

MICHAŁ POCZĄTEK¹

Rewolucja o odroczonej konkluzji

Reforma zdrowia publicznego w perspektywie polskiej rewolucji „Solidarności” 1980-1981

Revolution with a Postponed Resolution

The Public Health Reform in the View of Polish Peace Revolution Provided by „Solidarity” 1980-1981

¹Prywatny Specjalistyczny Gabinet Neurologiczny Michał Początek
64-920 Piła, al. Wojska Polskiego 49B

ABSTRAKT

W niniejszym artykule, na podstawie przeglądu prasy partyjnej i związkowej oraz komunikatów podawanych w oficjalnych biuletynach, podjęto próbę oceny istotności zamiarów reformatorskich względem systemu ochrony zdrowia w Polsce w trakcie przemian politycznych na przełomie lat 1980 i 1981. Analiza stanowisk stron podczas eskalacji konfliktu, który dał początek procesom określanym w późniejszej publicystyce mianem pokojowej rewolucji, wskazuje, że nie zarysowano wtedy pomysłu na rzeczywistą przebudowę organizacji i działań służby zdrowia. Protestującym chodziło raczej o doraźne zaspokojenie podstawowych potrzeb wizerunkowych i materialnych tej grupy zawodowej. Trudno orzec, czy dowartościowanie jednej ze stron mogło prowadzić ku prawdziwym reformom, związanym wszakże z koniecznością demokratyzacji systemu politycznego i wprowadzeniem w gospodarce (dotąd socjalistycznej) zasad rynkowych. Konkluzje w postaci rzeczywistej transformacji nastąpiły dopiero po zakończeniu obrad Okrągłego Stołu w 1989 r.

Słowa kluczowe: rewolucje społeczne, ochrona zdrowia, reformy

ABSTRACT

On the grounds of bulletins, party (PZPR) and labor union newspapers, had been done an attempt of evaluation of reform intentions, directed to health service system in Poland during political changes 1980/1981. The analysis of attitudes of both conflict's sides, indicate no concret ideas to real organisational reconstruction. Medical workers expected principally urgent prestige and social improvement. Important of course, but anyway it's difficult to judgement it would start the proper movement. Real reforms in health security depend after all on political democratisation and market reforms of national economy. At time it was by structure and constitution almost completely socialistic. Conclusions, as the fundamental health service system transformation, became real till after the "Round table" debate in 1989.

Keywords: great revolutions, medical service, systematic reforms

WSTĘP

Dla pokolenia dorosłych już Polaków, powoli ustępujących pola aktywności publicznej, wydarzenia z przełomu lat 1980 i 1981 stanowią ważną część życiorysu. Oczywiście wpływ ponad 40 lat sprawia, że w pamięci zaciera się szereg szczegółów, a minione fakty tracą na wyrazistości. Dla młodszych generacji przemiany ustrojowe są co najwyżej rodzajem legendy rodzinnej albo częścią narodowego mitu. Obrazem dawnej rzeczywistości, choć z natury rzeczy zniekształconej przez czas i pewnie trochę zmanipulowanej. Celem artykułu jest możliwie obiektywna ocena stosunku polskiej rewolucji „Solidarności” do problematyki ochrony zdrowia oraz przypomnienie wydarzeń, które po upływie niemal pół wieku zatarły się już nieco w pamięci. Przy analizie posłużono się oficjalnymi biuletynami rządowymi i związkowymi oraz publikacjami prasowymi.

REWOLUCJA CZY EWOLUCJA?

Jedną z form uprawiania polityki jest dyplomacja. Gdy zawiodą środki dyplomatyczne, polityka jest realizowana drogą wojny. Polityka zdrowotna jest częścią polityki. Z kolei jej przedmiotem jest skuteczna ochrona zdrowia, a jednym z narzędzi ochrony zdrowia jest polityka zdrowotna. Polega ona na takim zorganizowaniu służby zdrowia, by zaspokoić główne potrzeby większości społeczeństwa. Wszystkich zaspokoić się nie da. Są bowiem potrzeby zindywidualizowane i wzrastające po każdorazowym zaspokojeniu tych podstawowych. Wraz z postępem wiedzy rosną możliwości leczenia i diagnozowania coraz bardziej zawiłych procesów chorobowych. Jednak pomimo ogromnych zmian technologicznych innowacyjne rozwiązania medyczne są z reguły bardzo kosztowne. Na ich upowszechnienie nie stać zrazu nawet najbogatszych. Polityka zdrowotna jest skuteczna, kiedy zapobiega społecznej frustracji i zarządza dostępnymi zasobami tak, by pomóc niektórym, nie zrażając przy tym wszystkich. Niezadowolenie ogółu, gdy chodzi o zdrowie, dobro wszak podstawowe, zawsze stwarza ryzyko wybuchu społecznego, który może przybrać rozmiary rewolucji.

