewne tutaj uzupełnienia. Jedno drobne, które polega na przemianieniu "środki na ten cel powinny określać zarówno kwoty złotówkowe jak i dewizowe" do pkt. 7 - zabezpieczenie środków finansowych na poprawę. To jest chyba pewna stylistyczna sprawa, która jest chyba prosta i niedyskusyjna.

Drugi drobny moment, to w pkt. 3, gdzie mówi się o rozszerzeniu wielostopniowej opieki - i dodania tam, rozwoju oddziałów patologii, w tym szkolenia, i zaplecza diagnostycznego - bo to jest element dla noworodka niezwykle ważny w sensie mikrometod i w ogóle możliwości jakichkolwiek w tej chwili nie istnieją.

I teraz może nieco większe sprawy. Mianowicie w pkt. 1, gdzie mówimy o zapobieganiu wczesniactwu z uwzględnieniem warunków socjalno-bytowych kobiet ciężarnych, wydaje się konieczne tutaj dodanie, mianowicie problemu ochrony prawnej tzw. pracy chronionej dla kobiet w ciąży. I myślę, że tutaj należałoby dodać, w tym także nowych rozwiązań prawnych dotyczących pracy chronionej kobiet w ciąży. Bo ten problem, o ile ja wiem, nie jest w pełni rozwiązany i może przydałyby się tutaj także pewne terminy co do opracowania nowych projektów. Ja nie chcę głębiej w to wchodzić, bo

er

25/7

po prostu nie jest mi to temat dobrze znany. Natomiast z tych urywków, które wiem, to ta praca chroniona kobiet nie jest pod względem prawnym również w pełni, w prawidłowy sposób z punktu widzenia medycznego, rozwiązana - jeśli państwo się zgodzicie z tym.

I kolejny problem, wprowadzenie jednak punktu o zmianie obowiązującego prowadzenia statystyki. Możliwe, że z chwilowym utrzymaniem obu wersji, a więc w tej wersji, która nadal obowiązuje odnośnie uznania za noworodka żywo urodzonego, jednak z uwzględnieniem obok wersji wynikającej z definicji WHO. Więc myślę, że ten punkt należałoby także włączyć do tego, bo jest to rzecz dość istotna przy ocenie tego wszystkiego.

I jako trzecią uwagę - myślę, że jeżeli w ogóle mówimy o ochronie zdrowia matki, noworodka, niemowlęcia, w tym rozumiem także kobiety, co ma mieć efekt ogólnospołeczny, to wydaje mi się, że z uwagi to wydaje mi się, że z uwagi na szereg kontrowersji, które obecna ustawa o przerywaniu ciąży wzbudza w różnych środowiskach, i jednak wiele głosów dążących do pewnych zmian, wydaje mi się, że ten problem - ten zapis też tu powinien stanąć, że w tym kierunku działania jakie należałoby podjąć, opracowanie nowego projektu czy nowelizacji starego, nie jest trudno to - to już zdaje się było ruszane chyba nieco wcześniej przez pana posła bodajże, ale może to ten punkt po prostu jednak przy okazji ochrony kobiet, bo w końcu jest to ochrona zdrowia kobiety proszę państwa, pomijając wszystkie inne aspekty, wydaje mi się, że ten punkt nie precyzując go bliżej, powinien tutaj w tym projekcie znaleźć swoje uzasadnienie. Dziękuję.

Dziękuję bardzo.

Pan poseł Waleczek do tej sprawy.

Ob. Poseł Jan Waleczek:

Chciałem bardzo serdecznie podziękować panu docentowi Kulerskiemu za podniesienie tematu ochrony dziecka poczętego.

Jeżeli wolno, to miałbym taką uprzejmą prośbę, byście państwo, pani przewodnicząca uznali za możliwe, żeby dokonać takiego zapisu; w tej chwili trwa praca nad poselskim projektem ustawy o ochronie dziecka poczętego. Jest ogromne parcie zrozumiałe ze strony kościoła katolickiego, episkopatu, i innych środowiska innych religii, różnych środowisk społecznych i gdyby to mogło należeć zapis tutaj i określone wsparcie dla tej inicjatywy, która już jest tam realizowana, w Sejmie, byłbym ogromnie zobowiązany. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca:

Tak. Czy jeszcze autorzy?

Ob. Marek Kulerski:

Ja jeszcze chcę tylko powiedzieć krótko proszę państwa, że ta sprawa jest zapisana bardzo ideowo. Tu nie ma jakiś konkretnych rozwiązań. Nie chciałem tutaj dawać się ja osobiście w komentarz tego dokumentu, w którym wiele mniej lub bardziej drobnych błędów i nieprawidłowości jest.

Natomiast powodzenie tego, tych ideowych założeń, które w części przynajmniej pokrywają się z programem opracowanym przez Ministerstwo Zdrowia, podstawą do tego, żeby to było w ogóle zrealizowane, oczywiście nie jest sam projekt, nie są także same finanse, a po prostu reorganizacja naszego życia społecznego.

Proszę Państwa! Bez samorządów, bez zmiany metod zarządzania nie zmienimy nic. Proszę Państwa! Tutaj rola ~~na~~ nadzoru specjalistycznego była w projekcie Ministerstwa

rs

26/3

Zdrowia uwidaczniana i także rola lekarzy wojewódzkich, Proszę Państwa! Wracamy znowuż do tego, o czym często żeśmy mówili, że tutaj ja mam dowody, których już nie chcę przytaczać, że powiedzmy ten projekt i zalecenia wynikające z tego projektu były rozwiązywane metodą właśnie administracyjną, polecono utworzyć jednostkę taką lub inną, formalnie ją utworzono, ona istnieje, no więc praktycznie nie zmienia lub w znikomym stopniu tylko zmienia rzeczywistą sytuację w tej opiece. Czyli wracamy - oczywiście podstawą będą tamte dwie rzeczy. Dziękuję.

Przewodnicząca:

Dziękuję bardzo.

Może nim panu dyrektorowi tam udzielę głosu, ja chciałam powiedzieć ogólne moje uwagi czy zastrzeżenie do tego dokumentu.

Mnie tam bardzo brakuje konkretyzacji. Jest dla mnie za dużo znowu, szczególnie w tych pierwszych punktach takich ogólnych stwierdzeń, które są takie absolutnie słuszne, tak jakże prawda grzech jest zły, a dobro jest dobre. No za dużo jest takiej deklaratywności. Wolałabym, żeby było bardziej konkretny, zawierało właśnie więcej jakiś terminów, które tam dopiero później w jednym z punktów są, tak mi się wydaje, może pan dyrektor opowie więcej.

Ob. Sławomie Radiukiewicz:

Jeżeli można. Proszę Państwa! Myśmy no kierując się dyskusją na poprzednim plenarnym posiedzeniu zespołu, gdzie między innymi poruszano problem nie wchodzenia daleko w szczegóły, chcieliśmy, że tak powiem, zachować no pewien stopień ogólności.

Wydawało nam się, że te zapisy, które są tutaj, one w jakiś sposób odpowiadają generalnie idei zwłaszcza, że zawarliśmy w ostatnim punkcie takie stwierdzenie, które mówi, że zostaną opracowane do 30 września powiedziałbym pewien harmonogram, ba, nie tylko harmonogram, ale nawet z pewną kto itd. za to będzie odpowiedzialny.

W związku z tym stąd może wynikały tutaj pewne stopnie ogólności. Poza tym jest to w zasadzie pierwszy materiał, który wchodzi bardzo szczegółowo, bowiem dotychczas dyskusja dotyczyła problemów powiedziałbym zasadniczych i nie wchodziliśmy tak w szczegóły. Dlatego tak przyjęliśmy taką konwencję.

Jest to zawsze, że tak powiem, do poprawienia, niemniej wydawało się, że ostatni punkt w jakiś sposób sprawę w tym zakresie rozwiązuje.

Natomiast ja jeszcze na moment chciałbym wrócić do ostatniego słowa dr Kulerskiego przed chwilą w dyskusji, chcąc jednocześnie poinformować, że tworzony ten program, o którym mówimy i teraz de facto modyfikowany w dużym stopniu, był tworzony z udziałem dość szwrokich gremiów, bowiem były to inicjatywy towarzystwa, Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, i innych towarzystw, różnego rodzaju organizacji społecznych zajmujących się problematyką dziecięcą, ba - był on przedmiotem nawet posiedzenia komisji sejmowej, stąd posłowie się do tego ustosunkowali, nadzory krajowe itd.

rs

26/5

Natomiast rzecz jasna, że stopień wykonawstwa programu poprawy opieki nad noworodkiem jest bardzo zrażnicowany i istotnie, to co mówi pan dr Kulerski dając zresztą sam przykład w poprzednim wypadku w akademii medycznej w Warszawie, że mamy tego typu przykłady, to co my bardzo brzydko nazywamy "momentem odfajkowania" i że po prostu tworzenie pewnych komórek organizacyjnych, które nie odpowiadają tym zawartym w tych naszych programach założeniom.

Niemniej wydaje się, że przez między innymi przez postawienie tego problemu na "okrągłym" - tutaj obradach "okrągłego stołu" problem się jak gdyby uspołecznia. Już sam przez się.

Poza tym zdajemy sobie sprawę, że w przyszłości samorządy tych instytucji, które - w których działają te komórki organizacyjne, no będą miały niewątpliwie wpływ na merytoryczną działalność. To jeżeli chodzi o uwagi ogólne,

Natomiast w szczegółowych sprawach myślę, że te poprawki, o których mówił pan dr Kulerski, a które dotyczą tam punktu gdzie mówimy o opiece neonatologicznej, o zapleczu diagnostycznym, są to punkty do przyjęcia. To samo sędzę, że pewne przedstawienie tych punktów dotyczących środków, jak również dodanie, bo tak to rozumiem, dodanie punktu dotyczącego zmiany wprowadzonej dotychczas statystyki w zakresie umieralności i zgonów.

Ja myślę, że propozycja pana dr Kulerskiego tutaj jest na tyle wyważona, że zakłada on zgodnie z tym co zresztą mówiliśmy poprzednio, by przez jakiś okres czasu, co najmniej, prowadzić jak gdyby podwójną tutaj nazwę od statystyki, czy podwójną ocenę tych danych statystycznych, bowiem chodziłoby nam o to, żebyśmy nie zatarli tej dynamiki obserwacji sytua-

rs

26/6

cji w tym zakresie. Bowiem od lat sześćdziesiątych posiłkujemy się jedną metodologią oceny stanu umieralności niemowląt, stąd sędzę, że taki punkt mógłby być uzupełniony.

Natomiast muszę powiedzieć, że to jest moje zdanie, dotyczące problemu ustawy o dopuszczalności o przerywaniu ciąży, bo o tej ustawie pan doktor mówił, i mówił również potem pan poseł Waleczek, jest to sędzę sprawa, która o ile wiem, jest w tej chwili już przedmiotem jakiegoś wystąpienia grupy posłów w tej sprawie i nie wiem, czy tu w tym projekcie powinno to się tutaj znaleźć. To znaczy jest to moje stanowisko, bowiem my chcę powiedzieć, że mieliśmy ustawę tą, była przedmiotem obrad komisji sejmowej i na tej komisji sejmowej myśmy istotnie również uznali, to znaczy posłowie jak i również w tym przypadku Ministerstwo Zdrowia, na temat - uznaliśmy konieczność wprowadzenia pewnych zmian do dotychczasowej ustawy, zwłaszcza w zakresie ochrony pierwszej ciąży, bowiem jak wiemy przede wszystkim przerwanie pierwszej ciąży, to znaczy tej jeszcze nie donoszonej pierwszej ciąży, ma największe implikacje zdrowotne w stosunku do ciąż następnych.

Twisn.

27/1

donoszonej pierwszej ciąży ma największe implikacje zdrowotne w stosunku do ciąż następnych. I w tym kierunku prace - powiedziałbym mają być prowadzone.

Tutaj mówię wyszło z inicjatywą grono posłów tak że nie wiemy czy tutaj po prostu ten problem i w jakim zakresie powinien być potraktowany. To znaczy moim zdaniem byłby chyba najlepszy zapis, który by mówił o konieczności rozważenia czy funkcjonowania czy dotyczących pewnych zmian w tej ustawie.

To tyle z mojej strony.

Przewodnicząca:

Dziękuję bardzo. Wobec tego chciałam teraz spytać - czy to stanowisko wyrażone w tym projekcie komisji jest przyjęte z poprawkami jeszcze wniesionymi w trakcie naszego posiedzenia? Co pan minister... Kto chciał powiedzieć - proszę, pan, przepraszam.

Ob.Cybulko :

Ja przepraszam, że to właśnie ja czytam. Otóż wpłynęło tu takie pismo, list do strony rządowo-koalicyjnej "okrągłego stołu" i do resortu zdrowia.

"W dniu 26 lutego 1989r. dziennik telewizyjny podał informację /a podam, że jest to list z Katowic/...

Dnia 28 lutego 1989r., że "okrągły stół" ma zająć się sprawą ochrony prawnej płodu nienarodzonego. Bardzo nas ta wiadomość zbulwersowała i jako grupa feministek chcemy wypowiedzieć swoje zdanie na wyżej wymieniony temat.

27/2

Rozpatrywanie na wokandzie "okrągłego stołu" być albo nie być ustawy o przerywaniu niepożądaney ciąży jest próbą pgraniczenia praw kobiety. Bowiem tylko ona ma prawo decydować czy płód donosi we własnym brzuchu, urodzi i wychowa.

Omawianie tego typu obaw kobiecego problemu przez grupę mężczyzn, na ogół starych, różnego pokroju zgromadzonych wokół "okrągłego stołu" jest próbą dyskryminacji kobiet polskich i dzieje się to w kraju socjalistycznym, w śródku Europy pod koniec XX wieku.

Można się domyślać, że inspiratorami w tej sprawie są różnego rodzaju koła skupione wokół Kościoła. Rozpatrywanie takiego problemu na forum "okrągłego stołu" w sytuacji tak trudnej dla całego społeczeństwa, gdzie wiele rodzin ledwo wiąże koniec z końcem, kiedy brakuje dosłownie wszystkiego /tylko nie dzieci/, gdy nie ma dostatecznej opieki lekarskiej, jest dowodem na to, że koła te tak naprawdę nas, tej rodziny i tego ~~skłn~~ społeczeństwa nic nie obchodzi.

W ogóle w ciągu ostatnich paru lat obserwujemy w Polsce szerzenie się ciemnoty i nietolerancji. Motorem w tym zakresie są wyżej wymienione śrópdowiska katolickie. Są to na ogół starzy mężczyźni lub stare kobiety oderwane od problemów, z jakimi borykają się młode małżeństwa. /Przepraszam, że czytam to tak dokładnie, ale chciałbym żebyście państwo to wszystko słyszeli/.

I w aśnie zawdzięczamy /to w cudzysłowie/, likwidację osławione podręcznika dla licealistów pt. "Przysposobienie do życia w rodzinie" oraz potępienie seksu w telewizji /program bliżej świata/.

Nie możemy zatem pozwolić, aby któraś te przyczyniły się do uchYLENIA ustawy o ~~nie~~ przerywaniu niepożądaney ciąży. W przeciwnym wypadku Polska w niegługim czasie stanie się drugą Irlandią, krajem ciemnoty, zacofania i nie tolerancji.

Watyka-n i Kościół ~~tracą~~ traci swoje wielkie wpływy w Hiszpanii i we Włoszech /referendum wywalczyło ustawę o przerywaniu ciąży/.

I jeszcze ostatnia refleksja. Koszty materialne obrad "okrągłego stołu" ponosimy my, to znaczy całe społeczeństwo. Stół został zwołany po to , aby pomóc poprawie bytu tego społeczeństwa a nie po to, by realizować myśli różnego rodzaju fanatyków"

Grupa feministek z Katowic. Do wiadomości "Trybuna Robotnicza , Katowice, redakcja "Polityki" Warszawa, redakcja "Kobieta i Życie" i Telewizja Polska.

Przewodnicząca:

Dziękuję. Tu interesuje się koleżanka czy są podpisy.

Proszę państwa, więc wracając akurat, tylko akurat wywołano pana profesora, który chciał zabrać głos. Chodzi o to czy jest akceptacja dla tego dokumentu, który przedstawili panowie. Po puerwsze - dla całości tego dokumentu w takiej formie jak był. Tam dr Kulerski wniosek pewne... Ja w tej chwili mówię bez tej pewnej sprawy

dotyczącej przerywania ciąży tylko tam dr Kulerski jeszcze parę drobnych poprawek. Ale nieistotnych wniosków w czasie dzisiejszych obrad.

Na razie ustosunkujmy się do tego, a później jeszcze za chwileczkę do tego czy wnosić tam zapis o rewizji ustawy - czy nie. Na razie bez tego punktu.

Czy państwo uważają, że ten dokument powinien być przyjęty jako dokument naszego zespołu?

Tak, ja miałam zastrzeżenie co do braku terminów, może pewne niekonkretności, No w pewnym sensie mnie pan dyrektor przekonał, że ten ostatni termin jest istotny, że będą dodatkowe prace, oczywiście.

Czyliż że przyjmujemy, to zostanie przepisane Marku z poprawkami tymi i skopiowane.

Ale teraz kwestia - czy w-pisywać tutaj jakikolwiek zapis na temat rewizji ustawy, czy pozostawić sprawę Sejmowi i tych, którzy do Sejmu piszą również i wnoszą zarówno organizacje, jak i osoby prywatne, które wnoszą odpowiednie zapisy.

/Głos: Jest to sprawa zasadniczo nie dotycząca służby zdrowia/.

Proszę tutaj pan Czarnecki.

Ob. Adam Czarnecki:

Myślę, że jednak trzeba by zostawić sprawę do Sejmu, ponieważ sprawa jest w toku i nawet jakieś tam podpisanie tej propozycji ze strony naszego zespołu chyba nie będzie tu miało jakiegoś większego znaczenia. Natomiast sprawa się musi rozegrać w Sejmie, bo jest to przecież ustawa,

którą albo należy zmienić albo uchwalić nową.

Przewodnicząca:

Z tym jednak, że ^{gdy} my byśmy traktowali, że to co my piszemy nie ma żadnego znaczenia, to w ogóle nie byłoby warto tu siedzieć, nawet w Sejmie. Ale jest kwestia - czywnosić czy nie.

Proszę pan prof. Waleczek.

Prof. Waleczek:

Ja jednak chciałem panią przewodniczącą i szanownych państwa prosić o zwykłe poparcie dla tej idei, która.. Przecież wszystkie rzeczy te pryncypialne, zasadnicze tutaj uchwalane i dyskutowane, one trafiają do Sejmu, prawda. I tam właśnie będzie ich ostateczne uchwalenie. A więc nie możemy tutaj minimalizować tej problematyki. I dlatego uważam, że gdyby można było taki zapis tutaj umieścić, że uczestnicy podzespołu do spraw ochrony zdrowia w trakcie dyskusji na temat opieki udrowotnej nad matką i ~~z~~ noworodkiem i niemowlęciem różniwł poruszyli sprawę dziecka poczętego i wyrażają poparcie dla inicjatywy poselskiej określonej nowelizacji tej ustawy. Tylko taki po prostu zapis, on by miał ogromne znaczenie, a nie przysądza oczywiście sprawy.

Przewodnicząca:

Ta forma, to znaczy nie wiemy jakie jest

_____:

Jeżeli nie wiemy, to nie możemy popierać.

Ob. _____:

Proszę państwa, jeszcze bardzo krótko w sprawie

ustawy.

Proszę państwa, ponieważ ja sam jestem przeciwnikiem tej ustawy, ale nie chcę niczego narzucać tu obecnym. Natomiast myślę, że skala problemu jest tak duża. Mianowicie w Polsce powojennej dokonano około 24 mln przerwania ciąży. A więc skala problemu jest tak duża, a więc sądzę, że taki sygnał, że w obecnym brzmieniu ta ustawa chyba nie jest ...No coś trzeba z tym zrobić. Myślę, że zupełnie przemilczać nie można, nie zajmując oczywiście stanowiska co do istoty rzeczy, to jest inna sprawa. Ale skala problemu jest bardzo duża. Dziękuję.

Przewodnicząca:-

Czyli może po prostu umieścimy zapis, że potrzebne jest...

Proszę bardzo jeszcze pan

Ob.Radzikiewicz

Ja już co prawda mówiłem na ten temat. Niemniej jednak raz jeszcze wracam do sprawy. To znaczy rozumiem, myślę, że byłoby bardziej rozważnie, ja mówię tutaj o naszej stronie, byśmy odnotowali nie w formie takiej ja proponował pan poseł Waleczek, że popieramy inicjatywę wycofania tej ustawy. Natomiast tutaj głos mego przedmówcy był bardziej

TW

28/1

wycofania tej ustawy, natomiast tutaj głos tego przedmówcy był bardziej wyważony, który mówił o tym, że po prostu należy rozważyć czy konieczność jest wprowadzenia zmian w dotychczasowej ustawie o umożliwieniu przerywania ciąży. Chodzi mi po prostu o to, że my również widzimy cały szereg powieziałbym tych negatywnych skutków o których tu była ta ustawy, niemniej są pewne przesłanki, które również przemawiają za tym, że ta ustawa w stosunku do niektórych sytuacji zdaje na pewne znaczenie i ~~ma~~ ma pozytywne. Ja nie chciałbym w tej chwili żebyśmy tutaj zaczęli i na ten temat szeroko dyskutować, natomiast że jest konieczność jakiegoś wprowadzenia zmian, to byłoby zresztą zgodne z tymi naszymi stanowiskami, które zajęliśmy przedtem, mam na myśli przede wszystkim ochronę pierwszej ciąży, umożliwienie upowszechnienia nie zapobiegania ciąży wszelkiego rodzaju metodami, tymi naturalnymi przy pomocy środków antykoncepcyjnych itd.

Dlatego byłbym za nie sformułowaniami tak - bez sformułowań jakichś takich ostatecznych.

Przewodnicząca: Myślę, że w tej formie możemy to zapisać.

Proszę bardzo o drugi zespół, to był zespół, który zajmował się - pan prof. Latański.

28/2

Prof. Latański: Maciej:

Zespół obradował przeoczożaj. Przyjęliśmy wspólne następujące ustalenia.

1/ W celu stworzenia lepszych szans młodzieży wiejskiej w ubieganiu się na studia medyczne podzespół do spraw zdrowia uważa za konieczne organizowanie rocznych stacjonarno-zasoczných kursów przygotowawczych na studia medyczne organizowane w ośrodkach akademickich przez akademię medyczną zakończonych miesięczną sesją stacjonarną przed egzaminem

Szkoleniem należałoby objąć młodzież ze wsi i miejscowości do 5 tys. mieszkańców. Rekrutacja na kursy powinna odbywać się na zasadach wolnego naboru. O udział w studium przygotowawczym mogą ubiegać się uczniowie ostatnich klas szkół średnich oraz kandydaci na studia medyczne, którzy w ostatnim roku nie zostali przyjęci.

Kursy takie należy zacząć organizować od roku szkolnego 1989/1990.

2/ Celem zachęcenia personelu medycznego do podejmowania pracy w środowisku wiejskim ma wprowadzać się dodatek wiejski w wysokości 50% uposażenia zasadniczego dla tych pracowników służby zdrowia, którzy pracują w pełnym wymiarze godzin w ośrodkach zdrowia oraz zamieszkują na terenie rejonu. Wniosek ten powinien być uwzględniony w opracowywanym nowym systemie wynagradzania w służbie zdrowia.

b/ zapewnia się możliwość uzyskania mieszkania służbowego,

c/ zapewnienie uzyskania samochodu osobowego do celów służbowych, bądź kredytu na zakup samochodu prywatnego z obowiązkiem pracy w ciągu 5 lat po jego zakupie,

28/3

a po tym terminie częściowe umorzenie kredytu.

39/ Należy dokończyć realizację sieci ośrodków zdrowia pozostawiając model opieki zdrowotnej do decyzji samorządu terytorialnego.

Zwiększyć należy również dostępność świadczeń diagnostycznych i rehabilitacyjnych ośrodków zdrowia.

4/ Podzesppa do spraw zdrowia uważa, że istnieje konieczność systematycznego prowadzenia badań stanu zdrowia ludności wiejskiej i jej uwarunkowań.

5/ Należy podjąć niezbędne działania dla poprawy stanu środowiska oraz bezpieczeństwa i higieny pracy na wsi, a w szczególności stworzyć ich podstawy w postaci przygotowania i przyjęcia odpowiednich uregulowań prawnych.

6/ Niezbędne jest zapewnienie poprawy dostępności leczenia uzdrowiskowego dla mieszkańców wsi poprzez: pomoc ministra zdrowia i opieki społecznej w budowie i rozbudowie sanatoriów dla rolników oraz dla dzieci wiejskich w Rabce, i coroczne zwiększenie liczby skierowań na leczenie uzdrowiskowe dla rolników i członków ich rodzin.

7/ Istnieje konieczność skuteczniejszego jak dotychczas wspierania rozwoju różnych form opieki społecznej na wsi, zwłaszcza środowiskowej,

8/ Zespół do spraw zdrowia uważa, że dotychczas prowadzone szkoły jako jedna z form organizacyjnych szerzenia oświaty zdrowotnej na wsi powinny być rozwijane i wspierane przez personel medyczny i pracowników resortu edukacji narodowej.

Podpisali wszyscy członkowie uczestniczący w posiedzeniu zespołu.

28/4

Przewodnicząca = teraz proszę pan doc. Lipiński.

Doc. Lipiński:

Chciałem zgłosić pewną poprawkę do punktu 1. Otóż tam jest również mowa o tym, że w studiu m przygotowawczym oga brać udział ci, którzy nie zostali przyjęci w ostatnim roku. by im to umożliwić trzeba zapewnić odroczenie służby wojskowej na ten rok. Ale aby przyjmowanie na studia przygotowawcze nie stało się sposobem unikania służby wojskowej trzeba również wprowadzić chyba klauzulę ograniczającą polegającą na tym, że brać w tym studium przygotowawczym ożna udział tylko jeden raz. I proponuję włączenie tych dwóch punktów,

Przewodnicząca: Tak zresztą było w naszym programie w naszym projekcie. I to nie wypadło i tam jeszcze było w tym projekcie o udziale organizacji społecznych, "Solidarności" rolników indywidualnych, "Solidarności" służby zdrowia miejskiej oraz innych organizacji społecznych działających na wsi przy organizowaniu i przeprowadzaniu kursów

Pan dr Marek Edelman ma jakieś sprawy.

TW

28/5

Dr Marek Edelman: Ja tylko chciałem zwrócić uwagę nie jestem pewien, czy to jest konieczne. Jest bardzo trudna sprawa na wsi z pogotowiem ratunkowym. To są często bwo dy 2 -39-kilometrowe szczególnie zimą. Czy by nie wprowadzić tutaj , żeby to się nazywało zespoły wynazdowe, żeby było więcej tych zes ołów wyjazdowych na wsi, bo to jest bardzo dobrze płatne, i myślę, żeby na to znalazło się dużo chętnych. Jest sprawa tutaj samochodów tylko. Ja nie wiem czy tego zapisu nie warto tam wprowadzić. Ja się nie wypowiadam ostatecznie, z mienia komunalnego oczywiście.

I druga sprawa - ja nie widzę tutaj zapisu w ogóle w sprawie opieki społecznej na wsi a to jest - jest ptzepraszam.

Ob.....: Czy można? Ja nie mam przed oczyma tego dokumentu, ale wyfa je mi się, że inwalidzi jako dość specjalna ategoria i ze względu na lsczenie i ze względu na rehabilitację i ze względu na opiekę społeczną na wsi wymagałaby w jakimś momencie nazwania tej kategorii właśnie wymienienie gdzieś że inwali zi są tutaj - czy powinni być objęci ni co uważniejszą uwagą niż to jest dotychczas, bo cała sprawa dzieci inwalidzkich i rehabilitacji inwali dów jako pewnego typu konsekwencji a niedomagania całej opiek zdrowotnej jest czymś niebywale dramatycznym wręcz jdśli chodzi o wieś.

Przewodnicząca: Czy ktoś z państwa chce jeszcze zabrać głos?

28/6

dr Matuszkiewicz

Ob.....:Ja chciałem zwrócić uwagę m punkt drugi a/, który mnie troszkę zaniepokoił, mianowicie wysokość tego dodatku wiejskiego. Wydaje się, iż powinniśmy dążyć do takiej sytuacji, ażeby lekarz pracujący na wsi zarabiał nie mniej niż lekarz na takim samym stanowisku w mieście. Chciałem zwrócić uwagę państwa na to, iż lekarz podstawowej opieki zdrowotnej w mieście który pracuje w systemie wyboru lekarza i uzyska pełną listę pacjentów może otrzymać premię opcyjną, której maksymalna wysokość może wynosić 105%, czy w związku z tym ten 50-procentowy dodatek wiejski nie jest dodatkiem nazbyt małym.

Prof. Żochowski:

Jeśli można to do punktu pierwszego, Ja rozumiem idee stworzenia tego rodzaju rekrutacji, z tym że mam kilka wątpliwości. Pierwsza to czy była przeprowadzona i czy ministerstwo i w ogóle ktokolwiek dysponuje statystyką ile osób kończących

er

29/1

i czy w ogóle ministerstwo, czy ktokolwiek dysponuje statystyką, ile osób kończących studia, pochodzących ze środowiska wiejskiego wraca z powrotem do miejsca, z którego wyszło.

Druga sprawa, to chcę państwu powiedzieć, że w chwili obecnej jest egzamin wstępny w ten sposób zaprogramowany, że około 30 proc. wiadomości wymaganych na egzaminie wstępnym, są to wiadomości wykraczające poza program szkoły średniej. I po trzecie - so się z tym również wiąże, że około 40 proc. przyjmowanych np. na warszawską uczelnię studentów są przyjmowani z tzw. punktami za pracę w służbie zdrowia. Co to znaczy? Są to ludzie przyjmowani z drugiego podejścia. Dochodzimy do sytuacji takiej, że grupa osób nie uczestnicząca w tym systemie objętym szkoleniem - w moim pojęciu termin jest nierealny, żeby akademie medyczne mogły przygotować kursy stacjonarne w tak szybkim czasie - ale dochodzimy do sytuacji takiej, że grupa nie objęta tym szkoleniem jest grupą w pewnym sensie dyskryminowaną. Dlatego, że zasób wiadomości, jaki musi uzyskać, by dostać się na te studia, będzie musiała czerpać poprzez dodatkowe korepetycje, które w warunkach miejskich są pobierane. I jest to rzecz ogólnie znana.

Pytanie moje jest generalne, czy nie jest to jakaś forma powrotu do innego rodzaju preferencji? Nie są to punkty preferencyjne, ale to jest znacznie więcej w tej chwili. Są to możliwości preferencyjne pewnej grupy, co do której chyba nie mamy pewności, że wróci z powrotem

er

29/2

do miejsca, z którego wyszła.

Nie wiem, czy drugi punkt, odpowiednio ustawiony, bez względu na to, skąd wychodzi przyszły lekarz, nie rozwiązuje odpowiedniego zaopatrzenia wsi w kadrę medyczną.

Przewodnicząca: Myślę, że pani Zielińska będzie chciała coś powiedzieć.

Ob. Janina Zielińska: Ja tak może zacznę od końca bo może nie wszystko jest jasne i dlatego jest takie zróżnicowanie głosów. Zacznę od ostatniego końca. Ja panu już chyba na pierwszym posiedzeniu plenarnym powiedziałam, że nam nie chodzi o preferencje dla dzieci rolników. Nam chodzi o równy start młodzieży wiejskiej tak samo jak i miejskiej, a wiemy, że dzieci wiejskie są opóźnione nie tylko w rozwoju ale i w nauce pod każdym względem. My jako ten podzespół ds. wsi mieliśmy na uwadze to, zastanawialiśmy się w różny sposób, jak pomóc tej młodzieży.

I doszliśmy do takiego wniosku - ja może to szerzej powiem - że najlepiej by było, bo były różne wersje, że najprościej by było i najsprawniej to przygotowywać w ostatniej klasie maturalnej już. I nie stacjonarnie, tylko już po prostu w tych szkołach maturalnych, w tych mniejszych środowiskach, do 5 tys. mieszkańców, żeby takie kursy zrobić - sobota i niedziela - żeby ta młodzież mogła się po prostu douczać i z tym wszystkim z czterech stron, którzy brali udział w tym podzespole, byli zgodni. Bo trzeba znaleźć jakiś punkt wyjścia, żeby pomóc tej młodzieży, żeby oni mogli tak samo zastartować.

Wiemy tu ze statystyk tych, które pan z Instytutu

29/3

Rozwoju Wsi przekazywał, że w ub. roku zgłosiło się na studia 500 a dostało się 100. Co piąty się dostał. Tu już jest pewien obraz, że te dzieci po prostu nie dają rady na tych egzaminach i nie są po prostu już od szkoły podstawowej tak przygotowane i nie nadążają za tą młodzieżą, która ma wszelkie warunki nauczania w mieście. To jest jeden temat.

Opieka społeczna, inwalidzi i rehabilitacja. My w tym punkcie - opieka społeczna, mamy na myśli wszystko tu, bo wiemy, że z opieką społeczną, jak i ze wszystkim na wsi jest chyba najgorzej. I my już tu żeśmy tego nie rozwijali, ile co komu, ino w tym punkcie zawarliśmy wszystkie potrzeby, które są najbardziej potrzebne w tym środowisku. I mam na uwadze inwalidów, bo i takich na wsi jest bardzo dużo, i rehabilitację i dzieci tych inwalidów, i starszych i dorosłych i ludzi starych. Wszelką pomoc społeczną potrzebną tam w środowisku wiejskim.

Któryś z panów tu mówił, pan dr. Edelman o pogotowiach na wsiach. Pięknie bardzo by to było. Ale my wiemy, że brakuje nam lekarzy ogólnych na wsi. Od tego musimy zacząć. Nam już nie chodzi na wsi, żebyśmy mieli lekarzy specjalistów w tym ośrodku zdrowia, chociaż niekiedy jest jeden ośrodek zdrowia na 40-50 wsi, które obsługuje, ale niechby tylko był chociaż ten jeden lekarz ogólny, który będzie przyjmował wszystkich pacjentów.

I tu musimy od tego zacząć, żeby mieć lekarzy. Potem można mówić o reszcie. Resztę działań, które trzeba podjąć po prostu na wsi.

Jeszcze tutaj któryś z panów mówił o tym dodatku.

er

29/4

Bardzo się cieszymy, że ten wniosek jest poparty. Żeby pozyskać tego lekarza na wieś, żeby on chciał przyjść. Ja już mówiłam niejednokrotnie, że jeszcze z miasta nikt nie uciekał na wieś, tylko ze wsi wszyscy uciekają do miasta. I żeby stworzyć temu lekarzowi, żeby on chciał przyjść pracować na tej wsi, trzeba mu stworzyć odpowiednie warunki, żeby on również... My jako społeczeństwo zapewniamy mieszkanie, tam mieszkańcy tego środowiska, żeby mógł pracować, a resztę już odpowiednio ci, którzy są odpowiedzialni za służbę zdrowia na wsi.

Jeżeli chodzi jeszcze o te studia przygotowawcze i wojsko, które tu przedmówca, pan docent mówił. Ja nie wiem, czy tak bardzo odraczać, bo to będzie minimalny urywek, odrodzenia tej służby zdrowia, żeby to nie było wykorzystane znów przez niektórych cwaniaków, bo tak zazwyczaj jest. Jak się daje jakieś uprawnienia, ktoś to zawsze po prostu wykorzystuje. Jeżeli to będzie tak, jak myśmy tu ustalili na tym podzespole, to mnie się wydaje, że będzie to bardzo dobrze i zda to egzamin. Jestem tego bardzo pewna.

Przewodnicząca: Dziękuję bardzo. Ja proszę -
jeszcze też ad vocem - pan Kalbarczyk

er

29/5

Ob. Kalbarczyk: Ja chciałbym zabrać głos w sprawie tego pierwszego punktu. Mianowicie uważam, że powinna tam być zawarta klauzula możliwości przystąpienia do takiego kursu chłopców po odbyciu zasadniczej służby wojskowej. Chłopców ze wsi.

Dlatego, że po ewentualnym niedostaniu się na studia za pierwszym razem, kiedy chłopcy idą do wojska, potem już absolutnie nie mają żadnej możliwości nauczania się ponownie tego, co jest wymagane na egzaminie. I taka klauzula powinna być przyjęta.

Dziękuję.

Przewodniczącą: Dziękuję bardzo. Pan doc. Wnuk-Lipiński jeszcze.

Doc. Wnuk-Lipiński: Chciałem tylko powiedzieć, że moja poprawka miała charakter logiczny, a nie ideologiczny, bo jeśli nie odroczymy służby wojskowej tym, którzy na studia się nie dostali, to oni nie będą mogli brać udziału w tym studium fizycznie.

Przewodnicząca: Tak, pan Trylski.

Ob. Antoni Trylski: Ja bym chciał może co do tej służby wojskowej. Wyrażam zgodę, ale zaznaczam - na jeden rok, tak jak to było mówione. Popieram to jak najbardziej.

Teraz chciałbym zwrócić się do takiego sformułowanego pytania przez pana Żochowskiego, który mówi, jaki procent młodzieży wiejskiej z powrotem wraca ~~na~~ na wieś?

Droży państwo, ja na podzespole już mówiłem, takie przysłowie powiedziałem, jak się pies urwie ze wsi i uciek-

nie do miasta, to na wieś z powrotem nie wróci. Nie jest istotne, ile, ale stwórzmy szanse, bo ta młódzież jest w pewnym momencie jakby - nie chcę tego słowa używać już.

W związku z tym nie wracajmy do tego, ile procent wróci. Jest ważne, że ona się dostanie. A czy nie jest ważne, może, że ta młódzież właśnie poprzez taką trudność dostania się nie będzie dobrym fachowcem, a może nawet i lepszym fachowcem. Też na ten moment trzeba zwrócić uwagę.

W związku z tym nie jest istotne, ile wróci, żeby się wykształcili, żeby zostawali, żeby pomagali, żeby pomagali tym ludziom, którzy naprawdę chcą tej lekarskiej pomocy.

Ja dziękuję tutaj za poparcie w jednym z punktów. Chodzi o preferencje dla lekarzy, którzy pozostają na wsi, albo będą pozostawać na wsi i pełnić tę zaszczytną funkcję tego lekarza, te 50 proc. Myśmy tylko, może tak minimalnie żeśmy wybrali te 50 proc. Ale drodzy państwo, nie czarujmy się, nie jest to takie życie wesołe na tej wsi. Jedni mają w mieście różne rozrywki. W związku z tym trzeba dać preferencje. Takie same preferencje ma to grono pedagogiczne, tzn. nauczyciele, którzy zostają na wsi. Stwórzmy również i warunki tym lekarzom, ażeby polepszyć to zdrowie ludzi i całemu społeczeństwu wiejskiemu.

Dziękuję.

Przewodnicząca: Dziękuję bardzo. Jeszcze pani Kwietniewska.

Ob. Anna Kwietniewska: Kontynuując wypowiedź mojego przedmówcy, należy stworzyć warunki do pracy lekarzom do pracy w ośrodkach wiejskich.

Dlatego wnioskuję o poszerzenie zapisu pkt. 2, w pkt. c - i sprecyzowanie może mocniejszego w pkt. b, że

rs

30/1

W punkcie c/ i sprecyzowanie może mocniejszego w punkcie b/, że nie zapewnia się, ale gwarantuje się możliwość uzyskania mieszkania służbowego i jeżeli chodzi o punkt c/, że zapewnienie uzyskania samochodu osobowego, proponuję, jeżeli państwo przyjmiecie, żebyśmy wystąpili jako podzespół o przywrócenie asygnat dla tej grupy lekarzy, ponieważ asygnaty funkcjonują, jest wyłom w przydziale asygnat. Dotyczy to inwalidów, którzy otrzymują asygnaty, czyli można w systemie, który jest wolnej gry rynkowej, jeżeli chodzi o nabycie samochodu, można obowiązujące przepisy dla tej grupy proponujemy do rozważenia możliwość złamania tego zakazu, jak gdyby przydziału samochodu na asygnaty, ale równocześnie, musimy zapewnić lekarzowi możliwość kupna tego samochodu, bo to nie tylko jest problem kwitu, ale jest problem środków, które na ten cel musi mieć, żeby kilka milionów złotych dzisiaj wyłożyć na zakup samochodu, który jest podstawowym tutaj narzędziem pracy lekarza wiejskiego.