Rewolucja i ewolucja to dwa odmienne mechanizmy przemian społecznych i ekonomicznych, dwie różne filozofie rozwoju. Pierwsza zdarza się wtedy, gdy praktyka polityczna i procesy społeczno-gospodarcze rażąco nie nadążają za oczekiwaniami i potrzebami ludzi. Zwłaszcza gdy gwałtownie pogarszają się warunki życia, narasta napięcie i zniecierpliwienie – wyzwala się wtedy emocjonalne, radykalne działania na rzecz gruntownej zmiany porządku i biegu spraw. Są to czynności spontaniczne, „oddolne”, nieraz chaotyczne,

przy tym często krzywdzące dla jednostek, zachodzące w sposób zdecydowanie nieprzemysłany, zupełnie nieplanowy i niekontrolowany. Stanowią zatem logiczną odwrotność stopniowych przemian ewolucyjnych.

Rewolucje są jedną z właściwości historii najnowszej. To następstwa nowych prądów w filozofii i doświadczeń Oświecenia przełomu XVIII i XIX w. Poniekąd są owocami szybkiej industrializacji, merkantylizmu i początkowych etapów gospodarki kapitalistycznej, także postępów cywilizacji, przeludnienia oraz sprawniejszych środków komunikacji. Rewolucje są również niechcianym pokłosiem związanej z tym, rozumianej jednostkowo i zbiorowo, „neurotycznej osobowości naszych czasów”¹.

Wreszcie stanowią efekt sprawniejszej organizacji ludności tworzącej od ok. 200 lat nowoczesne państwa, łączące się w imię wspólnego interesu dotąd luźne grupy społeczne. Grupy, traktowane jednak coraz bardziej instrumentalnie i w kategoriach statystycznych, a przez to bardziej anonimowe, choć jednocześnie dysponujące zwielokrotnioną siłą („hawlowska” siła bezsilnych). W starożytności i średniowieczu, za czasów niewolnictwa i feudalizmu, grupowe niezadowolenie było ograniczone i skutkowało co najwyżej buntami (niektóre były nadzwyczaj krwawe). Rewolucje mają raczej charakter sprzeciwów masowych.

LIBERTÉ, ÉGALITÉ, FRATERNITÉ, OU LA MORT!

Za pierwszą prawdziwą rewolucję uchodzi wielka rewolucja francuska z roku 1789 r. Amerykańska (rewolucja/wojna), chronologicznie trochę wcześniejsza, miała cechy głównie zrywu narodowo-wyzwoleńczego. We Francji dokonano tymczasem dogłębnego przewrotu ustrojowego, połączonego z zasadniczą redystrybucją władzy oraz środków produkcji. Przy szczytnych hasłach o równości, wolności i braterstwie na dużą skalę stosowano przemoc wobec opornych. Udoskonalono zresztą twórczo jej narzędzia – z eliminacji rzeczywistych lub rzekomych przeciwników zmian, m.in. przy pomocy gilotyny, uczyniono proceder nieomal technologiczny. Posługiwano się metodą krwawego terroru, prawdopodobnie w szlacheckim zamiarze zaprowadzenia powszechnego dobra i szczęścia. Jednocześnie w celu wyeliminowania tych, którzy owego szlacheckiego zamysłu nie rozpoznali zawczasu, tudzież dla skutecznego „przekonania” pozostałych.

Hasłowa „równość” doraźnie i pozornie upodmiotowiła skrzywdzonych, a uprzedmiotowiła i pauperyzowała tych, którzy wcześniej coś posiadali (po-

¹ K. Horney, *Neurotyczna osobowość naszych czasów*, Warszawa 1982, c.f.

zycję, wiedzę albo majątek). Dekomponowała dotychczasową strukturę i hierarchię społeczną. Zdejmowała odpowiedzialność z monarchy i jego urzędników, awansując do tej roli anonimowy w swej masie i radykalizm lud. Przygotowano dlań w miarę sprawny, a zarazem łatwo dostępny system opieki zdrowotnej, edukacji i pomocy socjalnej. Kartę Praw Obywatelskich, stanowiącą podstawę tych decyzji, w 1791 r. opracował prawnik i słynny jakobin Louis de Saint-Just (1767-1794). W 1794 r. wywiedziono z niej ustawę gruntownie zmieniającą funkcjonowanie krajowej/republikańskiej służby zdrowia². Zarządzono przede wszystkim nacjonalizację szpitali należących wcześniej w większości do Kościoła katolickiego. Kierując się wytycznymi ekspertów (m.in. wybitnego znawcy tematu, znakomitego chirurga Jacquesa Tenona, 1724-1816), ustanowiono osobne oddziały dla leczenia poszczególnych grup chorób. Zalecono m.in. bezwzględną izolację chorych zakaźnie. Chirurgię włączono do tradycyjnej edukacji medycznej (przedtem traktowana była jako dziedzina podrzędna, w każdym razie nie jako równoprawna wobec medycyny zachowawczej). Na studiach lekarskich przywrócono odpowiednią rangę nauczaniu anatomii. Przeprowadzono dużą ilość sekcji zwłok, których za sprawą okrutnego terroru nie brakowało. Utworzono trzy nowe akademie medyczne: w Paryżu, Montpellier, Strasburgu. Podniesiono pensje dla klinicystów, nauczycieli akademickich oraz udzielano stypendiów studentom. Całą edukację ukierunkowano bardziej empirycznie i praktycznie. Szpitale przestały pełnić funkcje opiekuńcze, a stały się wyłącznie placówkami diagnostyczno-terapeutycznymi we współczesnym rozumieniu. W całej służbie zdrowia wprowadzono egzaminy zawodowe, niezbędne do uzyskania licencji uprawniających do wykonywania profesji lekarza, aptekarza, położnej itd. Stopniowo wyodrębniły się też i kształtowały specjalizacje lekarskie.

PROLETARIUSZE WSZYSTKICH KRAJÓW, ŁĄCZCIE SIĘ!

Rosyjska rewolucja dokonana spektakularnie w Piotrogradzie w dniach 25-26 października 1917 r. (6-7 listopada według współczesnej rachuby) nie zasługuje formalnie na miano prawdziwej, gdyż *de facto* była zaplanowanym puczem i zamachem stanu dokonany przez zorganizowaną grupę uzurpatorów, którzy chcieli przejąć władzę w państwie z zamiarem zgarnięcia jego zasobów i wykorzystania potencjału. Postulaty demokratyzacyjne były jedynie hasłami, mającymi przykryć rzeczywiste cele przewrotu i uśmierzyć rozbudzone nastroje społeczne. Rzekome reformy zmierzały do

² M. Pawłowski, *Od średniowiecznej medycyny po zdrowie publiczne*, Cambridge Stanford Books, c.f.

zburzenia dotychczasowego porządku, bez próby zaprowadzenia zmian korzystnych dla obywateli, a przede wszystkim bez zamiaru dopuszczenia ich do współdecydowania w sprawach kraju. Była to klasyczna forma zmiany jednego reżimu na inny, z dążeniem nie ku górze i równości, ale z równaniem w dół, czyli upokarzającą urawniówką w odniesieniu do społeczeństwa. Stała się ona trwałym elementem struktury i mechanizmu funkcjonowania pierwszego w dziejach świata państwa totalitarnego – Związku Sowieckiego. Społeczeństwo poddane zostało jeszcze większym niż poprzednio wyzyskowi, kontroli i terrorowi³.