I wnosimy również, pod ewentualną akceptację państwa, zmiany wysokości kredytu na zagospodarowanie. Ten kredyt na zagospodarowanie, który w tej chwili jest przyznawany, absolwentom osiedlającym się w ośrodkach wiejskich, wydaje się, że dzisiaj się już tak zdewaluował, że ~~nie~~ pozwala temu absolwentowi na zakup co najwyżej łóżka i stołu, przy którym mógłby siedzieć.

Jednak inflacja, która powoduje stały wzrost kosztów, musi ten kredyt nadążyć za inflacją.

Ja chciałam państwu przypomnieć program telewizyjny, myślę, że część z państwa oglądała. Stały mieszkania, nie

rs

30/2

problem^w mieszkaniach, nie problem nawet w podwyższonych uposażeniach, ale wydaje się nam, że problem jest w braku środków na zagospodarowanie się na tym terenie i osiedlenie się na tym terenie z myślą, po prostu o kontynuowaniu wieloletniej pracy zawodowej. Dziękuję.

Przewodnicząca:

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, ja jeżeli można wydaje mi się, że powinniśmy kończyć tą dyskusję.

Ja bym chciała zaproponować, ażeby państwo redagujący tą mowę, wzięli pod uwagę te punkty, ja osobiście mam, że tak powiem, pretensje do naszego przedstawiciela w tej grupie, że nie zostało uwzględnione, bo akurat jeśli chodzi o to kształcenie, to myśmy to dosyć sprecyzowali, ja bym uważała, że należy uwzględnić następujące poprawki, to odrodzenie na jeden rok oczywiście, że na jeden rok, służby wojskowej. To co dodał pan kol. Kłwarczyk żeby wymienić tu również chłopców po zasadniczej służbie wojskowej. Udział "Solidarności RI, "Solidarności" miejskiej, być może NZS-u i tych organizacji społecznych, które działają na terenie wsi w organizacji, skreśliłabym to stacjonarno-zaoczne. W naszym projekcie było to również, że ci młodzi ludzie jeżeli to są w ogóle uczniowie szkół, to oni się uczą, a jeśli to nie są uczniowie szkół, to jest dobrze, żeby pracowali w gospodarstwie w pewnym zakresie. Czyli żeby to nie było zupełnie stacjonarne, tym bardziej, że na to nie będzie oczywiście ani miejsce do mieszkania w tych akademickich ośrodkach, ani innych. Czyli tego uważam, że nie powinno się określać. Natomiast właśnie żeby to było tak, dopiero ta miesięczna sesja przed egzaminem

rs

30/3

mogłaby być stacjonarna, ale inne nie.

I to uważam, że powinniśmy umieścić i uwzględnić poprawki dotyczące preferencji, rzeczywiście to gwarantuje się możliwość uzyskania mieszkania służbowego, to jest absolutnie bezwzględne, na pewno rozważenie sprawa tego samochodu jeszcze przed sformułowaniem ostatecznym tego stanowiska. I kredyt na zagospodarowanie również słusznie podniesiony tutaj.

Także myślę, że na sobotę zespół przygotuje nam ostateczną wersję, tylko nie wiem, czy pan dyrektor się zgadza.

Ob. Janina Zielińska:

Jeśli można jedno zdanie. Po prostu mnie się wydaje, że jeśli coś - Mnie się wydaje, że to co ustalamy, jest to stanowisko nas tu wszystkich. Nie można mówić, że to jest jednego czy drugiego. Jest to stanowisko tego podzespołu, które tu po prostu jest.

I no nie bardzo pani profesor zgodzę się z tym, że pani docent przepraszam, że nie stacjonarne te - bo się zdenerwowałam i dlatego - ale państwo wiedzą o co mi chodzi. No nam chodziło o to, żeby nie zabierać roku tej młodzieży, bo tak jak ja rozumiem, ja pani to formułuje, zabiera się to rok tej młodzieży na przygotowanie. A nam nie chodzi o to. Chodzi o to, żeby w ciągu ostatniej klasy po prostu maturalnej przygotować i była możliwość przygotowania.

Przewodnicząca:

Ale właśnie pani to źle zrozumiała. Odwrotnie, niż ja mówię dlatego, że w pojęciu "stacjonarne" jest, że ten ktoś jest oderwany od - bo ponieważ to nie będzie w tej wsi, prawda, we wsi iks nie będzie się to odbywać.

rs

30/4

Ob. Janina Zielińska:

/mikrofon nie włączony/.

Przewodnicząca:

Więc właśnie, dlatego ja to nazywam "zaoczne".

To jest kwestia nomenklatury, że się tak wyrażę tym razem nie partyjnej tylko słownej.

Ale bardzo krótko, bardzo proszę, bo naprawdę musimy przejść do następnego punktu.

Ob. Antoni Trylski:

Pani Przewodnicząca! Ja nigdy długo nie mówię, bo ja nie lubię długo mówić, lubię długo robić i dobre efekty mieć.

Ale chciałbym o sprecyzowanie jeszcze raz przez panią tego sformułowania co dotyczy "Solidarności" miejskiej. Bo ja naprawdę, proszę mi wierzyć, ja wszystkich popieram i wszystkich cenię. Ale nie chcę, nomnie chcę naprawdę i nie lubię jak ktoś zaczyna się rozgraniczać my, wy, oni. W związku z tym traktujemy się równo, wypracowujemy pewne stanowisko i proszę nie zawierać jakichkolwiek, że od razu tam będzie. O ile będą stworzone takie warunki, jestem święcie przekonany, jestem święcie przekonany, że nie powinno i nie może być jakichkolwiek no ja wiem zaprzeczeń, albo jakiś zastrzeżeń do tego, który działa w takiej organizacji, albo w takiej organizacji. I to jest moje zastrzeżenie naprawdę. I ja nie lubię jak się od razu rozgraniczamy, że "Solidarność" miejska czy rolników indywidualnych. Jesteśmy traktowani razem, wszyscy i po się tu zbieramy, żebyśmy wypracowali stanowiska takie, żebyśmy się nie dyskryminowali.

A mam nadzieję, że na to ten "stół" jest i po to tutaj się zbieramy i dyskutujemy, żeby w efekcie w dalszych latach naszego życia był spokój, ład i porządek. Dziękuję.

rs

30/5

Przewodnicząca:

Zaraz panu udzielę głosu.

Mnie to zdumiewa, że każde zdanie z naszej strony jest traktowane jako dyskryminacja innych. To jest bardzo śmieszne. wtedy kiedy myśmy przez osiem lat nie mieli głosu.

Ja chcę powiedzieć pierwsze. Pomysł tego przygotowawczego roku wypłynął od nas, ze strony "Solidarności". To nie znaczy, żebyśmy mieli tu jakieś autorstwo i Bóg wie co, mówię o wszystkich organizacjach działających. Może to być również i związek oczywiście, kółka rolnicze to dla mnie jest zrozumiałe, bo wszystkie organizacje społeczne działające na wsi. Wobec tego wszystkie ...

Ja rozmawiałam z "Solidarnością" rolników indywidualnych którzy odnieśli się z pewnym entuzjazmem do tego projektu, bo mają tą samą opinię co państwo na temat sytuacji i startu młodzieży wiejskiej i nie widzę w tym żadnej dyskryminacji innych, istniejących organizacji społecznych.

Ale po prostu my nie istniejemy, ja bym chciała, żeby państwo to rozumieli. Ja wierzę, że od 3 kwietnia my zaistniejemy, ale my na razie nie istniejemy i dlatego musimy podkreślać nasze istnienie i naszą chęć udziału. Przecież my byśmy mogli się w to w ogóle nie angażować.

Bardzo proszę, pan.

rs

30/6

Ob. Leszek Wdowiak:

Więc ja chciałem powrócić do tego zagadnienia, ale w zasadzie zależy mi na sprecyzowaniu w tym miejscu, kto będzie odpowiadał za organizację tych kursów ze względu, że my żeśmy założyli, że odpowiedzialna będzie Akademia Medyczna. Z jej pieniędzy, z Akademii Medycznej, powiedzmy na dydaktykę. Jeżeli to ma robić "Solidarność" miejsca, wiejska, czy inna, ja jako nauczyciel akademicki bardzo chętnie nie widzę w ogóle problemu, żeby to robiła "Solidarność" miejska czy wiejska, czy jakakolwiek inna. Tylko tu kwestia kompetencji między akademią medyczną czy też kuratorium może to robić, a organizacjami społecznymi.

Przewodnicząca:

Proszę, pan.

Ob. Maciej Latański:

Proszę Państwa! Ponieważ pani przewodnicząca zobligowała nas niejako do przygotowania na sobotę nowego, znaczy uzupełnienia tego tekstu, pozwólcie państwo, że chciałbym, ponieważ ma to być nasze wspólne zdanie, chciałbym niektóre propozycje tych uzupełnień przedstawić w wyniku tej króciutkiej dyskusji, jaka była

31/1

Chciałbym niektóre propozycje tych uzupełnień przedstawić w wyniku tej króciutkiej dyskusji jaka była, żebyśmy znowu w sobotę nie wrócili do punktu wyjścia i od początku kwestionowali poszczególne punkty

Propozycje są następujące. Jednocześnie pozwólcie państwo, że do niektórych w sposób merytoryczny się ustosunkuję.

Propozycje są następujące: aby pkt 1 uzupełniony został o stwierdzenie, że na okres jednego roku byłaby im odroczone służba wojskowa, mówię o tych, którzy ~~ni~~ po raz drugi by się starali, czyli dosłownie zdanie, że ubiegać się mogą uczniowie klas szkół średnich oraz kandydaci na studia medyczne, którzy w ostatnim roku nie zostali przyjęci. Na okres jednego roku byłaby im odroczone służba wojskowa

Tylko jako dodanie tego zdania, które odnosiłoby się do tego. I tylko raz., oczywiście.

Kursy takie należy zacząć organizować od roku szkolnego 1989/90 w ich realizacji zaś będą pomagać wszystkie organizacje społeczne działające na wsi.

Tutaj pod tym... Ja chciałem na roboczo wytłumaczyć tu jeszcze i pozwolę sobie, że myśmy tutaj rozumieli na przykład organizacja rolników, kółek dysponuje bazą lokalową przypuśćmy w mieście wojewódzkim i w mieście akademickim. Akademiki nie są w tym czasie wolne w takim przyjeździe sobotnio-niedzielnym. W związku z tym na przykład służyliby swoją bazą. Przez to by umożliwi zakwaterowanie.

31/2

Natomiast pani docent - pojęcie to stanjonarno-zaoczne, to jest podobno określenie, które dotyczy takich co przyjeżdża się na sobotę i niedzielę. Nie jest to więc stały pobyt. W związku z tym wyjaśniam, że to chodziło nam o tego typu sesje, o tego typu sesje. Oni by pracowali albo chodzili do szkoły w tym czasie, prawda, w pozostałym czasie tygodnia.

Inne państwa uwagi - 50 proc. dodatku to czy to za mało, czy to za dużo

/Głosy z sali/

Tak, nie mniej niż 50 proc. Proszę mi wierzyć, że ja jestem naprawdę rzecznikiem służby zdrowia na wsi i nie chciałbym nikogo stracić. Gdyby tylko tyle dostali, to naprawdę byłoby to znaczące. W związku z tym sformułowanie typu - nie mniej niż 50 /50/ proc. powinno satysfakcjonować tych kolegów, którzy by tam poszli do pracy.

Kwestia inwalidów. Tak, ja mówiłem o dużej ilości na pie wszym posiedzeniu plenarnym. o dużej ilości inwalidów jacy są w społeczności wiejskiej, ilu jest z pierwszym, drugim, trzecim stopniem, jest to problem. Ale wydaje mi się, że jest to zawarte w tym punkcie, kiedy mówimy o rozszerzeniu sieci gabinetów rehabilitacji ~~xxx~~ innej rehabilitacji poza leczniczą rehabilitacją, jako służba zdrowia nie jesteśmy w stanie zorganizować. Na przykład rehabilitacji zawodowej. I o tej dlatego tutaj nie mówimy, nie jest tutaj nic na ten temat napisane.

Kwestia pogotowia, panie doktorze. To wydaje mi się, że ten problem jest rozwiązywany i to nie wymaga organizacji nowych, dodatkowych, tylko na wsi kolumn transportu sanitarnego, czy powiedzmy w ogóle stacji pomocy doraźnej.

Wyjazdy na wieś nie są jakąś dominującą sprawą jeżeli chodzi o wyjazdy pogotowia ratunkowego w ogóle, I wydaje mi się, że gdybyśmy się w tej tutaj chwili chcieli wdać w organizację dodatkowych służb w tym zakresie, to chyba byśmy z tu niewiele zyskali, a organizacyjnie byśmy się bardzo wiele zaangażowali.

Opieka społeczna była i jest. Kwestia asygnat - no, została poruszona, musimy się do niej ustosunkować w sposób jednoznaczny, proszę państwa. Ja osobiście, powtarzam to jeszcze raz, jestem naprawdę rzecznikiem lekarzy i w ogóle pracowników służby zdrowia, mówię tu i o pielęgniarkach, o całym personelu medycznym, który pracuje na wsi.

Obawiam się jednej rzeczy - jeżeli my zrobimy wyłom w kierunku asygnat, za nami pójdą inni. Pójdą górnicy, pójdą hutnicy, pójdą tacy i inni. I to jest moja osobista opinia. I dlatego ja.

Kredyt na zagospodarowanie należy podnieść. On jest w tej chwili śmieszny i to uzupełnimy.

_____:

Czy to znaczy, że na samochód też kredyt?

Ob. Wójcik

Nie wiem w ogóle jakie będą zasady sprzedaży tych samochodów.

Ja nie wiem czy w ogóle będą samochody. Uważamy, że muszą być. Ale kredyty deficytowa do podniesienia.

I to chyba jest ostatnia sprawa.

Ob. Wojtczak:--

Przepraszam bardzo, że się tu włączam w dyskusję, mimo że tekst jest uzgodniony. Ja mam jedno zastrzeżenie, które niestety, muszę się cofnąć 15 lat wstecz. Myśmy takie kursy robili dla młodzieży w z rmg rejonów wiejskich w 1973 i 1974 roku. I niestety, muszę powiedzieć - akademie medyczne nie są najlepszym miejscem, ponieważ i testy są przygotowane przez średnie szkolnictwo. Poziom i wymagania tych akademickich ośrodków są zupełnie inne aniżeli wymogi programu, nawet tego egzaminacyjnego na wstępne egzaminy. I w związku z tym ja mam od razu wątpliwość, bo mnie chodzi żeby to faktycznie był jakiś efekt. Nie przez akademie medyczne, ja zgadzam się przez te organizacje. My musimy wciągnąć to średnie szkolnictwo do tego. Dlatego, że poziom jest zupełnie inny. I tu koledzy studenci prawdopodobnie z własnego doświadczenia mogą to powiedzieć, że nie akademie przygotowują do tego egzaminu. I to jest moje to zastrzeżenie, które chciałem w oparciu o doświadczenia moje sprzed 15-tu lat powiedzieć.

_____:

Jeżeli już się mówi o takich szczegółach, to mogę powiedzieć, że to powinno być jedno i drugie, bo

fizyka, chemia jest co innego, a biologię muszą przygotować w akademii medycznej, bo wymagania są o wiele wyższe niż nauczyciel szkoły średniej mu stawia.

A więc może tutaj połączyć - akademie medyczne i szkoły średnie. Stworzyć po prostu ośrodek z akademii medycznych i szkół średnich.

Ob.~~Dr. Guglas~~ Paweł Kalbarczyk:

Przepaszam bardzo - moja uwaga tutaj co do tego nie została uwzględniona przez pana w pktcie 1-szym "umożliwienie chłopcom po odbyciu służby wojskowej branie udziału w takim kursie".

Przewodniczący:

Tak, to jest oczywista sprawa. Naturalnie.

Jeszcze dr Guglas.

Dr Guglas:

Ja wiem, że musimy kończyć, natomiast my stoimy na stanowisku, że bezwzględnie musimy rozwiązać kwestię asygnat. No dlatego, że my w tym zapisie stosujemy jedno prawo - prawo przymusu do pracy, co chyba nie będzie chlubą tego stołu, że komuś powiemy, że ty będziesz tak długo jeździł aż nie wyjeździsz tego samochodu, bo inaczej nie dostaniesz możliwości jego kupna, bo to jest sprawa przymusu. Ludzie powinni z własnej woli, z poczucia obowiązku jechać na wieś, a tu jest kwestia przymusu. I stoimy na stanowisku nie tylko - proszę dokładnie ten punkt przejrzeć. Jest kwestia bardzo ważna, że stoimy na stanowisku, że nie tylko asygnaty dla lekarzy wiejskich, ponieważ dzisiejsza służba zdrowia to nie jest tylko lekarz mieszkający w ośrodku zdrowia.

Jest to kwestia dojazdu ginekologów, jest to w wielu ośrodkach kwestia dojazdu pediatrów, stomatologów. Musi istnieć higiena szkolna i wiele innych spraw.

Stoimy na stanowisku, że bezwzględnie powinno się państwo wypowiedzieć - mówię że to właśnie wymaga decyzji politycznych odnośnie możliwości zakupu dla podstawowej opieki zdrowotnej samochodów. I stworzenie takiego systemu jeżeli przyzna niskoprocentowe kredyty, które umożliwią podstawowej opiece zdrowotnej możliwość prawda zakupu tego samochodu. Nie dotyczy to także lekarzy tylko proszę państwa. Proszę przypomnieć sobie rok 1980 - porozumienia gdańskie. Tam było to także zawarte.

Proszę państwa, myśmy z wielkim trudem przebiliśmy się w kierunku średniego personelu, tworząc możliwość zakupu samochodów dla średniego personelu, ponieważ pielęgniarka ta także wysoko kwalifikowany pracownik służby zdrowia, to także członek naszej społeczności, która spełnia określone zadania w podstawowej opiece.

Ja nie chciałbym tu już mówić o położnych, które wykonują ogromne zadania. Mówimy z jednej strony o zaszczytnych ideaach, stwórzmy do tych zaszczytnych idei jasną formułę. Jasną formułę możliwości pracy ludzi.

Dlatego też wnoszę, że jeżeli pan profesor wypowiada się tutaj znając środowisko wiejskie, my także spotkałiśmy się ze środowiskiem wiejskim, zresztą robiliśmy program zdrowia na wsi i muszę powiedzieć, że w ubiegłym roku przebadaliśmy w ubiegłym roku ponad 100 tysięcy ludzi, co świadczy o naszych kontaktach z wsią - jest niezbędne zagwarantowanie możliwości wykonywania zawodu na wsi.

Jedną z tych możliwości są płace. Drugą możliwością są warunki poruszania się w terenie. I to stanowi możliwość przyznania asygnat. Dlatego w wypadku, gdyby państwo uzgodnili, prosilibyśmy w tym zakresie o protokół rozbieżności. Dziękuję.

Ob. Trylski:

Ja nie widzę tutaj przymusu pracy. Jest zapewnienie mieszkania , samochodu osobowego do celów służbowych, bądź kredytu na zakup samochodu prywatnego. A więc konkretnie - dlaczego asygnaty, dlaczego forma, która się przeżyła tutaj przez 20 lat i dawały

TW

32/1

ale konkretnie dlaczego asygnaty. dlaczego forma, która się przeżyła tutaj przez 20 lat i dawała preferencje różnym ludziom, dlaczego jeżeli my proponujemy kredyt to znaczy się, że bank da 100 tysięcy złotych a my będziemy je przez 5 lat spłacać. Ja nie widzę w tym nic złego, a asygnata przecież nie jest nic innego jak tylko tą możliwością zakuć bez kredytu.

Ob.....: Jest przymus z obowiązkiem prawy 5 lat. Traktujemy to jako przymus.

Ob.....: W kwestii formalnej. Ja bym chciał może do tego punktu który został przedstawiony przed chwilą a mianowicie czy to jest obowiązek 5 lat. Kochani, musimy sobie jedno zrozumieć, że nie od razu człowiek wchodzi w rytm życia wiejskiego. W związku z tym będzie to pewien ja nie chciałbym powiedzieć tego słowa użyć przymus, ale będzie to przez pewien okres czasu. Przykładowo napotyka w pierwszym-drugim roku na pewne trudności, jakieś nie sprzyjające warunki itd., ale okres mija tej złej pasji tego niezadowolenia i ten człowiek się wczuje w to, wżyje się to w środowisko i po ostatnie.

Natomiast jest to zobowiązanie pewne jak najbardziej Natomiast o ile takiego zobowiązania nie ma po pierwszym niepowodzeniu zabieram walizkę i wychodzę i uciekam Ja nad tym się zastanawialiśmy i s wlrzyliśmy tak zapis i myślę, że on jest jak najbardziej trafny.

I jeszcze jedno - koleżanka moja Zielińska się zdenerwowała wnet mi się zapłakała i prosię jednak pani docent naprawę koleżanka zgłosiła ten wniosek o tej

32/2

młodzieży , żeby tę młodzieżdoksztcić, stworzyć jej warunki. W związku z tym nie odbierajmy damy która wniosła ten wniosek i nie podszywajmy się pod kogoś innego. Ja nie mówię, wnioski każde są dobre, ale nie podszywajmy, że to nazwa. Koleżanka zgłosiła, nie mówiła, że zgłosiła wniosek jest efekt żeby był, żeby zadowoleni byli, żeby ci młodzie ludzie chcieli się przy aymniej uczyć i dostali się na te studia.

Dziękuję.

Przewodnicząca: Mnie naprawdę jest bardzo przykro bo myśmy się bardzo przejęli wypowiedzią pani Zielińskiej. Żeśmy zaraz po psiedzeniu z panią dr Wolek z którą żeśmy się spotkały żeśmy sobie tak pomyślały że byłaby dobra taka właśnie inicjatywa, ponieważ pani to tak powiedziała, a my przywiązałyśmy wagę do pani słów. Uważając, że mówi pani z przejęciem i mówi pani absolutną prawdę. Tak że rozumiemy że tu nie będzie nas ego autorstwa w ofóle w żadnym miejscu.

Prof. Wojtczak: Ja tylko jedno słowo w kwestii formalnej. Panie doktorze Guglas z punktu 2 zaczyna się od słów: celem zachęcenia personelu medycznego do podejmowania pracy w środowisku wiejskim i wszystko dalej

Dr Guglas: ⁺anie proesofze powiedziabo, że niewolnik ⁿ złe ptacune, D⁺Sam peacowałem na wsi w Kaliskim i na wsi w Poznańskim i wiem, że można zapis ten zmienić nie w taki sposób, bo jeżeli człowiek to o czym tutaj mówił kolega z kółek i organizacji rolniczych - my możemy dawać lekarzom którzy posiedzą w-4 lat na wsi pracują, oni się zasiedzieli, są związani ze środowiskiem. Natomiast nie

32/3

twórzmy z tucznych zapisów, że będziemy różne kombinacje w zakresie asygnat używać, które i tak do niczego nie prowadzą bo w sumie i tak ten człowiek powinien ten samochód dostać. Zresztą jest to nasz formalny wniosek, państwo mogą się z nim nie zgadzać.

Przewodnicząca: Państwo przygotowują to sta owisko na następne posiedzenie. Ja chciałabym spytać czy inne nasze dzisiaj zgłoszone - czy te punkty, te 14 punktów czy jest jakąś naszą w całości, czy jest to po prostu zgłoszone nasze punkty.

Prof. Wojtczak: Ja nie chcę dyskutować tych punktów i myślę, że tu są pewne punkty, które wymagają wyjaśnienia bo one są już w ogólnie oparte o realia w związku z tym myślę, że my weźmiemy to przy formułowaniu i damy dla zespołu redakcyjnego, żeby pewne rzeczy przesiał i uwzględnił. Powiedzmy, powołanie zespołu do reformy, on jest przewidziany w dokumencie etak że ja uważam, że to jest potwierdzenie jak gdyby zgoda wejścia tak samo.

Przewodnicząca: Zostawmy tę sprawę, ja z tym się nie zgadzam, ale zostawmy tę sprawę jako nasze postulaty.

Przechodzimy w tej chwili do sprawy kształcenia ja chciałabym udzielić jako pierwszemu głos panu prof. Szczeklikowi. My zrobimy taki blok: pan prof. Szczeklik pan prof. Boron, przedstawiciele studentów i przedstawiciele pielęgniarek, bo w sprawie kształcenia. Ja w tej chwili oddaję przewodnictwo pani mgr Annie Grzymisławskiej

32/4

/Przewodnictwo obrad obejmuj mgr Anna Grzymisławska/

Przewodnicząca: Bardzo proszę pana prof. Szczeklika o zabranik głosu.

Prof. Szczeklik: Pani Przewodnicząca? Szanowni Państwo! W 1980 r. Polska Akademia Nauk opracowała ekspertyzę o stanie diagnostyki klinicznej w PRL. Wniosem był jasny, Rozpoznawanie chorób i ich leczenie pozostało wyraźnie w tyle za krajami rozwiniętymi.

Za główną przyczynę uznano wykształcenie lekarzy i te konkluzje wtedy zapisane przez PAN w 1980 r. dzisiaj nabrały szczegplnej mocy.

Po pierwsze baza dla kształcenia to jest obraz przygnębiający. Zajęcia odbywają się zwykle w rozpadających się szpitalach, brudnych i w trakcie niekończących się remontów. W laborateriach bardzo często o przedpotopowym wyposażeniu, asystenci w trakcie ćwiczeń załatwiają dziesiątki spraw nie mających nic wspólnego z dydaktyką a niezbdnych dla utrzymania w biegu oddziału czy kliniki. Brak jestvsal ćwiczebnych, sal wykładowych, umywałek, toalet. Dla naprawy tego stanu rzeczy muszą nastąpić przesunięcia w budżecie państwa, tak aby wydatki na zdrowie uległy przynajmniej podwojeniu już w ciągu roku. Nie naszą sprawą jest dskutożwać skąd te pieniądze mają być, choć wiem, że te sprawy były już titaż poruszane, ja nie chciałbym do tego wracać bo nie my je rozstrzygamy.

Wyfaje się, że bez tego, bez tej bazy dalsze mówie nie o poprawie kształcenia no staje się nie będzie się mogło zmaterializować.

30/65

Dalej - uniwersytety z których w latach 1950-tych wyodrębniono akademie medyczne były zawsze ośrodkami mobilizującymi oświecającymi a nawet wiodącymi w trudnych chwilach dla kraju. One stanowią naturalny styk tej - doświadczenia i wysublimowanej inteligencji narodu, jaką są jednak profesorowie i asystenci, jest młodością, entuzjazmem i wolą działania, którą reprezentują studenci.

Uniwersytetacj skupia się kształcenie przed i po dyplomowe, a także najważniejsze badania naukowe, o czym nie trzeba zapominać i do czego w ostatniej części krótko nawiążę. Aby szkoły wyższe mogły spełniać swoje zadania muszą być niezależne. Niezależne muszą być władze uczelni i niezależne muszą być organizacje studenckie od zakusów partii, organizacji najrozmaitszych do kierowania nimi. Tę niezależność szkoły wyższe a razem z nimi i Akademie medyczne utraciły w roku 1985 z chwilą wprowadzenia nowej ustawy o szkolnictwie wyższym. Przeciwno tej ustawie bo poprzedziła ją jednak jak na tamte czasy dosyć długa dyskusja, kilkumiesięczna, którą większość z nas zapewne pamięta doskonale, przeciwko tej ustawie protestowały wszystkie senaty szkół wyższych, wszystkie rady wydziałów młodzież, tylko Sejm PRL pozostał głuchy.

Dłuzego mówimy, że uczelnie straciły wówczas swoją niezależność? Uważamy, że bez zmiany ustawy choćby powrotu do ustawy z 1982 roku nie ma mowy o poprawie kształcenia. Znowu tu mówimy wydaje nam się, że to są sprawy zasadnicze tak jak i baza podobnie i z tą ustawą o szkolnictwie wyższym. Zdajemy sobie sprawę, że ustawa na przykład to tylko proszę to traktować jako zdarzenie wtórne z roku

32 1/6

1982 była - nie była ustawą idealną, ale jednak poprzedziła ją przecież półtpraroczne dyskusje w uniwersytetach i to przede wszystkim naszych kolegów prawników humanistów, których myśmy też uczestniczyli i była ona wyrazem jakiegoś rozsądnego komperomisu między aspiracjami szkół wyższych a postulatami rządzącej partii. I jeżeli tej ustawy nie lękali się wprowadzić w warunkach stanu wojennego ówczesny I sekretarz Jaruzelski i ówczesny wicepremier Rakowski, to nie ma powodu ażeby obawiało się ją przwrócić dzisiejszy I sekretarz Jaruzelski i dzisiejszy premier Rakowski.

Można oczywiście dyskutować czy to ona, czy poprawiać byłoby uważam błędem dużym gdyby zaganiać nas wszystkich dzisiaj aby zaczynać nową pracę przez rok, dwa trzy nad kolejną wersją nowej ustawy o szkolnictwie wyższym.

Proszę Państwa! Przysłuchuując się tym obradom ja zauważyłem, że ilektoć tutaj z tej strony stołu mówi się takie słowa jak odpolityczni nie, albo co gorsza mówi się wprost nomenklatura, to wtedy rovi się taka sytuacja jakby chwilami ówiko się o czym by właściwie mówicie, przecież tego nie ma, to są jakieś duchy, to tak właściwie w dobrym towarzystwie o takich rzeczach się nie powinno mówić.

Ja też byłem wychowywany długie lata w takich zasadach żeby takich rzeczy nie mówić, że to właściwie burz jakby ten nastrój, ale przecież trzeba sobie chociaż z niektórych rzeczy zdać sprawę. Zatrudnienie asystentów obsada asystentów na akademiach medycznych odbyła się przez komitety partyjne. To tak wygląda, Przecież my wiemy dobrze ja pracuję też na akademii medycznej i też byłem w rektora-

32/7

cie, są listy i w zeszłym roku na akademiach medycznych ja wiem o trzech, ale ja tego nie badałem, były normalne listy proskrypcyjne. One nie były długie, nie były. One dotyczyły w niektórych akademiach 8 12 nazwisk. Nie wolno było tych ludzi zatrudnić, nikt się nie pytał jak oni się uczyli. Ich nie wolno było zatrudnić - sekretarz się nie zgadzał i to są fakty.

Można mi powiedzieć proszę pana, to było 6 czy 8 miesięcy tem , to się nie powtórzy. Alboż mi powie, że to się nie powtórzy? To są fakty pewne.

Proszę państwa! Jak wygląda sprawa z awansami?

er

33/1

A ktoś mi powie, że to się nie powtórzy? To są fakty pewne.

Proszę państwa, jak wygląda sprawa z awansami?

Dziekan nie wystąpi o awanse. Państwo doskonale, ci którzy są na akademiach, o tym wiedzą. Dopóki nie uzyska zgody egzekutywy. Egzekutywa daje albo nie daje. To przecież są rzeczy doskonale znane.

Można być ponad to i mówić sobie, gwizdam na te awanse. Nieważne jest, czy zostanę w końcu tym profesorem, czy mi dadzą zwyczajną, czy nadzwyczajną, czy coś takiego, ale ludzie są ludźmi i zresztą mają prawo z upływem lat, a jeżeli mają ku temu dorobek, żądać, żeby nie odbywało się to tylko na zasadzie, która naprawdę z polityką nie ma nic wspólnego. Przecież to są często widzimisie, ansy, stare urazy sprzed 15, 20 lat kogoś do kogoś. Co to za polityka? A jednak przecież tak się odbywają te awanse. I to jest fakt, i nie ma co do tego wątpliwości.

Proszę państwa, przecież każda sprawa najdrobniejsza - każda, może przesadzam, ale drobnusienkie sprawy. Asystent jest na stypendium w Stanach Zjednoczonych przez rok, otrzymuje doskonałą opinię z tamtego ośrodka, ma zgodę swojego kierownika kliniki czy katedry. Komisja senacka mówi tak, damy zgodę, ale wie pan co, nie wiemy, co powie sekretarz. Przecież to się tak odbywa. I ja tego nie wymyśliłem. To jest normalnie to, co się dzieje na uczelniach. Jest to sprawa może banalna, bo dziury w niebie nie będzie, czy młody człowiek zostanie na te następne 3 miesiące. Można do tego tak podejść. Ale to jest na każdym kroku. I to my rozumiemy przez to odpolitycznienie.

er

33/2

Ja muszę jeszcze, jeżeli już tak zaczęłem mówić, chociaż chciałem powiedzieć, że nie miałem tego w ogóle w planie, tylko ja się tak przysłuchuję i miałem takie wrażenie, jakby szanowni koledzy z niektórych stron tego stołu ilekroć my o tym wspominamy, to myśleli, że tu się coś wyciąga, coś się przesadza, coś się ta "Solidarność" i jacyś dziwacy do tego przyczepili.

Proszę państwa, a cóż się działo parę lat temu w ~~Kraków~~ tym kraju? Z jaką gorliwością, niestety, także i Ministerstwo Zdrowia usuwało per fas wszystkich ludzi wybranych, albo gross ludzi wybranych przez senaty, studentów z akademii medycznych. Przecież ministerstwo wykazywało niestety, to trzeba powiedzieć, wielką gorliwość w tym.

I proszę mnie dobrze zrozumieć, nami naprawdę nie kierują żadne żale, tylko to są potężne straty dla nauki i dla zdrowia tego narodu. Bo łatwo bardzo wylać, bardzo łatwo wytoczyć nawet sfingowany proces, tylko w to miejsce wchodzi inni ludzie, a ilu tych ludzi odeszło z uczelni, a ilu z nich wyjechało za granicę, a kto to dzisiaj zastąpi, kto za to odpowiada? Czy to nie jest nomenklatura? Dla nas to jest właśnie nomenklatura.

Czy to samo niemię działo się w roku 1968, ~~których~~ kiedy naszych kolegów Żydów wywalano? Dlaczego? Kto nam da gwarancje, że to się nie powtórzy? My chcemy gwarancji prawnych. I jeżeli my mówimy - nomenklatura, ~~odpolitycznienie~~ odpolitycznienie, to ja daję tylko przykłady, które wzięłem od ręki. Ja tego nie miałem przygotowanego. Ja się zorien-

er

33/3

towałem, przynajmniej takie było moje wrażenie, oby ono było choć w części fałszywe, Ale było moje wrażenie takie, że ilekroć nawet z kolegami, których bardzo cenię zawodowo, rozmawiam o tym na przerwie, to wszyscy mówią, nie mówmy o tym, o takich rzeczach się nie mówi, to...

To się wcale nie skończyło, proszę państwa. To się wcale nie skończyło. I jeżeli my to tak akcentujemy, to dlatego robimy - powtarzam to i kończę tą sprawę - nie dlatego, ażeby kierowały nami jakieś złe instynkty, chęć odegrania się, a może - jak to czasem słyszymy w telewizji, może słyszeliśmy, może już nie będziemy słyszeli - przejęcie władzy gdziekolwiek. Jesteśmy naprawdę bardzo od tego dalecy. Ale jesteśmy mocno przekonani, że to jest istota zła w tym systemie, to co się działo i w dalszym ciągu jednak dzieje w tej chwili na naszych uczelniach. A przecież te uczelnie decydują o kształceniu młodzieży.

Ten kaganiec, który nałożono w roku 1985, szczególnie wrażliwie odczuli studenci. No bo przecież w młodości najostrożniej dostrzegamy zło i nędzę świata, najgoręcej marzymy, aby to zmienić, w naturalny sposób chcemy się spotykać, dyskutować. Mamy najprzeróżniejsze marzenia. Przecież te rzeczy pamiętamy. Dlatego myśmy z prawdziwą radością i satysfakcją dowiedzieli się w przerwie tutaj dzisiaj, że wczoraj zapadły decyzje polityczne o rejestracji Niezależnego Zrzeszenia Studentów Polskich. Dlatego, że uważamy, że nikt nie ma prawa spychać młodych Polaków do konspiracji. Mogli być spychani Filareci, Filomaci, musiały działać

er

33/4

w konspiracji Szare Szeregi, ale nie ma żadnego prawa, ażeby to się powtarzało dzisiaj. Dlatego to odnowtowujemy z bardzo wielką satysfakcją.

Koledzy nasi młodszy pewnie powiedzą więcej o różnych propozycjach, które dotyczą programu studiów. Ja świadomie, ani w tym przypadku, ani w przypadku kształcenia poddyplomowego nie zamierzam tu przedstawiać z naszej strony jakichś bardzo szczegółowych zmian programowych. To naprawdę ani nie miejsce ani nie pora na to. Chociaż to są rzeczy ważne i na pewno będą później wymagały przedyskutowania.

Najgłośniej, to co my słyszymy ze strony młodzieży, to jest zmniejszenie zajęć, albo usunięcie czy zmniejszenie zajęć politycznych, ekonomicznych no i ograniczenie wojska. Polityczne... Znowu ja chcę powiedzieć, że przecież - to już jest rzecz do dyskusji - ale nie ulega wątpliwości, że przepowiednie Marksa i jego następców okazały się chybione i sprowadziły na wiele milionów na świecie ludzi nieszczęścia, a nawet śmierć. Czy można ... W tym także i na Polaków. Czy można się dziwić, że młodzi ludzie nie koniecznie chcą być indoktrynowani w tym kierunku?

Z mojego - oczywiście jestem daleki, żeby tu się stawiać za przykład, ale muszę powiedzieć, że lata, które kształcono mnie w historii WKPB, w ekonomiach politycznych, nie przydały mi się absolutnie w niczym w prowadzeniu kliniki, dosyć dużej, którą kieruję - jednego z dwóch największych oddziałów intensywnej terapii w Krakowie. To jest moje indywidualne spostrzeżenie.

Co do wojska nie wiem za bardzo, przypuszczam, że

er

33/5

tutaj koledzy będą mieli swoje propozycje dokładniejsze.

Chcę powiedzieć też taką rzecz, że jał się rozmawia ze studentami, słucha te przedstawiane przez nich dezyderaty, to uderza ogrom spraw, często strasznie drobnych, takich które mogłyby być i powinny być załatwione przez służby administracyjne, ja bym powiedział średniego stopnia na uczelni. To nawet nie rektor musi pewnie załatwiać te masy, które spływają. My to wiązimy, przychodzą te wszystkie życzenia. To nagromadzenie tego typu spraw świadczy dowodnie, że głos studencki w tych sprawach, w których ich dotyczy i w końcu który jest ich życiem, nie jest słuchany.

Przechodzę w dwóch zdaniach do kształcenia poddyplomowego. Nie przedstawiamy świadomie. Bo po pierwsze, szczerze mówiąc, nie mamy tego gotowego. A po drugie - uważamy, że nie jest to pora na to. Nie przedstawiamy jakiegoś opracowanego programu dotyczącego kształcenia poddyplomowego.

Uważamy jednakowoż, że w tym kształceniu powinno odgrywać rolę wiodącą szkoły wyższe, czyli akademie medyczne, że we wszystkich specjalnościach drugiego stopnia należałoby wprowadzić ujednolicony egzamin państwowy o wysokich wymaganiach. I on mógłby być zorganizowany i przeprowadzony w Centrum Kształcenia Poddyplomowego, którego rola zapewne powinna polegać m.in. na tym, aby orientować się w potrzebach państwa odnośnie pewnych specjalności. Sądzę, to jest takie wrażenie, które chyba wielu z nas podtrzymałoby, że ważniejsze dla świadczeń zdrowia w naszym kraju byłoby preferowanie dużych specjalności, interny, chirurgii, pediatrii itd.

er

33/6

A na pewno jednak ograniczenie tych podspecjalności. One są potrzebne w wysoko wyspecjalizowanych ośrodkach, właśnie w uczelniach itd. Rozdmuchiwanie tego bardzo, chyba stanu leczenia zbyt nie poprawi.

I jeszcze na koniec chciałem poruszyć krótko - z kształceniem wiąże się ściśle prowadzenie badań naukowych. Nauką w PRL zawiaduje Polska Akademia Nauk, która spełnia co najmniej cztery funkcje. Po pierwsze - funkcję korporacyjną, tzn. członkowie PAN są zgrupowani w odpowiednich wydziałach. Po drugie - promuje naukę, tzn. że do tego są komitety, i komisje, panoddziały regionalne, idą informacje o osiągnięciach naukowych, sympozja, wyjazdy itd. I te dwie funkcje na ogół odpowiadają temu, co występuje w akademiach nauk innych krajów zachodnich.