W ochronie zdrowia wprowadzono scentralizowany system zarządzania i finansowania oraz zlikwidowano wszelkie inicjatywy prywatne. Od nazwiska profesora higieny w Moskwie w latach 1918-1930, Ludowego Komisarza Zdrowia Rosyjskiej Federacyjnej Republiki Socjalistycznej Nikołaja Siemaszki (1874-1949), system ten zwany był modelem siemaszkowskim. Przyjęty model zakładał całkowite upaństwowienie ochrony zdrowia, wykluczenie realnych aspektów budżetowych, eliminację wszelkich bodźców rynkowych i dystrybuowanie świadczeń zdrowotnych w sposób uznaniowy. Był to model fasadowo powszechny i jakoby bezpłatny dla pacjentów, ale niestety korupcyjny. W rezultacie – nieefektywny, nienadążający za rozwojem technologii i nauki medycznej, na co dzień pełen niedoborów, zwłaszcza w prowincjonalnym wydaniu. Po II wojnie światowej, po zwasalizowaniu przez ZSRR, system ten został narzucony wszystkim krajom (tzw. socjalistycznym) Europy Środkowej, w tym również Polsce.

Zarówno we Francji, jak i w Rosji przed rewolucją panował ustrój feudalny. Rozdrobniona i elitarna była też opieka zdrowotna. Niewątpliwą zdobyczą obu zrywów społecznych była jej nacjonalizacja oraz względne, adekwatne do ówczesnych możliwości (materialnych, administracyjnych itd.) upowszechnienie.

CHLEBA I WOLNOŚCI!

Zanim nadeszła pokojowa rewolucja „Solidarności”, w PRL-u kilkakrotnie wybuchały bunt, krwawo dławione przez władze. Najpierw w czerwcu 1956 r. w Poznaniu, aczkolwiek w opinii niektórych (Lech Trzeciakowski) zachodzące wydarzenia ze względu na charakter i zakres nosiły pewne znamiona powstania. W grudniu 1970 r. zrazu pokojowe protesty w Szczecinie i na Wybrzeżu wskutek prowokacyjnej postawy komunistycznej władzy przerodziły się ostatecznie w okupione licznymi ofiarami starcia demonstrantów

³ R. Pipes, *Krótką historia rewolucji rosyjskiej*, Warszawa 2014, s. 121-136.

z milicją i wojskiem. Minęła kolejna dekada, robotnicy (i społeczeństwo) wyciągnęli odpowiednie wnioski. Wyłoniła się struktura przygotowująca i kierująca protestem (Wolne Związki Zawodowe). Pokojowa przemiana ustrojowa zapoczątkowana latem 1980 r., mimo że naprawdę i w końcowym efekcie rewolucyjna, zachodziła inaczej – etapowo i nie zawsze konsekwentnie. Jej okresem założycielskim były lipcowo-sierpniowe strajki robotnicze na Lubelszczyźnie i na Wybrzeżu. Zakończyły się one podpisaniem kluczowych porozumień między komisjami rządowymi i komitetami strajkowymi najpierw w Szczecinie (30 sierpnia), następnie w Gdańsku (31 sierpnia), wreszcie w śląskim Jastrzębiu (3 września)⁴. Jedną ze zdobyczy owej bezkrwawej konfrontacji było utworzenie pierwszego w imperium sowieckim/komunistycznym samorządnego związku zawodowego, niezależnego od władz. Miało to symboliczne znaczenie dla skruszenia podstaw całego systemu społeczno-ekonomicznego. Polska Zjednoczona Partia Robotnicza, uzurpujająca sobie prawo reprezentacji marnie wynagradzanego proletariatu, a potem coraz lepiej opłacanych i coraz bardziej świadomych robotników wielkich zakładów przemysłowych, całkowicie straciła wiarygodność. A poprzez fakt powołania niezależnego związku zawodowego uzurpowaną legitymację ostatecznie całkowicie unieważniła. Przywódcy strajkowi upomnieli się o godność klasy robotniczej, społeczeństwa jako wspólnoty, wreszcie o prawa pojedynczego człowieka. Odniesienie do jednostki, czyli obywatela, stało się zresztą myślą przewodnią zmienionej w latach 90. XX w. Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Istotną kwestią podnoszoną przez strajkujących, a następnie zapisaną w protokołach porozumień były postulaty socjalne i te dotyczące opieki zdrowotnej. Zmianę struktury właścicielskiej i modelu finansowania można było rozpatrywać jedynie teoretycznie i ewentualnie perspektywicznie, w powiązaniu z ideą przyszłych reform państwowego ustroju społeczno-gospodarczego. Jesienią 1981 r. Polskie Towarzystwo Ekonomiczne złożyło zresztą własny projekt reformy służby zdrowia⁵. We wstępnej, omawianej tu fazie przemian dominowały jednakże doraźnie postulaty płacowe oraz rewindykacyjne, dotyczące zwrotu nieruchomości z przeznaczeniem na ochronę zdrowia.