Ale nasza Akademia Nauk ma jeszcze dwie dodatkowe funkcje, mianowicie organizuje naukę

rs

34/1

Ale nasza Akademia Nauk ma jeszcze dwie dodatkowe funkcje, mianowicie organizuje naukę, ~~PAN~~^{PAN} pretenduje do roli organizatorski kierunków badawczych we wszystkich szkołach wyższych kraju, ustala wybrane kierunki badawcze, to dawniej plany rządowe, dzisiaj CPRB, a przede wszystkim co najważniejsze daje na to finanse, rozdziela do poszczególnych jednostek badawczych.

No i wreszcie PAN, co jest też swojego rodzaju no dziwactwem, myśmy do tego przywykli, prowadzi własne badania naukowe za pośrednictwem własnych instytutów.

No te dwie funkcje ostatnie, które powiedziałem, odpowiadają raczej strukturze akademii nauk radzieckich, niż akademiom zachodnim.

Wnioski, które chciałbym w tej chwili powiedzieć z tego swojego wystąpienia są następujące:

Po pierwsze uważamy, że niezbędne jest dokonanie przesunięć w budżecie państwa tak, aby wydatki na zdrowie uległy w ciągu najbliższego roku co najmniej podwojeniu, po to, ażeby stworzyć im jaką taką ona będzie wciąż nędzna, ale bazę dla kształcenia przed- i podyplomowego.

Po drugie - nie mamy żadnych wątpliwości, że trzeba uchylić ustawę o szkołach wyższych z roku 1985 i rozważyć, rozważyć, przywrócenie ustawy z 1982 r.

Uważamy, że trzeba przyznać studentom i to powinno być już w tej ustawie, która wróci, albo będzie inna uchwalona, głos stanowiąc w sprawach studiów i życia uczelni.

Sądzimy, że należy wprowadzić zasadnicze korekty do programu studiów, zwłaszcza w zakresie nauczania wojska, przedmiotów politycznych i ekonomii.

rs

34/2

o jest tylko resimé, wierzymy, że trzeba wypracować nowy styl kształcenia podyplomowego, choć tutaj jak powiedziałem jasno nie przedstawiamy sprecyzowanego kształtu tego, tylko bazę tego kształcenia powinny stanowić akademie, szkoły wyższe przy zachowaniu Centrum Medycynym Kształcenia Podyplomowego, które jakby kierowało, zwłaszcza tymi egzaminami specjalizacyjnymi.

No i uważamy, bo to się łączy z kształceniem, a na pewno od tego zależy nauka także w biologii i w medycynie.

Przechodząc już stricte do nauki, uważamy, że trzeba gruntownie zmienić strukturę prowadzenia badań naukowych przez:

po pierwsze - odebranie instytutom PAN funkcji organizowania nauki w wyższych uczelniach kraju.

Po drugie - zrównanie instytutów na PAN w ich szansach na uzyskanie finansów na badania z innymi placówkami naukowymi w kraju.

Wartość naukowa takich placówek powinna być oceniana przez specjalistyczne krajowe komitety naukowe. Są propozycje ażeby na przykład tym zajęła się odrodzona Rada Główna Szkolnictwa Wyższego i Nauki.

Wreszcie zapewne należałoby opracować nową ustawę o PAN mam nadzieję, że o to się upomni sama Polska Akademia Nauk, a w części tej ustawy dotyczącej PAN, jedną z głównych zmian powinno być zniesienie stanowiska sekretarza PAN, który dotychczas działa w randze ministra, nie jest obieralny, lecz mianowalny, jest aniołem stróżem wybranego prezesa PAN i de facto ubezwłasnowalniająco całkowicie. Dziękuję państwu za uwagę.

rs

34/3

Przewodnicząca:

Ja dziękuję panu prof. Szczeklikowi.

Jeszcze chciałam tylko dodać, ponieważ ustawy jak zwykle stanowią, są fundamentem funkcjonowania w ogóle instytucji. Ja chciałam państwu jeszcze przypomnieć tylko, że po 1985 r. przed nowelizacją ustawy o szkolnictwie wyższym toczyła się we wszystkich uczelniach dyskusja ponownie dyskusja nad ten temat. I we wszystkich uczelniach przeprowadzaliśmy ogromną robotę robiliśmy wtedy w tych uczelniach, bo wypełnialiśmy i przedstawialiśmy ankietę, w której pracownicy uczelni wypowiadali się czy rzeczywiście ta ustawa z 1982 r. powinna być nowelizowana.

I proszę, przypominam państwu jaka była wtedy ocena tej ankiety. Wzięło w niej udział około 70 % pracowników wyższych uczelni, uważam, że ogromna liczba, że wszyscy wypowiedzieli się i zdecydowanie dominowało takie stanowisko, że ustawa funkcjonuje trzeci rok, że jest to bardzo krótki okres, jak na funkcjonowanie jakiegokolwiek ustawy, że wyciąganie wniosków z funkcjonowania tej ustawy jest za szybkie absolutnie niedopuszczalne w tak krótkim terminie, i że większość tych 70% wypowiedziało się przeciwko rozwiązaniom, które wtedy były przedstawione jako rozwiązania dyskusyjne, do zmiany ustawy.

Mimo takich stanowisk środowisk akademickich ustawa została znówelizowana, czyli została znówelizowana przeciwko środowisku. Bo jeżeli 70 % wypowiedziało się przeciwko nowelizacji, to rzeczywiście ta nowelizacja była wbrew środowisku.

I teraz muszę państwu powiedzieć, że jest to ogromne

rs

34/4

rozdroże, bo znowu stoimy przed następną nowelizacją.

Nauka jest rzeczą bardzo kruchą uważam, wymagającą ogromnej stabilności i takie zmiany ustaw naprawdę nie sprzyjają ani dobremu funkcjonowaniu uczelni, ani uprawianiu nauki,

I cóż się stało? Tylko dlatego, że głos środowisk akademickich nie został posłuchany, mamy rok 1989 i po trzech latach następnych mówimy znowu o nowelizacji, ponieważ oczywiście tej znowelizowanej ustawy z 1985 r. środowisko akademickie niestety nie zaakceptowało i nie akceptuje do dzisiaj.

Proszę bardzo, pan prof. Baran, proszę uprzejmie.

rs

34/5

Ob. Piotr Boroń:

Ja od razu zgadzam się z panem prof. Szczeklikiem w pierwszym punkcie wypowiedzi, mianowicie, że istnieje pilna konieczność o co najmniej podwojeniu, czy może potrojeniu dotychczasowe, że tak powiem części budżetu na rozwój nauki, szkolnictwa medycznego, no innego oczywiście również, za zarówno w tym na konkretyzujące badania naukowe.

I z pozycji Komisji Ochrony Zdrowia, Rady Krajowej PRON zgadzam się w pełni, publicznie na ten temat się wypowiadam liśmy, że problem obsady stanowisk w życiu publicznym kraju w gospodarce narodowej wyłącznie w trybie konkursów, autentycznych konkursów niezależnie od przynależności partyjnej, światopoglądowej, jakiegś prawda innych uwarunkowań.

Trzecia sprawa, panie profesorze, to ta struktura akademii a powiedzmy Polska Akademia Nauk, a jest jeszcze trzeci człon, mianowicie instytuty naukowe, resortowe. Ię gdybyśmy się przymierzyli do ~~tego~~ tych problemów, to okazuje się, że potencjał ludzki, aparaturowy i finansowy zupełnie jest zwichnięty w stosunku do potencjału w ogóle nauki polskiej i 80 % akademii, czy tam szkolnictwo wyższe, no w tym akademii medyczne, powiedzmy 15 czy przepraszam odwrotnie, Polska Akademia Nauk, a 80 % bazy itd. ma ~~te~~ tylko 15, a 5 % to są te.

W związku z tym ja bym chciał tak jakoś zwrócić uwagę, że te proporcje relacji zaplecza badawczego w tym nie tylko intelektualnego, ale bazy wyposażenia, one wymagają przewartościowania właśnie w takich kierunkach, że naszym powiedziałbym odcinku życia naukowego, akademii medyczne muszą mieć odpowiednią pulę prawda być może przetasowań, bo

rs

34/6

niekoniecznie być może, że to jest tak, że pewne pule ani laboratoryjne są niewykorzystane, ani powiedziałbym nawet finansowe, a skutki efektów no uzyskiwania postępu wiedzy, czy praktyczno-klinicznych rozwiązań no byłyby może lepsze w oparciu o zaplecze naukowe, odpowiednio doposażone akademii medycznych.

Ja proszę państwa, do programu jeżeli chodzi o studia medyczne i mam tutaj przygotowane również przez zespół prof. Tysarowskiego i panią mgr Leytner problemy szkolnictwa średniego medycznego.

Jeżeli chodzi o studia medyczne mam tylko trzy właściwie takie wnioski.

Po pierwsze - idąc w kierunku poprzedniej dyskusji kształtującej reformę w opiece zdrowotnej czy w systemie na rzecz opcji pierwszej pomocy lekarza practitioner, fisiction, czy tam powiedzmy opieki podstawowej, to znaczy zakładamy z góry, że cały ten kompleks działań ma charakter profilaktyczny.

Wydaje mi się, że w programach dotychczas kształtowanych studiów medycznych w Polsce, oczywiście każda specjalność jak byśmy podzielili medycynę profilaktyczną, kliniczno-rehabilitacyjną, coś tam w tej profilaktyce robi.

Ale proszę zwrócić uwagę, największy prestiż w środowisku polskiego społeczeństwa, to nie jest ten lekarz, który swoje życie angażuje na część nazwijmy to profilaktyki zdrowia, promowania, zdrowotnych postaw społeczeństwa, natomiast no każdy z nas jest tam jakimś specjalistą, ten klinicysta jest takim powiedziałbym prestiżowo-odpowiednio ukształtowanym lekarzem w świadomości polskiej.

W związku z tym mój postulat idzie tak, czy do rozważenia, ponieważ jest to rozcłonkowana działalność profilaktyczna kształceniowa w stosunku do studentów, czy nie potworzyć jednostek, które by scalały ten element na zasadzie propozycja zakładu medycyny zapobiegawczej. Wydaje mi się, że w Polsce jest pewien precedens, nie wiem czy Akademia Łódzka Wojskowa nie ma takiego zakładu medycyny zapobiegawczej. Jest to pewna całościowa sprawa idąca trochę pod tą dyskusję, która była w pierwszej części.

I dalsza sprawa.

35/1

Jest to pewna całościowa sprawa, idąca trpczę pod tę dyskusję, która była w pierwszej części.

I dalsza sprawa - proszę państwa - programu studiów. Ja myślę tak, że równocześnie myślimy jak skrócić przedłużające się studia. I no może za mało w programach i możliwościach egzekwujemy tych najzdolniejszych, najzdolniejszą naszą młodzież. Mam nam myśli studia indywidualne i tego, że co dalej? To znaczy jak zatrudniać tychże absolwentów?

Mówię o tym dlatego, że znowu przedstawiam do rozważenia koncepcję, która występuje w niektórych państwach jeżeli chodzi o system kształcenia medycznego. Mianowicie, że można w ramach studiów, oczywiście że się znajdzie pilot tej formy kształcenia. No i zainteresowany student. Ja przepłaszam bardzo, gdyż są tutaj koledzy studenci, ale ja ponad 30 lat czekam na takiego kandydata, który chciałby rozpocząć studia indywidualne z zakresu medycyny. Jest to ciężka sprawa. Ale szanse są jakie? Możliwy skrót studiów - powiedzmy 5 lat czy 4,5 roku. Oczywiście jeżeli to jest człowiek, który musiałby wyczerpać program państwowy, to znaczy że to by się kończyło egzaminem typu państwowego. Bo to daje ostatecznie uprawnienia decydowania o życiu i śmierci człowieka.

Zgłaszam to jako pewną taką sytuację ażeby nasza młodzież wiedziała o tych możliwościach. I oczywiście to by wymagało odpowiedniego również preferowania tej młodzieży. Mam na myśli, jeżeli jest to eliminacja najzdolniejszej młodzieży, a tacy są nam potrzebni, jako przyszli

35/2

nauczyciele akademicki, to znaczy, że równocześnie w systemowym zatrudnieniu tej najdługoletniej młodzieży, która kończy studia w trybie indywidualnym to są ci nasi przyszli asystenci. No ja wiem, odkrywcy itd. żeby jednak te socjalne sprawy były dla nich odpowiednio premiowane.

W innych systemach taki kandydat z góry wygrywa wszystkie konkursy. To znaczy z góry w stosunku do takiego, który ma tam dyplom za 125 a on ma na przykład za 150 pkt

I proszę państwa - drugi problem to jest problem kształcenia medycznego personelu średniego. Ten zespół prof. Tysarowski, pani mgr Leitner, która na pewno jest tutaj znana szerokiemu gremium jeżeli chodzi o szkolnictwo medyczne średnie. My mamy w Polsce co roku absolwentów średniego szkolnictwa medycznego 20.879 , z tego 1000 studiuje w różnych formach - licea medyczne, technika medyczne , szkoły różnego rodzaju zawodowe. I z tego jest około 1000 pracujących. I proszę państwa, ja mam tu sformułowane postulaty, ale chciałbym je tutaj państwu przedstawić z prośbą o akceptację względnie włączenie do przygotowanych projektów.

Po pierwsze - jednak kształcenie personelu średniego wymaga jakiegoś zauważalnego stanowiska sejmowego. Dlatego o tym wspominałem. Dlatego, że jest to dziecko takie między Ministerstwem Edukacji Narodowej a resortem zdrowia. Postulat oczywiście idzie żeby to był nadzór merytoryczny Ministerstwa Zdrowia a Ministerstwo

35/3

Edukacji Narodowej nie jest tak bardzo przygotowane do tego medycznego - nazwijmy to - oddziaływania I w związku z tym wymaga to właśnie włączenia do - jeżeli się w ogóle będzie dyskutować na forum Sejmu - również tego problemu pod kątem widzenia zlecenia oficjalnego patronatu nadzwyjmy to jakiegoś merytorycznego, ustawowego - resortowi zdrowiam

W związku z tym , że decyzją resortu w 1984 roku zostało zlikwidowane Centrum Doskonalenia Nauczycieli Średnich Kadr Medycznych, jest postulat odnośnie rozpatrzenia możliwości takiej jak gdyby restrukturyzacji tego ośrodka , ponieważ praktycznie biorąc w skali kraju nie ma w tej chwili żadnego centralnego ośrodka, który by się tym zajmował. Oczywiście jest departament nauki i szkolnictwa naszego resortu, ale z tych rozeznań zaangażowanych i środowisk nauczycielskich i powiedziałbym - ludzi, którzy się zajmują tą problematyką wynika ta konieczność. Oczywiście, że istnieje cały szereg uwarunkowań. To jest problem i kształcenia nauczycieli, ~~który~~ pedagogów, którzy by niejako uczyli tą młodzież. Tu jest również dyskusyjny problem i mam to odpowiednio zakodowane jeżeli chodzi o wyższe studia pielęgnarskie, które w jakiejś wersji również ten profil profilaktycznej działalności w otoczeniu lekarza rodzinnego, czy prawda tego pierwszego pomocy, czy pierwszego styku zabezpiecza, Ale w każdym bądź razie wydaje mi się i zgłaszam tu to jako pewien postulat o poparcie tej problematyki w jakim sensie? W sensie przeglądu aktów dotychczas stosowanych, które stwarzają warunki do rozwoju tegoż kształcenia

35/2 4

personelu średniego.

Po drugie - weryfikacji, Po trzecie - oczywiście sygnalizuję pewne niebezpieczeństwo, że w ramach ustawowych przekazów do rad narodowych i władz samorządu terytorialnego istnieje takie realne niebezpieczeństwo, że szkoły o charakterze międzywojewódzkim, no przekraczającym w każdym razie zasięg jednego województwa, trochę będą spychane w zależności do tych interesów regionu. Województwo ma dosyć personelu medycznego średniego, to oczywiście nie obchodzi go to co w innych województwach się dzieje. W związku z tym też postulat żeby w tego rodzaju programowaniach i strukturach organizacyjnych jednak w tej ewentualnej ustawie sejmowej poświęconej temu u problemowi również było to zasygnalizowane.

Dziękuję uprzejmie.

Przewodnicząca:

Dziękuję bardzo. Ja poproszę pana Kalbarczyka o zabranie głosu.

35/5

Ob. Kalbarczyk:

Jeśli można, to ja chciałbym zaznaczyć, że nasza wypowiedź moja - Paweł Kalbarczyk i Janusz Reguła Akademia Medyczna Gdańsk VI rok.

Będziemy tę wypowiedź traktować jako jedną całość.

Jesteśmy przedstawicielami Ogólnopolskiego Porozumienia Niezależnego Zrzeszenia Studentów Akademii Medycznych, zrzeszającego NZS-y dziewięciu akademii i będącego częścią ogólną krajowego NZS.

Chcielibyśmy podziękować stronie opozycyjno-solidarnościowej za zaproszenie nas do udziału w dyskusji nad reformą kształcenia kadr medycznych. Rozumiemy to jako umożliwienie nam studentom twórczego udziału w tworzeniu nowego modelu nauczania w akademiach medycznych.

Do tej pory postulaty studenckie dotyczące konieczności zmian i propozycje programowe ich przeprowadzenia były niestety ignorowane tak przez ministerstwa, jak i władze większości akademii medycznych. Uważamy, że studenci mają prawo a zarazem obowiązek zabierać głos w sprawie problemów nauki, problemów uczelni oraz oceniać metodę i skuteczność procesu dydaktycznego.

Od wielu lat powszechnie o studiach medycznych mówi się źle. Po wyczerpującym 6-letnim okresie nauki absolwenci opuszczają akademię medyczną niedostatecznie przygotowani praktycznie do pracy i bezpośredniego zetknięcia z chorym człowiekiem.

Leczenie ludzi to nie tylko zawód, lecz także powołanie. Sądzymy, że kształcenie medyczne oprócz

№ 35/6

zapewnienia wiedzy fachowe powinno kształtować osobowość i postawę moralną, uczyć samodzielnego logicznego myślenia i umacniać w przyszłych lekarzach postawę humanistyczną.

W obecnej formie studia medyczne są w przeważającej mierze pamięciowym opanowywaniem bardzo szerokiego materiału teoretycznego często o wąpliwej przydatności w późniejszej praktyce lekarskiej.

Skutkiem tego jest narastające zniechęcenie studentów tak do samych studiów, jak i do zawodu. Nie bez znaczenia są tu też mizerne perspektywy zarobków młodego lekarza i zła organizacja służby zdrowia.

Widzimy potrzeby radykalnej reformy studiów medycznych w następujących dziedzinach: autonomia i samorządność uczelni, dydaktyka, w tym szkolenie wojskowe, problemy socjalne, nakłady na kształcenie medyczne.

Ze względu na charakter dzisiejszych obrad ograniczymy się tylko do spraw dla nas najistotniejszych:

Jako bezwzględną podstawę wszelkich dalszych reform kształcenia uważamy zmianę ustawy o szkolnictwie wyższym. Wprowadzona w 1985 roku - mimo protestów społeczności akademickiej - obowiązująca do dziś ustawa o szkolnictwie wyższym ma charakter kagańcowy i znosi większość demokratycznych praw, będących tradycją polskich uczelni. Za niezbędne minimum na najbliższy okres uważamy jej nowelizację.

Nowa ustawa powinna mieć charakter ramowy i powinna prowadzić do:

35/7

- 1/ samorządności szkolnictwa wyższego poprzez zwiększenie uprawnień stanowiących organ kolegialny,
- 2/ samorządności studentów Samorząd studencki powinien działać na podstawie ustalonego przez siebie regulaminu zgodnego ze statutem szkoły, a także decydować w sprawie pomocy materialnej i rozdziału środków na cele studenckie.
- 3/ Decentralizacji decyzji przez znaczne przesunięcie uprawnień stanowiących ministra do władz uczelni,
- 4/ pełnej wybieralności ciał kolegialnych i organów 1-osobowych szkół wyższych poprzez zniesienie uprawnień ministra do wyrażania sprzeciwu wobec kandydata na rektora, bądź rektora-elekta,
- 5/ zapewnienia takiej reprezentacji wszystkich grup społeczności akademickiej w organach kolegialnych szkolnictwa wyższego, które umożliwiłyby współdecydowanie w sprawach, które je dotyczą.

Tu propozycja NZS-u jest następująca: aby młodszy pracownicy naukowcy i studenci łącznie w senatach stanowili 40 proc. Stosowna

- 6/ stosowania wyłącznie kryteriów merytorycznych w zarządzaniu i polityce kadrowej szkolnictwa wyższego¹.

Za niedopuszczalną uważamy jakąkolwiek ingerencję czynników politycznych w sprawy wewnętrzne szkół wyższych.

Opowiadamy się za pełną wolnością stowarzyszania się. Dlatego postulujemy o przekazanie władzom uczelni prawa do rejestrowania organizacji uczelnianych, wydziałowych i innych, prowadzących działalność na terenie szkoły wyższej.

35/8

Jako odrębną stawiamy tu kwestię rejestracji faktycznie istniejącej ogólnopolskiej organizacji Niezależne Zrzeszenie Studentów. Jest to podstawowy wymóg dla uwiarygodnienia szeroko reklamowanej gotowości i wprowadzenia w życie pluralizmu politycznego na terenie uczelni.

Administracyjne tłumienie aktywności studenckiej. Właśnie na akademiach medycznych idzie o taką aktywność szczególnie trudną. Uznajemy za wyjątkowy przejaw arogancji wobec środowiska studenckie.

Ja może będę kontynuował - Janusz Reguła:

Uważamy, zostało to zresztą tutaj powiedziane, że baza dydaktyczna akademii medycznych jest zbyt szczupła i

rs

36/1

Ob. Janusz Reguła:

Ja może będę kontynuował, Janusz Reguła.

Uważamy, zostało to zresztą tutaj powiedziane, że baza dydaktyczna, Akademii Medycznych jest zbyt szczupła i przestarzała. Ponadto sądzimy, że o limicie przyjęć na Akademie Medyczne powinien decydować senat, dlatego, że praktyka ostatnich lat, która powodowała zwiększanie liczby przyjętych studentów niedostatecznie do bazy, i bez wzrostu nakładów, no prowadzi do spadku poziomu kształcenia.

Uważamy, że nauczyciele akademicki są źle wynagradzani. Nie ~~jest~~ istnieje system motywujący najlepszych nauczycieli. Zasada pensum dydaktycznego nie pozwala nam przyjmowanie młodych, zdolnych pracowników. Uważamy za celowe i konieczne, przyjęcie bazy wiadomości, których opanowanie jest niezbędne dla absolwenta medycyny oraz takie opracowanie toku studiów, aby widoczna była ciągłość nauczania, a celowość istnienia każdego przedmiotu na danym roku i w danym zakresie, była niezaprzeczalna.

Proponujemy, by reforma dydaktyki zmierzała w następujących kierunkach:

Po ~~przede~~ pierwsze - ograniczenie przedmiotów tak zwanych humanizujących i społeczno-politycznych do trzech dowolnie wybieranych przez studenta.

Po drugie - nauczanie przedmiotów przedklinicznych służyć winno przyszłej wiedzy lekarskiej, a nie być celem samym w sobie.

Wnosimy o zmiany programowe i redukcję takich przedmiotów jak: biofizyka, chemia ogólna, biologia ogólna.

Natomiast należy położyć nacisk, większy nacisk na immunologię, genetykę molekularną oraz poszerzyć program psycho-

rs

36/2

logii lekarskiej.

Uważamy za niezbędne zreformowanie zajęć z pierwszej pomocy medycznej tak, aby najpóźniej po drugim roku student był w stanie rzeczywiście udzielić pomocy w nagłych stanach zagrożenia życia.

Po trzecie - modernizację nauczania przedmiotów klinicznych, by umożliwiały one - taka modernizacja, która by umożliwiała zwiększenie czasu przebywania przy łóżku chorego. Student powinien brać czynny udział w procesach diagnostyczno-terapeutycznych kliniki, a na starszych latach mieć nawet możliwość prowadzenia chorego pod okiem asystenta,

Komisje dydaktyczne NZS-ów na poszczególnych uczelniach opracowywały szczegółowe dla każdej uczelni programy.

Za niezmiernie ważne uważamy szybkie przeprowadzenie radykalnych zmian w studiach wojskowych Akademii Medycznych. Lekarze, którzy znajdują się na tej sali chyba pamiętają kształcenie, swoje kształcenie w takich studiach i wywołuje to najczęściej śmiechy. Sprawa ta bulwersuje całe środowisko od wielu lat.

Niezbędna jest redukcja zakresu czasu trwania szkolenia i ukierunkowanie go na przedmioty medyczne. Szczegółowe propozycje załączamy.

Niestety, praktyka pokazuje, że departament obrony przy ministerstwie, który jest jakby nieco niezależny od ministerstwa, ignoruje nasze postulaty. Spowodowało to między innymi bojkot zajęć wojskowych na Akademii Medycznej w Poznaniu.

Departament ten opóźnia decyzje o minimalnych nawet dotąd zmianach w szkoleniu o 2 miesiące przynajmniej w porównaniu z innymi uczelniami.

rs

36/3

Toczą się prace nad nowym programem zajęć studium wojskowym w tym departamencie.

Domagamy się konsultacji tego programu z przedstawicielami samorządów studenckich, delegatami na Ogólnopolskie Porozumienie Samorządów Studenckich Akademii Medycznych.

Dziękuję.

Przewodnicząca:

Dziękuję bardzo.

Ja chciałabym jeszcze na zakończenie tych wypowiedzi kolegów z NZS, przedstawić państwu postulat dotyczący zastępczej służby wojskowej dla studentów Akademii Medycznych.

I od razu przedstawiam propozycję.

Podzespół do spraw zdrowia popierając wniosek NZS Akademii Medycznej w Warszawie uważa za zasadne stworzenie możliwości pełnienia zastępczej służby wojskowej dla studentów Akademii Medycznych.

Student, który ze względów ideowych odmawia służby wojskowej, winien począwszy od najbliższego poboru być kierowany na czas równy okresowi służby do pracy w rejony kraju, cierpiące najdotkliwiej na brak lekarzy, przede wszystkim na wieś.

Poza względami humanitarnymi z proponowanym rozwiązaniem przemawia fakt, iż przyczyni się ono w pewnym stopniu zmniejszenia deficytu lekarzy wiejskich. Zasada ta winna obowiązywać już od najbliższego poboru.

Taka jest propozycja. Jeżeli państwo się przychyli, to złożymy to do protokołu.

Ob. _____:

Dyskusję na następnym posiedzeniu w tej sprawie, bo będziemy mieli sprawę wojska przecież jeszcze.

rs

36/4

Przewodnicząca:

Czy pan profesor chciałby?

Ob. ~~Grajcarek~~ Ob.:

Nie do tego punktu, w ogóle chciałem sprawę szkolenia, ale do tego punktu ~~w~~zwilowo nie, dlatego że on może się okazać nieaktualny zupełnie, po prostu.

Przewodnicząca:

Rozumiem, że w takim razie odkładamy to do następnego spotkania jako postulat, który jest.

W kolejności głosów proszę bardzo, panią Annę Grajcarek.

rs

36/5

Ob. Anna Grajcarek:

Spórbuję przedstawić stanowisko mojego środowiska, środowiska pielęgniarek w sprawie szkolnictwa pielęgniarskiego, bo to nie jest tylko średnie medyczne.

Sytuację możemy uznać za złą. Propozycje, które chciałam przedstawić są jakąś taką próbą wyjścia z tej złej sytuacji. U podstaw tych propozycji ~~leżały~~ leżałoby właściwie takie podstawowe założenie, że sprawami pielęgniarstwa powinny zajmować się pielęgniarki dobrze wyszkolone, z dużym doświadczeniem zawodowym. Właśnie pielęgniarki. I w szkołach pielęgniarskich, w średnich szkołach medycznych właściwie to one ~~one~~ powinny nadawać ton, bo zrobią to najlepiej, dużo lepiej nawet niż doskonały menedżer czy wspaniały prawnik. To byłaby jedna taka rzecz. Wobec czego te szkoły powinny podlegać no Ministerstwu Zdrowia, a nie oświacie. Bo to by było logiczne wtedy. Nauczyciele w tych szkołach, no to przede wszystkim funkcjonujący w zawodzie właśnie osoby funkcjonujące w zawodzie. To musiałoby się wszystko wiązać właśnie teoria z praktyką.

A same szkoły. Zdefiniowanie o różnicowanym poziomie przygotowania zawodowego. Grupa wiodąca, o najwyższych kwalifikacjach, czyli szkoły wyższe, wokół tej sprawy jest jakby najwięcej jakiś takich uprzedzeń i nieporozumień. Ale jeżeli tą sprawą zaniedba, to może się zdarzyć tak, że sprawę dobrego pielęgniarstwa w naszym kraju znowu trzeba będzie odłożyć na wiele lat, bo właściwie tam jest miejsce do rozwoju tego.

Podstawową grupą są osoby ze szkół średnich i pomaturalnych. I zdecydowanie kształcenie w tych szkołach jest

rs

36/6

za krótkie. Kiedyś było, mimo że postępy nauki były nieco mniejsze, dłużej trwała nauka, teraz skrócono tą naukę i to też no nie jest prawidłowe.

I trzecia grupa, czyli kiedy mówię o różnicowaniu, tych szkół, to byłoby kształcenie na poziomie zawodowym. Czyli do pracy na stanowiskach nie wymagających wysokich kwalifikacji, proste czynności mogłyby wykonywać absolwentki szkół asystenckich, asystentek, pielęgniarek, higienistek, szpitalnych.itp.

Takie zróżnicowanie jest uzasadnione ekonomicznie i racjonalnie.

I teraz druga sprawa, którą należałoby zmienić, to znaczy zmiana kierunku kształcenia. W Polsce praktycznie przygotowuje się głównie do pracy w szpitalach, a niemal zupełnie zrezygnowano z ukierunkowania na podstawową opiekę zdrowotną. Mimo że i zapotrzebowanie i doświadczenia innych krajów no mówią o zupełnie czymś innym.

Też dlatego zupełnie nie spełnia swojego zadania tak zwana otwarta opieka zdrowotna, ponieważ nie kształci się w tym kierunku.

A same szkoły. Ukierunkowanie opieki nad, znaczy a co należałoby ~~zax~~ zrobić, czyli ukierunkowanie opieki nad zdrowiem człowieka a nad profilaktyką. Po prostu tego się nie robi. Jest opieka nad człowiekiem zdrowym, przygotowanie na przykład do porodu w rodzinie, czy higiena szkolna.

Zupełnie u nas nieznana opieka nad chorym w domu, co nie tylko poprawia komfort psychiczny pacjenta, ale również znacznie zmniejsza koszty leczenia. Ale to się wiąże z poszerzeniem zakresu działań pielęgniarskich w opiece

rs

36/7

zdrowotnej, a nie tylko wykonywanie zleceń i roli sekretarki.

Natomiast szkoła przygotowuje do podporządkowywania, unikania odpowiedzialności, co w efekcie programowo zabija aktywność i samodzielność.

I chciałam powiedzieć tutaj o takim sondażu, który przy jakiejś tam okazji zrobiłam z przyjaciółmi w 1985 r. kiedy właściwie zainteresowałam się bliżej tą sprawą szkół średnich i medycznych, kiedy okazało się, że 50 % uczniów, którzy rozpoczynają naukę, rzucają tę szkołę, Spróbowaliśmy się przyjrzeć, kto zostaje, a kto odchodzi. I wtedy okazało się coś bardzo niepokojącego. Mianowicie niewielki procent tych uczniów

TW

37/1

i wtedy okazało się coś bardzo niepokojącego, mianowicie nie wielki procent tych uczniów odchodził ze względu na złe wyniki, natomiast zdecydowaną większość stanowiły osoby nie skłonne do podporządkowania się, czyli no po prostu osoby z charakterem.

I czyli ta lepsza część jakby ej szkoły. I naszym przypadku żeby w szkoły średnie medyczem nie są atrakcyjne jeżeli jeszcze do tego dołoży się, że odchodzą od nich ta lepsza część, bo to jest to zjawisko niepokojące i wydaje mi się, że warto właśnie to zmienić.

Jeszcze mogłabym dodać, już nietupeknie związaną z samą szkołą, ale z brakiem jakichkolwiek praktycznie szkolenia podyplomowego i specjalistycznego, że to jest też nieporozumienie przy tym - zmianach, jakie są w świecie przy tym postępie nauki no to jest to zaniedbanie naprawdę ogromne.

Ob.....: Czy pani przewodnicząca pozwolik mi skomentować wypowiedź pani Anny Grajcarek. Ja tylko bardzo krótko. Mnie się wydaje, że my wszyscy jesteśmy zmęczeni, uwaga jest już taka rozproszona, ale to co mówiła pani Anna Grajcarek w wielkim skrócie o szkoleniu pielęgniarek jest czymś niezwykle ważnym. My spróbujemy przygotować to w formie takiej też troszkę terminarzowej i bardziej konkretnej, to wszystko były konkrety, tylko że tak powiem w punktach, dlatego, że tutaj jest uwypuklenie to o czym ja bardzo często mówię przy różnych spotkaniach ze środowiskiem służby zdrowia, że u nas właśnie pielęgniarka jest tym czymś podporządkowanym i nie ma w ogóle perspektywa kariery. Bo nie chodzi mino to, że może być tam pielęgniar

37/2

ką przełożoną czy kimś takim, ale nie ma perspektywy takiej realnej kariery, że o czymś decyduje i tutaj jest kilka postulatów niezwykle ważnych. Ja bym chciała na to państwa uczulić jak również to szkolenie podyplomowe pielęgniarek wydaje mi się, że musimy to bardzo szybko o przynajmniej od 1990 roku jakoś spróbować ująć w ramy organizacyjno wykonawcze.

Tylko yle chciałam powiedzieć.

Prof. Szymczykiewicz:

Szanowna Pani przewodnicząca! Szanowni Państwo! O radujemy tu już dość długo zmierzamy do końca i nikt nie poruszy do tej pory tak ważnej sprawy jak kwestie instytutów naukowych badawczych resortu zdrowia. Jak wiadomo jest tych instytutów 17, to jest kilka tysięcy osób o bardzo wysokich kwalifikacjach i działalność tych instytutów jest bardzo głęboko wbudowana w działalność służby zdrowia Pełnią one przede wszystkim trzy podstawowe funkcje: przede wszystkim proces leczniczy i to bardzo wysoka kwalifikowany, mają wysoką kadrę, mają sporo łóżek i nie będę tu wylażał instytutu jak pediatrii, kardiologii wiele innych itd.

To jest pierwsza funkcja, którą te instytuty spełniają. Druga to jest funkcja dydaktyczna, Przecież proszę państwa ciężar szkolenia podyplomowego i specjalizacji lekarzy w dużej mierze spoczywa na barkach tych instytutów.

I trzecia działalność to jest działalność naukowo badawcza, która jest w pewnym sensie kołem naodgiętem posępu w naszej służbie zdrowia. Proszę pamiętać, 17 - 6 centralnych programów badawczo-rozwojowych a więc programów naj-

37/3

syższej rangi w zakresie ochrony zdrowia jest realizowane i koordynowana przez instytuty naukowo-badawcze resortu zdrowia.

Niestety ostatnio instytuty te znalazły się w dosyć przykrewj sytuacji i jeżeli sprawa nie ulegnie poprawie to można prorokować, że za kilka lat te instytuty umrą śmiercią naturalną. Proszę państwa nastąpiła bardzo wysoka podwyżka w służbie zdrowia - niestety nie dotknęła ona pracowników naukowych instytutów resortowych, badawczych, które są na siatce naukowo-technicznej bardzo starej i właściwie są na rozrachunku własnym, instytuty są na rozrachunku własnym i służba zdrowia stanowi tylko część tych instytutów i jest ona finansowana oczywiście z budżetu resortu zdrowia a więc wszyscy pracownicy instytutów będący a suatce sż żby zdrowi oczywiście uzyskali tę podwyżkę, którą uzysjali lekarze. Nie uzyskali tej podwyżki pracownicy na siatce naukowo-badawczej, a to z kilku przyczyn, ok której za chwilę posiem i sytuacja wytworzyła się taka - że różnica teraz między prawnikami często wykonującymi te same czynności zazębiające się ze sobą wynosi 30-40 tysięcy złotych.

To sprawai, że po prostu ludzie zaczynają z instytutów odchodzić i to nie tylko wysoko kwalifikowana kadra ale również kadra inżynieryjno-techniczna, techniczna laborancka itd. Co limituje powiedzmy tę sytuację? Otóż instytuty są na rozrachunku gospodarczym traktowane jak przedsiębiorstwa, tak jak fabryka butów, fabryka groździ czy jakakolwiek inna podlegająca tym samym restrykcjom

37/4

gospdarczym, płacimy te same pdatki, co te przedsiębiorstwa itd.

Natomiast finanse biorą się po prostu z prac badawczo-naukowych wykonywanych centralnych programach badawczo rozwojowych. Sytuacja jest w tej chwili paradoksalna o tyle, że koszty z roku na rok rosną mniej więcej około 80%, w wyniku po prostu wdrożenia opału, zużycia światła, gazu, telefonów, ja mogę podać płytę selenową do kserografu która kosztowała w roku ubiegłym 1000 złotych dziś kosztuje 7 tysięcy, a więc 7-krotny wzrost w ciągu roku.

Tak że ogólne koszty utrzymania instytutów rosną z roku na rok gdzieś około 80% natomiast rewaloryzacja nakładów na naukę w centralnych programach badawczych i rozwojowych, a są to pieniądze postępu technicznego i wdrożeń, nie panie prof. Szczeklik z Akademii Nauk, ale zupełnie innego źródła, są rewaloryzowane w zeszłym roku w 30%, w tym roku jeszcze nie wiadomo ile a podobno mają być rewaloryzowane w 40%, co w zaledwie połowie pokrywa koszty utrzymania instytutów, nie licząc pieniędzy, które można byłoby przeznaczyć na podwyżkę do warównania tym pracownikom przynajmniej do poziomu albo w skali akademickiej albo przynajmniej w skali służby zdrowia.

Co więcej kredytowanie teraz z finansowania nauki odbywa się na zasadach kredytowych, to znaczy koordynacja^{teraz} rozliczają tematy pod koniec roku a trzeba je realizować od stycznia na kredycie bankowym, który w tej chwili wynosi 65%, czyli 65% tych i tych szczupłych funduszy na naukę jest przechwytywane przez banki, czyli banki żywią się

37/5

pieniężni przeznaczonymi na naukę.

Ja już nie ówie o innych restrykcjach, jak na przykład możliwość podniesienia uposażenia tylko o 40% w stosu ku do bazy przyjętej za 100 jak we wszystkich inbych instytucjach. Ta sytuacja nie wróży nic dobrego i jeżeli nie ulegnie jakiejś poprawie to instytuty będą z roku na rok coraz bardziej się k rozyć i kiedyś się obudzi my za kilka lat nagle, że nie ma instytutów naukowo-badaw czych w resorcie zdrowia.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca: Dziękuję bardzo.

Ja bardzo proszę pana profesor Żochowski.

Prof. Żochowski: Dziękuję bardzo, Ja w ogóle nie wiem czy ja mogę zabierać głos, bo jest tak późno wszyscy są zmęczeni ale proszę państwa myśmy chcieli przedstawić kilka konkretnych prepozycji. My tutaj mówimy o próbach reformowania szkelenia podyplomowego przeddyplomowego mówimy ogónikami właściwie w większości o wszystkim stronom są to rzeczy znane i dobrze wiemy, jakie mamy kłopoty z bazą, dobrze wiemy, jakie mamy kłopoty z finansami ale może byśmy spróbowali zaprponować jakieś rozwią ania, które by dotyczyły w ogóle całego programu szkolenia. Zaczalbym może żeby to było bardzo krótko, ale od samego systemu rekrut cji.

Ja osobiście nie jestem przekonany, że system rektu racji na srudia akademickie jest systemem dobrym. Uważam i poddaję dp zastanowienia się czy nie możpna byłoby zasta nowić się nad ~~razem~~ ^{rokiem} przysposobienia szpitalnego ewentualnie rokie zerowym , który może być realizowany bez udziału

er

30/1

który może być realizowany bez udziału Akademii Medycznej na poziomie ZOZ lub szpitala, stanowiący pewną formę praktycznego, permanentnego sprawdzania predyspozycji do zawodu. A przy okazji zapewnienia w danej jednostce służby zdrowia 8-miesięcznego pracownika paramedycznego, wykonującego pracę sanitariusza i salowej.