KIERUNEK ZMIAN – NOWA ORGANIZACJA OCHRONY ZDROWIA

Z definicji przedmiotem reform miałyby być – i w podanych wyżej przypadkach był – dotychczasowy system organizacyjny ochrony zdrowia.

Polski autorytet w dziedzinie prakseologii (nauki o racjonalnym działaniu i godnej, solidnej pracy), prof. Tadeusz Kotarbiński, przez pojęcie organizacji określał „taką całość, której składniki wzajemnie przyczyniają się do prowadzenia całości”⁶. O sprawności jej działania decydują: skuteczność (sposoby prowadzące do celu), korzystność (pożyteczność dla zaangażowanych podmiotów) i ekonomiczność (jest ono ekonomiczne tylko wtedy, jeżeli stosunek wyniku użytecznego do kosztu jest większy od jedności). W omawianym okresie pod względem ustrojowym system opieki zdrowotnej w Polsce i innych „krajach socjalistycznych” klasyfikowano jako „narodową służbę zdrowia”. Był to sztuczny i niespójny twór przeciwstawiany niejako dwom innym, sprawdzonym i obowiązującym na świecie systemom organizacyjnym: opiece państwowej i ubezpieczeniom zdrowotnym. Ten drugi jest oparty na prywatnej praktyce funkcjonującej według zasady „opłata – usługa”. Lekarze pozostają całkowicie niezależni, płatnikami są rządowe agencje lub fundacje, zasilane z opłat ubezpieczeniowych, pośredniczące w kontraktowaniu usług. W Polsce, po 1989 r. i przejęciu ostatecznie takiego właśnie rozwiązania, role te przypadły Kasom Chorych, a potem Narodowemu Funduszu Zdrowia.

Podstawowe zasady funkcjonowania modelu sowieckiego miały w założeniach: jednolitość organizacyjną służby zdrowia, udział społeczeństwa w ochronie zdrowia i szeroko zakrojone działania profilaktyczne. W Polsce zadania te realizowało istniejące od 1960 r. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (wcześniej opieką społeczną zajmowało się Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej; po roku 1989, w III Rzeczypospolitej, powrócono do praktyki rozdzielającej administracyjnie zdrowie i opiekę, łącząc tę drugą ponownie z pracą). W rezultacie zarówno poziom ochrony zdrowia, jak i efektywność systemu socjalnego zamiast się podnosić, solidarnie niedomagały. Zamiast teoretycznie korzystnej integracji, borykano się z marnotrawstwem i nieefektywnością⁷. Z owego istniejącego w PRL-u organizacyjnego powiązania częściowo wynikał właśnie taki, a nie inny charakter postulatów robotniczych

4 *Protokoły porozumień Gdańsk Szczecin Jastrzębie. Statut NSZZ „Solidarność”, Krajowa Agencja Wydawnicza RSW „Prasa-Książka-Ruch”, Warszawa 1980.*

5 *Cele i zakres reformy gospodarczej*, red. U. Libura-Grzełowska, Warszawa 1981.

6 M. Sygit, *Organizacja ochrony zdrowia. Poradnik dydaktyczny i materiały do zajęć dla studentów*, Szczecin 1983, s. 9-10, 13, 50-52; T. Kotarbiński, *Traktat o dobrej robocie*, Warszawa 1982, s. 68.

7 M. Sygit, *op. cit.*; T. Kotarbiński, *op. cit.*

w okresie 1980-1981 i fakt, że obok spraw dotyczących zdrowia tak znaczna uwaga skierowana była na problemy socjalne. W niniejszym artykule przedmiotem głównego zainteresowania są kwestie ochrony zdrowia.