Byłby to pewien test przygotowawczy. I nie zgadzam się generalnie i nikt nie jest w stanie przekonać, że do takiego zawodu jak medycyna, mimo najlepszej formy sprawdzania egzaminu testowego, można przyjmować ludzi bez sprawdzenia ich predyspozycji psychicznych. Jeżeli nie możemy przyjmować tak ludzi na SGPiS, nie możemy przyjmować tak ludzi do Wyższej Szkoły Morskiej, bo im się powierza statek, im się powierza ekonomię, a możemy tak przyjmować ludzi do szkół medycznych, to ja tego nie rozumiem.

Druga sprawa, o której chciałem powiedzieć, że nie istnieją zupełnie kryteria zdrowotne, nie są brane pod uwagę w przyjmowaniu ludzi na studia. Do czego dochodzi? Dochodzi do takiej sytuacji, że na stomatologię przyjmujemy leworęcznych w momencie kiedy wiadomo, że nie będą mogli wykonywać zawodu. Z 4 tys. przebadanych osób akademii medycznych w Warszawie u 64 stwierdzono objawy choroby psychicznej. Nie istnieje kwalifikacja zdrowotna w chwili obecnej do przyjęcia na studia.

To byłaby sprawa przyjęć na studia. Sprawa szkolenia przeddyplomowego, to co mówią koledzy, panowie z NZS i te pewne ich propozycje, właściwie Ministerstwo Zdrowia już

er

38/2

pewne kroki poczyniło w tym kierunku. Dziękują dwie komisje. Jedna komisja- zespół ds. kształcenia, który zajmuje się ewentualną zmianą studiów. Ale my widzimy takie możliwości. Po pierwsze - należy - i tak uważamy - ograniczyć ilość godzin na studiach, dlatego że tydzień dydaktyczny jest absolutnie zbyt przeładowany. I zmniejszenie w chwili obecnej do 5.400 godzin w naszym pojęciu jest ciągle cyfrą za wysoką.

Po drugie - na pierwszych latach istnieją możliwości skomasowania przedmiotów nauczania, nauczanych uprzednio w szkole średniej albo w ogóle ich wyeliminowania. W ten sposób idąc logicznie, moglibyśmy wyrzucić w ogóle z nauczania na studiach pewne tematy przerabiane w szkole, a np. biofizykę kończyć z technikami, chemię ~~z~~analitiką toksykologię z medycyną sądową, fizjologię z patofizjologią, nie mówiąc o pewnych gałęziach, które w ogóle są powtórzeniem i mogą być z pierwszego roku usunięte.

W tym układzie stworzyłyby się możliwości wprowadzenia albo zwiększenia zdecydowanie liczby godzin na takich kierunkach, które dotąd są w akademiach naszych albo w ogóle nie wykładane, albo traktowane po macoszemu. Myślę o pierwszej pomocy z elementami pielęgniarstwa, medycynie pracy i medycynie środowiskowej, ekologii, medycynie zapobiegawczej i ekonomice zdrowia, psychologii klinicznej z uwzględnieniem zaburzeńwiralnych i medycynie ogólnej jako że medycyna ogólna w chwili obecnej jest rozproszona pomiędzy czterema głównymi kierunkami nauczania i właściwie

er

38/3

jest źle uczona. Nieprzygotowywani są studenci w tym kierunku.

Generalnie mówić, że nawet w tej chwili są źle szkoleni studenci w Polsce, ja bym się nie odważył. Tzn. wydaje się, że mogliby być szkoleni lepiej, ale dzięki nadludzkim wysiłkom kadry, która czasami pracuje w złych warunkach i w złych programach, fakty są takie, że jeśli chodzi o zdawalność - to strasznie brzydkie słowo - egzaminu i SFMG, to Polska jest na drugim miejscu na świecie. Czyli z tym szkoleniem nie jest tak najgorzej, jeżeli bierzemy wszystkie nacje, które podchodzą do zdawania tego egzaminu.

Przedmioty ogólne, o których państwo mówili. Zdajemy sobie sprawę, że w chwili obecnej ten system 6 przedmiotów ogólnych na medycynie jest nie do utrzymania, jest niepotrzebny. Wydaje się, że istnieje możliwość zmniejszenia tego do 270 godzin w skali rocznej, z zachowaniem rozdziału, albo dwa przedmioty narzucane przez radę wydziału plus jeden wybierany przez studenta, czy ewentualnie odwrotnie. Jeden narzucany, dwa wybierane.

My byśmy proponowali dwa wybierane... dwa narzucane, z tego jednym byłby - etyka lekarska i deontologia, a drugi historia i prepedeutyka medycyny. Pozostałe fakultatywnie do wyboru. Poddaję pod państwa zastanowienie się, czy tzw. przedmioty humanistyczne, co do których nauczania mamy pewne wątpliwości ze względu na kadre, którą dysponuje akademie medyczne, nie mogą być nauczane fakultatywnie, na uniwersytetach. W prawach wyboru studenta, czym się chce

er

38/4

zajmować? Jeżeli interesuje go teatrologia, nie widzę powodu, dlaczego nie ma się uczyć tego trzeciego przedmiotu, teatrologii.

Jeżeli chodzi o szkolenie.. jeżeli chodzi o lektoraty, propozycja nasza szłaby w tym kierunku, żeby lektoraty kończyły się egzaminem państwowym i żeby osoby, które zdają^{na} egzamin państwowy, przed zakończeniem lektoratu mogły ten lektorat w ogóle nie uczęszczać. Po prostu egzaminy państwowe z dwóch języków załatwiają sprawę, czy lektora kontynuujemy, czy nie.

Szkolenie wojskowe, obronne. Temat w moim pojęciu ^{nie/} w tej chwili powinien być omawiany. Na pewno wymaga pewnej korekcji. Widać w tym programie brak takich tematów, jak szkolenie w kierunku medycyny katastrof, klęsk żywiołowych i awarii przemysłowych. To są rzeczy, które akurat mogłyby w szkoleniu wojskowym i obronnym być o to rozszerzone kosztem wyeliminowania pewnych innych rzeczy.

Jeśli chodzi o staż podyplomowy, propozycja zawarta tutaj w kierunkach ~~mag~~ reformy przez ministerstwo jest trochę inaczej ~~mak~~ w tej chwili to proponowane. Działka komisja ds. stażu podyplomowego i egzaminu państwowego. Proponuje się jednoroczny staż podyplomowy faktyczny, a nie fikcyjny, jak jest w tej chwili, zakończony egzaminem państwowym, który jest egzaminem dopuszczającym do samodzielnego wykonywania zawodu lekarza. Ja nie będę na ten temat mówił długo, ponieważ czasu mamy mało, w każdym razie służę materiałami co do tych dwóch punktów.

er

38/5

I wreszcie ostatnia rzecz - szkolenie podyplomowe. Uważamy, że Centrum Kształcenia Podyplomowego powinno prowadzić szkolenie podyplomowe w zasadniczych czterech gałęziach i temu się poświęcić, na różnego rodzaju kursach z tendencją do kursów krótszych i dotyczących aktualnego stanu wiedzy, przy zwiększeniu również szkolenia indywidualnego.

Jeżeli chodzi o wysoko specjalistyczne szkolenie powierzone akademiom medycznym i instytutom resortowym, dlatego że stwarzanie czasami sztucznych miejsc w Centrum Kształcenia Podyplomowego dla szkolenia w danym przedmiocie, który bardzo dobrze jest umiejscowiony w uczelni jakiegś, wydaje nam się niesłuszne.

No i wreszcie Centrum Kształcenia Podyplomowego powinno w naszym pojęciu opracować krajowy - z rozbić na regiony - bilans potrzeb specjalistów i pod tym kątem prowadzić politykę. Taka powinna być jego rola i w dalszym ciągu tą drogą postępować,

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca: Dziękuję bardzo. Czy pan prof. Wojtczak teraz, czy... ponieważ jeszcze nie wyczerpaliśmy listy. W takim razie, pani Milewska, czy możemy prosić?

er

38/6

Ob. Milewska: Jeśli można, ja chciałabym uprzejmie bardzo krótko, bo praktycznie w kwestii właśnie tej, która aktualnie jest tematem naszego posiedzenia. Ja chciałabym wrócić tylko do jednej, szalenie ważnej sprawy, o której chyba tutaj zapominamy, bo na pewno bardzo ważną rzeczą jest nauka, ale proszę pamiętać - i z uporem będę wracać do sprawy konwencji MOP w sprawie pielęgniarek. Jest to konwencja Międzynarodowej Organizacji Pracy nr. 149.

M.in. jest tam zapisane, że państwo, które podpisało ratyfikację tej umowy, jest obowiązane stosować taką politykę w zakresie usług personelu pielęgniarskiego, która będzie zmierzać w ramach ogólnego programu ochrony zdrowia do zapewnienia ilości i jakości usług pielęgniarskich, możliwie na najwyższym poziomie oraz zapewni personelowi pielęgniarskiemu warunki do wychowania i kształcenia właściwego dla wykonywania swych funkcji.

W tym, myślę, mieści się także sprawa doskonalenia zawodowego, bo to jest jednoznaczne. Ja chciałabym powiedzieć, że wydaje mi się, że w ogóle niewiele się mówi, może nie niewiele, ja przepraszam, cofam to, ale zbyt mało mówi się w ogóle ^{o roli/} ~~o roli~~ i funkcji personelu pielęgniarek i położnych w całym tym przyszłym, zmienionym systemie ochrony zdrowia. I w ogóle ich roli m.in. w zreformowanej służbie zdrowia. I w tej kwestii chciałabym uprzejmie prosić, żeby może tej dyskusji dzisiejszej nie przedkładać, myślę że o całej sprawie kształcenia i doskonalenia pielęgniarek dobrze byłoby spotkać się w zespole roboczym, wy-

rs

39/1

w zespole roboczym, wydzielonym do tego, bo jest to zbyt ważna sprawa, Ja chcę przypomnieć, że ciągle sprawa kształcenia i doskonalenia pielęgniarek wraca albo do resortu, albo znniego jest ostatnio wyrzucona, znowu w tej chwili zostaje podporządkowana sprawom samorządowi terytorialnemu właściwie władzom terytorialnym i wobec tego ciągle praktycznie nie ma jakiegoś mecenatu i wydaje mi się, że nie ma w tej chwili człowieka, który by umiał powiedzieć ó naprawdę jak to docelowo ma być do końca.

I wobec tego taki jest przynajmniej odczucie środowiska. W imieniu ruchu zawodowego chciałam powiedzieć, że odczucia środowiska w tej kwestii są właśnie takie, Ja myślę że jeżeli ratyfikując określoną umowę społeczną, umowę międzynarodową jaką jest właśnie konwencja, myślę, że należy tę sprawę traktować bardzo poważnie, dlatego myślę, że w tej sytuacji nasze dzisiejsze posiedzenie, ponieważ nie jest merytorycznie przygotowane w kwestii kształcenia i doskonalenia średniego personelu medycznego należy po prostu przełożyć i w tej sytuacji przedyskutować to jeszcze myślę że w węższym gronie.

Jeśli można to chciałam zgłosić taki wniosek,

Przewodnicząca: Dziękuję bardzo.

Jeszcze tutaj mam na liście paru dyskutantów, w związku z czym bardzo państwa proszę robi się już strasznie późno o jakąś taką dyscyplinę wypowiedzi, Bardzo proszę pan prof. Wojtczak.

39/2

Prof. Andrzej Wojtczak: Proszę Państw! Ja bym chciał zgłosić kilka propozycji, dlatego że mnie się wydaje, że ciągnięcie tej dyskusji do niczego nie doprowadzi. Ja muszę powiedzieć, my my wysłuchują i z zainteresowaniem wielu wystąpień, i jest praktycznie niemożliwa by odpowiedzieć mógłbym przez godzinę w tej chwili odpowiadać na temat co jest już w trakcie, opracowywania i co jest planowane i co jest związane i nieodłączne z reorientacją kształcenia medycznego.

Bez tej reorientacji kształcenia medycznego i znacznie głębszym muszę powiedzieć niż pan prof. Szczeklik mówił i inni i to medycznego w szerokim tego słowa znaczeniu nie tylko lekarskiego, ale i personelu też medycznego średniego nazwijmy to. Że sprawa jest i z jednej strony trudna i bardzo aktualna, to tylko chciałbym powiedzieć, że w ostatnich trzech latach było 6 potężnych międzynarodowych konferencji poruszających różne aspekty kształcenia medycznego bo jest to problem jeden z problemów numer 1 w wielu krajach świata, już nie tylko europejskich i to nawet takich, gdzie zawsze braliśmy za przykład Anglię, czy Szwecję.

Nie chcę tego kontynuować, chciałbym powiedzieć że pewne dość precyzyjne sformułowania dała deklaracja edynburska z zeszłego roku wyznaczająca kierunki kształcenia i tutaj na pocieszenie panie profesorze Szczeklik. Wiele rzeczy było wziętych z tych wzorców, które myśmy wypracowywali 15 lat temu i które nie konsekwentnie były wdrażane bo te ośrodki kształcenia poza murami uczelni tam gdzie można było się bardziej praktycznie umiejętności potrzebnych lekarzowi ogólnemu nauczyć, to idea wychodziła od nas

30/3

od nas, tylko ktoś inny ją realizuje.

Ja nie chcę do tego wracać. Ostatnia deklaracja to jest deklaracja z zeszłego roku z października deklaracja lizbońska, spotkanie wszystkich ministrów kształcenia, to znaczy edukacji narodowej, planu zdrowia i urodził się pewna deklaracja bo to jest inicjatywa lizbońska - że sprawy kształcenia są jednym z najważniejszych. I teraz już nie przedłużając bo ja wiem że wszyscy są zmęczeni. Sprawy wojska, które były poruszane przez kolegów są praktycznie dopracowane. Ja mogę tylko powiedzieć tyle, że szkolenie wojskowe jest zmniejszone już o to 20%, szkolenie bronne o 40%, że jest wniosek i pozytywnie rozpatrywane skrócenie tego okresu szkolenia mundurowego powiedzmy po studiach z 2 miesięczna 6 tygodni - no nie przesadzajmy że 6 tygodni to musi mieć służbę wojskową zastępczą, jest tych 10 postulatów, które ja znam wszystkie i one są rozpatrywane, są dwie uczelnie wytypowane Poznań i Białystok, które mają do 30 czerwca sprawo danie dać jak się może udać wmontowanie przedmiotów medyczno-wojskowych w normalny cykl kształcenia medycznego, żeby zmniejszyć jeszcze ilość godzin.

Dalej jest przygotowywana oczywiście musielibyśmy udać się na inny stolik do ministra Fisiaka i ta ustawa o której już wiadomo, że jest przygotowywana i ma być w przyszłym roku, tam będzie tak samo wtręt tylko nasz medyczny, bo przecież jesteśmy w całym kompleksie spraw szkolnictwa wyższego, a my mamy tę pewność, tę speyfikę jest przygotowywane tak samo w tej chwili projekt zarządzenia ministra szkolnictwa wyższego odnośnie zmiany kryteriów

39/4

nie tyle awansowych co selekcji i awansu na poszczególne stanowiska, wiele rzeczy jest w tej chwili w toku. Ja nie chcę wchodzić w szczegóły, tylko c ę wyjść z propozycją ponie ażm wiele tych inicjatyw może nie jest wszyskim znane, no to bo jest to zupełnie zrozumiałe, że mamy kolosalne przyspieszenie w ostatnich miesiącach, i żebyśmy może starali się sformułować pewne kierunkowe tylko zaledenoa przeu ten zespół redakcyjny, przyjąć te kierunkowe zalecenia, które będą zgodne z tym a nawet wybiegające dalej powiedzmy, ja tu słyszałem inicjatywy dalej wybiegające nawet, do realizacji przez zespoły ltóre już zostały powołane, one pracują, ale które muszą być w świetle naszych dyskusji rozszerzone.

I wtedy te sprawy kształcenia medycznego musimy podejść tak jak wymaga tego nowoczesny proces dydaktyczny jak jest w świecie, nie od tego, że z chciejstwa będziemy zgłaszać jakieś tam propozycje, tylko musimy określić sobie model, cele ogólne, cele szczegółowe, idziemy na pewne skeprymenty na przykład Kraków chce podjąć eksperyment ustawienia, kształcenia bardziej w jierunku kształcenia lekarza ogólnego, oczywiście musi zostać swobodą manewru tak samo przedmiotami godzinami, dlatego, że obawiam się, że w tej chwilo wszystkie te dyskusje które szły na temat kształcenia to sprowadzały się do przesuwania godzin i przedmiotu z jednego roku na drugi natomiast nie było głębszych zmian w całej filozofii Kształcenia. To co w tej chwili idzie yca y świat. to były wspomniane te rzeczy,

Czyli pani przewodnicząca chciałbym zaproponować

39/5

że jeżeli ja nikomu nie chcę uciąć proponować i odbierać głosu, bo ja wiem, że każda wypowiedź jest ważna, ale że byśmy to może zdecydowali się na powołanie tych zespołów redakcyjnych, na ujęcie w pewne wnioski i w propozycję dla nas tych kierunkowych zmian czy propozycji i żebyśmy do tego wrócili no może troszkę świeżsi, kiedy będziemy robić listę uzgodnionych przy problemach które wymagają naprawdę głębokiego przepracowania.

Bo to co tutaj powiedziano jest bardzo dużo dobrych wieżycj myśli, obrych obserwacji, to jest czasem diagnoza, która już w niektórych zespołach jest realizowana jako terapia. Tylko może idąca nie właściwym kierunkiem.

Przewodnicząca: Bardzo proszę panie doc. Kuratowska.

Doc Zofia Kuratowska: Jeszcze w ogóle jest trzy krótkie głosy, bo państwo się tutaj zapisali do dyskusji i myślą, że dla porządku należałoby państwu tego głosu udzielić i potem może stosunek do tego, do tych wszystkich propozycji, które padły zarówno przedstawiane przez pana profesora Wojtczaka jak

40/1

Przewodnicząca:

Bardzo proszę - pani doc.Kuratowska. Chwileczkę są jeszcze trzy głosy, bo państwo się tutaj zapisali do dyskusji. I myślę, że dla porządku należałoby tutaj głosowi państwu udzielić. I potem może stosunek do wszystkich tych propozycji, które padły. Zarówno do stawianych przez pana prof.Wojtczaka, jak i przez pana dra Guglasa.

Bardzo proszę- pani prof.Chmielowa.

Prof.Chmielowa :

Niechciałabym państwu zabierać dużo o czasie. Chciałam jednak tylko z poczucia obowiązku nawiązać do zagadnienia rekrutacji na studia medyczne. Uważamy w naszej uczelni, przez pewien czas byłam prorektorem do spraw dydaktyki, że sprawa testów jest bardzo cenną jak gdyby zdobyczą w egzaminach wstępnych na uczelnie. Zapewnia ten obiektywizm i tę uczciwość w rekrutacji.

Proszę państwa, chciałam zwrócić uwagę na to, że w ogóle jest zmartwienie z kandydatami na studia. Bo przecież mamy ~~ich~~ ich coraz mniej. Zainteresowanie studiami jest mniejsze. I uważam, że w tej chwili propozycja pana prof.Żochowskiego stwarzania tego kursu "zerowego" to jest wybicie się tych intelektualnie rozbudzonych umysłów szkoły średniej przez cały rok. To jest przerwa niedopuszczalna. On powinien ten człowiek z tego rozpędu , o ile w ogóle on się jeszcze chce uczyć, bo zmartwienie jest w tym że ich coraz mniej chce się uczyć. To nie do tej pracy jako pomoce w szpitalu, ale próba stanięcia do egzaminu testowego. I to uważam

za niesłuchanie ważne żebyśmy tego absolutnie nie zlekceważyli.

Następna rzecz taka zupełnie ogólna. Musimy uważać bardzo żeby w zapędzie do reformowania , bo co chwile są te zapędy do nowości, żebyśmy nie dążyli do wyprodukowania felczerów , proszę państwa. Te przedmioty teoretyczne aczkolwiek męczące dla młodzieży, one jednak dają ten substrat do myślenia lekarskiego. To jest taki skarb ta wiedza, którą można zyskać w czasie studiów. Dzięki temu skarbowi lekarz potem logicznie myśli przy łóżku chorego. Cały postęp medycyny się z tego bierze. Później, dalej, nie ma na to czasu. Naprawdę nie ma potem na to czasu. To jest taka ogólna moja w tym względzie przestroga.

Chciałam jeszcze wspomnieć o jednej rzeczy, uważam bardzo ważnej, a mianowicie o tym egzaminie państwowym. Proszę państwa, ja uważam, że to jest jak gdyby votum nieufności w stosunku do uczelni wyższych. Jeżeli powołujemy akademie medyczne na wysokim poziomie i dbamy o ich wysoki poziom, o ile nie ma selekcji ujemnej w promowaniu nauczycieli akademickich , profesorów, jeżeli mamy zaufanie do tych ludzi, to przecież oni dając dyplom dają dyplom człowiekowi, który ukończył studia medyczne, odbywa się cała uroczystość, jest dyplomatorium, jest wręczanie dyplomów, jest przysięga, czy obecnie przyrzeczenie lekarskie. A potem on idzie na rok, a nawet według tych projektów nie na cały rok gdzieś do pracy i zdaje egzamin organizowany przez lekarza wojewódzkiego w dodatku, który dopiero będzie decydował o tym,

czy on mpże leczyć czy nie.

Proszę państwa, ja jednak z punktu widzenia uczelni wyższej, jaką jest akademia medyczna, uważam to za chyba niewłaściwy pomysł i uważam za swój obowiązek zwrócić na to tutaj w tym miejscu uwagę. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca:--

Dziękuję bardzo. Jeszcze pan docent Wdowiak - proszę
bardzo

Doc. Wdowiak:

/?/

Proszę państwa nie zgadzając się z propozycjami
prof. Wojtczaka i dra Guglasa, chciałem zrezygnować z głó:

Przewodnicząca:

Proszę jeszcze pan dr Kulerski.

Dr Kulerski:

Ja tylko krótko, dwa słowa. Czy w sprawach pensum,
które byliby poruszane, to jest - prowadzimy tak, że na
akademiach medycznych prowadzimy dydaktykę poddyplomową,
która nie jest wliczana, a za to kładzie zupełnie wielo-
krotnie.

Druga sprawa - odnośnie instytutów. Jeżeli będą
jakieś tutaj omawiane, to chciałem zwrócić na jedną
rzecz uwagę, że w medycynie, jeżeli chodzi o medyczne
instytuty, nie mają one na ogół rejonizacji. I ich
praca w stosunku do pracy w klinikach akademii medycznych
jest w zupełnie innych warunkach prowadzona. To uwaga
przy opracowywaniu tego tematu. Dziękuję.

Przewodnicząca:

Dziękuję bardzo. Pan prof. Szczeklik - bardzo
proszę.

Prof. Szczeklik:

Ja z dużym zaciekawieniem wysłuchałem głosów i
pana ministra i pana prof. Żochowskiego i koleżanek dotyczą-
cych pielęgniarstwa. I uważam, że tam jest bardzo wiele
słusznych uwag.

Ja chciałem powiedzieć, że tutaj padło słowo
filozofia. A więc chciałem tu zwrócić uwagę na taką

rzecz, Oe my bardzo świadomie i oczywiście nie jesteśmy do tego przygotowani ażebyśmy przedstawiali jakiś nowy program. Ja wiem, że pan prof. Wojtozak na przykład , czy pan prof. Żochowski tymi zagadnieniami interesują się od wielu lat i na pewno są doskonałymi ekspertami i wiedzą, czy program edynburski, czy program lizboński, czy jakiś inny są właściwsze. I nie nam byłoby o tym~~am~~ dyskutować. Tylko Szanowni państwo - te programy, choćby były najlepsze, muszą być inplantowane na jakieś instancje istniejące I dlatego jeżeli tu padło słowo filozofia to ja się ucieszyłem, że nawet pan prof. Żochowski powiedział to tak lekko, że co do tego się zgadzamy. Ja się bardzo cieszę - jeżeli państwo zgadzacie się z nami, że trzeba - po pierwsze zapewnić bazę, po drugie - zmienić ustawę, po trzecie r usunąć nomenklaturę, To my jesteśmy jak najbardziej za edynburską, lizbońską , za wszystkimi no. Dziękuję.

Przewodnicząca:

Dziękuję bardzo. Pan dr Edelman jeszcze, pani tam . I myślę, że będziemy kończyć.

Dr Marek Edelman:

Proszę państwa, ja niestety nie jestem takim optymistą jak państwo. Wszyscy tu mówili, ja nie chcę tu nikogo obrazić, ponieważ tu siedzi pełno profesorów, więc proszę uważać, ale nikogo z obecnych nie mam na myśli.

Proszę uważać, że my wprowadzamy najlepsze programy i bardzo dobre rzeczy, ale nie mamy wykonawców , nie lekarzy, tylko nie mamy profesorów. Ten zawód tutaj umarł.

Umarł ten zawód 10-15 lat temu, kiedy zrobiono z tych klinik te siateczki od cukrzycy, od gastrologii, od pulmonologii - nie ma profesorów. Poza tym ci profesorowie nie uczą studentów. I to jest istota. Żebyście zrobili genialne programy - Edynburg ja nie wiem Szczekliki, Żochowski wymyślą Bóg wie co, ale nic z tego nie wyjdzie, albowiem nie mamy kogo żeby uczyć.

Wiecie, ja dostaję co roku jednego-dwóch absolwentów akademii medycznej. Trzy lata on jest po tych stażach rocznych, po tym wszystkim. On w ogóle nie wie o co chodzi. On nie zna po pierwsze swoich profesorów. on nie wie gdzie się uczył. On zdał jakiś test i na tym to się skończyło.

Test interny, test z chirurgii, test z pediatrii, test - jeszcze nie wiem z czego i do widzenia.

Proszę państwa, z tymi testami, gdzie wysię tak tym zachwycacie, to jest umysłowa choroba. Umysłowa choroba biurokratów, którzy wymyślili żeby nie brać łapówek i żeby zdawać w testach. tylko to. Bo biurokraci się boją, że się weźmie łapówki.

Jeżeli nie będzie kontaktów między profesorem a studentem. Ja już nie mówię codziennego, bo już żaden profesor na obchody nie chodzi, bo on musi pisać te swoje papiery albo jeździć na konferencję. Bo to jest normalne. Ale ja nie jestem profesorem - to wy, prawda. To nie będzie medycyna.

I ja wiem, że to jest nieszczęście nie na dziś, to jest nieszczęście na najbliższe lata, bo tych profesorów, co niby są napłodzeni, to ich się nie wystrzela i oni

będą siedzieli do końca swojej emerytury na tych posadach.

I wobec tego musi być zmieniony ten system. Nie system godzin, to , tamto, dziesiątem Musi być obowiązek narzucony na profesora kontaktu z człowiekiem. Nie może być testu, test musi być skończony. Bo jeżeli dla przyjęcia jest test, to też uważam, że jest niepotrzebny, że to może być wśród uczciwego sółeczeństwa normalnie załatwiane.

Przecież się nie wie kogo się przyjmuje, że on z fizyki zdał dobrze, to dlatego ma być lekarzem? U mnie przychodzą te panienki na osiem miesięcy co nie zdały, to ja wiem - ona dobrze sprząta, wyciera podłogę, to znaczy że ma być lekarzem? Niech będzie dobrą żoną. No kto to powiedział? Przynajmniej będzie czysto trzymała kuchnię. To trzeba mieć kontakt z człowiekiem. a to jest pierwsza rzecz. Jak się wyrzuci z medycyny klinicznej, z medycyny testy, będzie zupełnie inna sprawa. To jest zbiurokratyzowany uniwersytet, to jest uniwersytet, który nie ma kontaktu z człowiekiem i nie uczy lekarza kontaktu z chorym, bo on pisze na papierkach.

I chde żeby państwo z ministerstwa pomyśleli o tym, którzy rpbia te wielkie programy żeby te testy wzięli i wyrzucili do kosza. Bo jeżeli one się nawet nadają na Francję, gdzie ich gonia przez cwałe 24 godziny za lekarza miejscowego na piątym roku, to dla nas się nie nadają. I to musi być zasadnicza rzecz - kontakt profesora ze studentmem.

Nie będzie najlepszy, bo ci profesorowie są do chrzanu ale coś jednak będzie. Dziękuję.

Przewodnicząca:

Dziękuję. Ja mam nadzieję, że pan dr Edelman mówił o testach z przedmiotów na studiach już prowadzonych klinicznych.

Proszę bardzo pani Kronka.

Ob.Katarzyna Kronka

Ja tylko bardzo krótko - jestem z Ministerstwa Zdrowia. Zabieram tylko głos żeby nie było takiego odczucia, że sygnalizowane problemy programów kształcenia funkcjonowania szkół pielęgniarek, położnych i innej kadry średniej nie znajdują właściwego zrozumienia tu ze strony rządowej. Stąd ponieważ wiele spraw tu poruszonych wymaga pogłębionej informacji, wyjaśnienia, naświetlenia, stąd ja bym się przychyliła do wniosku pani Milew-
informacji, wyjaśnienia, naświetlenia, stąd ja bym się przychyliła do wniosku pani Milewskiej, jeżeli tu koleżanka by się zgodziła, to proponowałabym powołanie odrębnego zespołu i tak jak mówiła koleżanka Grajcarek, właśnie żeby sprawy pielęgniarские rozpatrywały same pielęgniarki. My mamy dość liczną kadrę nauczycieli zawodu, z doktoratami, świetnych dyrektorów, sprawy programowe są na jakimś etapie zaawansowania. I sądzę, że byłoby to grono kompetentne, które by mogło ustalić pewne wnioski.

Dziękuję.

Przewodnicząca: Dziękuję bardzo. Pani doc. Kuratowska prosi o głos.

er

41/2

Doc. Zofia Kuratowska: Na zakończenie ja tu chcia-
łam poprzeć, jak zawsze, bardzo ekstremistyczny głos dr.
Edelmana, mojego przyjaciela. Ja egzaminuję lekarzy, ponieważ
pracuję w tymże Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego,
zresztą czasem z panem prof. Żochowskim zasiadamy w komisji.
Niestety, od paru lat pan mnie zdradził. No, ale... bo bar-
dzo lubiłam razem egzaminować. Jest to absolutna klęska.
Tzn. mnie się wydaje, że Centrum ma tu bardzo dużą zasługę
we wprowadzeniu tzw. zunifikowanego egzaminu, który składa
się z testu, który jest tylko sitem, i egzaminu ustnego
i praktycznego.

I otóż wychodzi na tym egzaminie praktycznym, że
lekarze nie umieją w ogóle referować chorych. W ogóle.
Ale to absolutnie. I to jest wynik testów. Ani nie umieją
rozumować, w czasie kiedy dostają tzw. symulowane przypadki
kliniczne. Po prostu dlatego, że się uczą do testów przez
całe swoje życie. Jest to w moim pojęciu również błąd.
Mnie się wydaje, że my musimy wychowywać lekarzy, którzy
umieją mówić i myśleć o chorym. I muszą mieć kontakt z
chorym. To jest taka tylko uwaga na jakby zakończenie tej
dyskusji o kształceniu.

Ja się zgadzam z panem profesorem, że na następne
posiedzenie muszą przygotować komisje redakcyjne jakieś na-
sze stanowiska, uzgodnione lub nieuzgodnione. Ja naprawdę
apeluję, żeby na siłę nie podciągać rzeczy uzgodnionych,
żeby nie robić kompromisów, które za chwileczkę kwestionujemy
Bo lepiej nie. Bardzo dobrze, jeśli uzgodnimy, to tylko
dobrze służy sprawie, naturalnie. Ale ja przyjmuję, że

er

41/3

sprawę pomocy społecznej, że dokument który dzisiaj przedstawiliśmy, przedstawiła pani dr. Staręga, że jest już przyjęty i że jak gdyby do tego nie będziemy musieli wracać.

Zaraz podamy skład zespołu redakcyjnego, który jednak będzie wspólny dla spraw finansowych i reformy. Może się tam coś naradzać będą w grupkach, ale wspólny. Wydaje mi się, że musimy również przygotować jakąś taką redakcję postulatów ogólnych, co do kształcenia, bez wdawania się, ile godzin ma mieć biofizyka a ile godzin coś innego. Ale to też musimy sobie przygotować. I również wnioski, które zgłosił pan dr. Guglas w imieniu przedstawicieli OPZZ a więc sprawy pielęgniarские, które wymagają opracowania. Oczywiście również jakieś szczegóły przygotowania rzeczywiście dobrego kształcenia pielęgniarek, czy całego wychowywania pielęgniarek, to jest przyszłość i bardzo będzie dobrze, jeżeli to będą robić mieszane komisje, co byśmy ~~ch~~ chcieli bardzo, ale to zależy oczywiście od zakończenia "Ookrągłego stołu". Ale na razie muszą być przygotowane takie wnioski w sprawie pielęgniarek. I sądzę, że to ^{mogłyby} ~~mógłyby~~ przygotować panie, taka komisja w składzie pani Milewska, pani Grajcarek, Może pani? To już nie chcę narzucać, Ale właśnie z tego, co dzisiaj powiedzieliśmy. Z tym, że ja apeluję o konkretność. Z mojej strony jest taki apel o konkretność i terminy.

Nie wydaje mi się, po dzisiejszym zebraniu, ażebyśmy rzeczywiście wszystko mieli skończyć w sobotę. Na pewno będziemy musieli się spotkać we wtorek. Starajmy się zrobić jak najwięcej na sobotę oraz jak najwięcej uzgodnić

er

41/4

w sobotę, a we wtorek spotkać się wyłącznie jak gdyby do sformułowania protokołu rozbieżności i uzgodnionych stanowisk. Zresztą będziemy musieli to dać na stół ekonomiczny i polityki gospodarczej, a oni już to przekażą dalej.

Tak, tak mi się wydaje, że tak musi, niestety, wyglądać nasza praca, czyli że musi się do tego wtorku, który żeśmy planowali poprzednio, jednakże przedkużyć, z uwzględnieniem jeszcze spraw... Ja mam jedno pytanie do pana prof. Żochowskiego, w związku z tym, co właśnie już było uzgodnione, a więc spraw izb lekarskich. Myśmy wtedy uzgodnili, że będzie ten poprawiony projekt, który nam się wydaje rzeczywiście satysfakcjonujący, ale uzgodniliśmy, że będzie on przedstawiony opinii publicznej w "Rzeczpospolitej". Czy to ma być po tym piątku,?

Prof. Żochowski: Tak. Była propozycja ze strony sejmowej, żeby przedstawić tylko ewentualnie poprawki do projektu. My obstajemy przy tym, żeby był przedstawiony cały projekt, bo poprawki są nieczytelne bez projektu. I w piątek prawdopodobnie te decyzje zapadną. Mamy nadzieję, że na tak. Chodzi o to, że - wydrukowane to będzie bardzo szybko, jeżeli będzie decyzja na tak.

Z tym, że jeżeli potraktujemy to jako normalną konsultację, to wtedy wchodzi pewien ustawowy czas, który musi upłynąć od ukazania się tekstu do spłynięcia uwag osób konsultujących. Jeżeli to będzie konsultacja potraktowana w ten sposób, że damy do wiadomości publicznej i krótko zebrane uwagi, to wtedy mamy ~~xx~~ szansę, żeby to się zmieś-

er

41/5

ciło w sesji obecnego parlamentu.

Doc. Zofia Kuratowska: Mnie się wydaje, że tak musimy po prostu zrobić. Jest to sprawa niezwykle ważna, żeby to przeszło. A już tych uwag spłynęło rzeczywiście bardzo dużo, w ostatnim okresie było mnóstwo różnych spotkań i zebrań w wielu miejscach. Ale informacja dla opinii publicznej powinna być. Do tego się zobowiązaliśmy.

Tak, że chyba w ten sposób, jeśli pan profesor się zgadza.

Prof. _____: Ja się zgadzam, z tym, że chciałbym wrócić do tego o czym rozmawialiśmy na początku, mianowicie o wytypowaniu ludzi, poszczególnych ekspertów do różnych zespołów. Jest zagadnień bardzo dużo. I mnie się wydaje, że musimy bardzo intensywnie zacząć pracować od jutra.

Prawdopodobnie jednak jest tu pewna specyfika niektórych problemów, bo już tu się jak gdyby wyłączył, czy wykonał zespół ds. średniego personelu. Jest pewna specyfika, jeżeli chodzi o kształcenie lekarzy. Natomiast mnie się wydaje, że reformę możemy potraktować jednym zespołem takim wielodyscyplinarnym, który mógłby doprowadzić do listy uzgodnień i rozbieżności.

I jeżeli pani docent byłąby uprzema podać nazwiska od razu zapisalibyśmy. I można by zrobić jakiś plan, gdzie te grupy i o której godzinie spotkają się.

Przewodnicząca: W związku z tym chciałabym podać państwu zespół redakcyjny ds. reformy i finansowania, jako jeden zespół. I tak Zbigniew Woźniak, Ewa Wolak, Edmund Wnuk-Lipiński, Wanda Majewska, Zbigniew Chłap,

Pozostaje tylko do uzgodnienia termin. My proponujemy piątek. Taka jest nasza propozycja, ponieważ w sobotę się w sobotę się spotkamy na plernym posiedzeniu, tak że proponujemy piątek jako że większość z nas tutaj przyjeżdża z poza Warszawy w związku z tym przyjedziemy już na dwa dni wtedy.

Prof. Wojtozak: Może dać taką propozycję, Rozumiem, że jutrzejszy dzień może grupa przygotują sobie zespoły jakieś materiały, które będą odzwierciedlały stanowiska głosy w dyskusji. Dlatego że trzeba pódzemyśleć. Jest tu bardzo dużo wniosków. I w takim razie o godzinie 10-tej w piątek w ministerstwie na sali generalskiej wszyscy się spotkają i wtedy ewentualnie rozdzielimy się na zespoły. Czy jeżeli chodzi o zestaw, czy pan doktor zgadza się.

Ob.....: Jeżeli można, ponieważ że sposób wszystkiego objąć myślą w sposób jednoznaczny, jest to bardzo wiele spław, które zostały tutaj podniesione podczas dzisiejszych obrad. Reforma wymaga sprecyzowania stanowisk, które są bardzo trudne, One są strasznie znaczące dla ochrony zdrowia, natomiast są bardzo trudne. My nie posiadamy jeszcze do tej pory stenogramu z poprzedniego spotkania, nie został nam udostępniony. Ja sądzę, że włączymy się po prostu całą grupą, bo trudno żeby jedna osoba decydowała o pakiecie spraw, całą grupą łącznie z ekspertami, grupa OPZZ będzie pracować i w piątek się zgłosi. Natomiast jest kwestia także dostępności materiałów, bo jest to bardzo ważne.

Przewodnicząca: To znaczy spotykamy się w piątek o godzinie 10 w Ministerstwie, zesłół do spraw reformy finansów służby zdrowia, pozostaje teraz jeszcze zespół pielęgnia

rek, stanowisko do wypracowania i do spraw kształcenia w ogóle.

Ob.....: Spotykamy się wszyscy o godzinie 10 i rozejdziemy się na odpowiednie stoły.

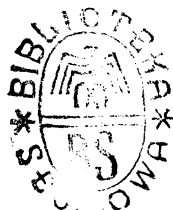
Przewodnicząca: A pan profesor proponuje godzinę 14-tą w piątek. tylko dla zespołu kształceniowego. Ja myślę, że to jest dla osób przyjeżdżających w ogóle rozwiązanie dłaalne.

Jeżeli stanowiska po każdej ze strony będą uzgodnione to będziemy tylko formułowali zapis wspólny. Ile można godzić formułować taki zapis?

~~Przewodniczący~~ Prof. Wojtozak: Dobrze, w takim razie godzinie 14-ta dla zespołu do spraw kształcenia.

Przewodnicząca: A ja myślę, że wszystkie zespoły o 14-tej, bo chwili zakradł się jakiś tutaj chaos, a myślę że to wszystkim nam odpowiada, żebyśmy mogli równocześnie rozpocząć, bo to jest wtedy korzystne.

x x x



Imi. 46030