STRAJK W STOCZNI IM. LENINA W GDAŃSKU

Autor opracowania był bezpośrednim świadkiem wydarzeń w Gdańsku, znajdując się przez kilka dni sierpnia w tłumie osób obserwujących oraz wspierających strajk. Słuchał transmisji z Sali BHP Stoczni Gdańskiej, gdzie toczyły się rozmowy pomiędzy Komisją Rządową pod przewodnictwem Mieczysława Jagielskiego, wiceprezesa Rady Ministrów Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, a Prezydium Międzyzakładowego Komitetu Strajkowego, z Lechem Wałęsą oraz wiceprzewodniczącymi – Andrzejem Kołodziejem i Bogdanem Lisem – na czele. Autor obserwował dosyć dramatyczne sceny, gdy zza stoczniowego muru wybiegali młodzi stoczniowcy i wyciągali z tłumu agentów Służby Bezpieczeństwa fotografujących uczestników protestu. Widział, jak po osiągnięciu wstępnych uzgodnień, w trzecim dniu trwania okupacji stoczni, Wałęsa ogłosił rozwiązanie strajku. Robotnicy chaotycznie i w entuzjastycznym pośpiechu zaczęli opuszczać teren stoczni, zdążając do trójmiejskiej kolejki. Okazało się potem, że przy bramie nr 2 doszło do przepychanek między osobami wychodzącymi a radykalnymi działaczami Wolnych Związków Zawodowych, którzy w rezultacie prze-forsowali kontynuację/wznowienie strajku. Tenże autor miał też okazję weryfikacji swoich spostrzeżeń podczas późniejszej rozmowy w trakcie kursu specjalizacyjnego w zakresie neurologii z Dariuszem Kobzdejem (1952-1995), lekarzem i opozycjonistą, działaczem Ruchu Młodej Polski, przewodniczącym Komitetu Obrony Więzionych za Przekonania, wówczas (w latach 1983-1995) praktykującym w szpitalu w Gdyni-Redłowie.

Po wznowieniu protestu, do czysto ekonomicznych postulatów dołączono postulaty polityczne, co ukształtowało słynną 21-punktową listę żądań. Wtedy to przyjęto do wdrożenia kluczowe z punktu widzenia polityki społecznej, ważne do dziś i ciągle obowiązujące pojęcie minimum socjalnego (punkt 15.). Punkt 16. wyrażono natomiast frazą: „poprawić warunki pracy Służby Zdrowia, co zapewni pełną opiekę medyczną osobom pracującym”⁸. Jego współautorkami były zaś robotnicze aktywistki, pielęgniarka Alina Pienkowska (1952-2002, potem w latach 1991-1993 senator RP, Honorowy Obywatel Miasta Gdańska) oraz lekarka

Barbara Przedwojska⁹. W tym ogólnym sformułowaniu zawarto podstawowe postulaty ekonomiczne, a w załączniku składającym się z 30 wytycznych odniesiono się do kwestii szczegółowych.

Za niezbędne uznano natychmiastowe zwiększenie mocy wykonawczych w zakresie inwestycji Służby Zdrowia, poprawę zaopatrzenia w leki drogą dodatkowego importu surowców, podwyżki płac wszystkich pracowników Służby Zdrowia (m.in. zmiana siatki płac pielęgniarek) oraz pilne przygotowanie programów rządowego i resortowego dla poprawienia stanu zdrowia społeczeństwa. W załączniku zawarto następujące uzgodnienia:

1. Wprowadzić w życie „Kartę praw pracownika Służby zdrowia”.
2. Zapewnić w sprzedaży odpowiednią ilość bawełnianej odzieży ochronnej.
3. Za odzież roboczą wypłacać ekwiwalent z puli kosztów rzeczowych.
4. Zabezpieczyć fundusz płac w sposób umożliwiający przyznanie odpowiednich dodatków wszystkim wyróżniającym się w pracy – zgodnie z obowiązującymi teoretycznie możliwościami.
5. Ustalić wzrastające dodatki za wysługę lat po kolejnych 25 i 30 latach pracy.
6. Ustalić dodatek za pracę w warunkach szkodliwych lub uciążliwych dla zdrowia, wprowadzić dodatek za pracę zmianową dla pracowników niemedycznych.
7. Przywrócić dodatek za pracę z chorymi zakaźnie lub zakaźnym materiałem biologicznym, podnieść płace za dyżury nocne pielęgniarstwa.
8. Uznać schorzenia kręgosłupa za chorobę zawodową stomatologów.
9. Przydzielać opał dobrej jakości dla szpitali i żłobków.
10. Wyrównać dodatki za wysługę lat dla pielęgniarek niemających pełnego średniego wykształcenia do poziomu pielęgniarek dyplomowanych.
11. Wprowadzić dla wszystkich pracowników fachowych siedmiogodzinny dzień pracy.
12. Wprowadzić wolne soboty bez odpracowywania.
13. Dyżury niedzielne i świąteczne opłacać ze zwyczajną 100%.
14. Zapewnić bezpłatne leki dla pracowników Służby Zdrowia.
15. Umożliwić częściowy zwrot pożyczki mieszkaniowej z funduszu socjalnego.
16. Zwiększyć limit mieszkań dla pracowników Służby Zdrowia.
17. Samotnym pielęgniarkom umożliwić przydział mieszkań.
18. Fundusz nagród zamienić na 13. pensję.

⁸ M. Stankiewicz, *Po szesnaste – zdrowie*, „Gazeta Lekarska” 2005, nr 9(177), s. 4, 6-8.

⁹ *Ibidem*.

19. Po 20 latach pracy w Służbie Zdrowia zapewnić urlop sześciotygodniowy oraz umożliwić otrzymanie płatnego rocznego urlopu na poprawę zdrowia, jaki przysługuje nauczycielom.
20. Zapewnić płatne urlopy doktoryzującym się w wymiarze 4 tygodni, a specjalizującym się – 2 tygodni.
21. Zapewnić pełne prawo do dnia wolnego po dyżurach lekarskich.
22. Wyznaczyć 5-godzinny czas pracy dla pracowników żłobków (jak w przedszkolach) oraz bezpłatne wyżywienie.
23. Wprowadzić przydziały samochodów dla pracowników podstawowej opieki zdrowotnej i zasadę limitu kilometrów lub ryczałtu na przejazdy służbowe.
24. Pielęgniarki z wyższym wykształceniem uznać i opłacać jak inny personel z wyższym wykształceniem.
25. Powołać wyspecjalizowane ekipy remontowe w ZOZ-ach (Zakładach Opieki Zdrowotnej), aby uchronić obiekty Służby Zdrowia przed dalszą dekapitalizacją.
26. Podnieść normy na leki na 1 leczonego w szpitalu z 1138 zł do 2700, bo taki jest rzeczywisty koszt leczenia oraz stawki na żywienie.
27. Ustalić talony żywnościowe dla chorych obłożnie.
28. Zwiększyć liczebność taboru sanitarnego dwukrotnie – bo taka jest realna potrzeba już dziś.
29. Zapewnić czystość powietrza, gleby i wód – zwłaszcza morskich przybrzeżnych.
30. Równoległe z oddawaniem do użytku nowych osiedli mieszkaniowych oddawać mieszkańcom do użytku przychodnie, apteki i żłobki¹⁰.

Członkami MKS-u delegowanymi do rozmów z Komisją Rządową, oprócz już wymienionych, byli także: Lech Bądkowski, Wojciech Gruszewski, Andrzej Gwiazda, Stefan Izdebski, Jerzy Kwiecik, Zdzisław Kobyliński, Henryka Krzywonos, Stefan Lewandowski, Alina Pienkowska, Józef Przybylski, Jerzy Sikorski, Lech Sobieszek, Tadeusz Stanny, Anna Walentyńowicz, Florian Wiśniewski. Sygnatariuszami porozumień ze strony rządu PRL, obok Jagielskiego, byli również: Zbigniew Zieliński, członek Sekretariatu Komitetu Centralnego Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej, Tadeusz Fiszbach, Przewodniczący Wojewódzkiej Rady Narodowej w Gdańsku, oraz Jerzy Kołodziejcki, Wojewoda Gdański¹¹.

10 *Protokół porozumienia zawartego przez Komisję Rządową i Międzyzakładowy Komitet Strajkowy w dniu 31 sierpnia 1980 roku Stoczni Gdańskiej*, [w:] *Protokoły porozumień Gdańsk Szczecin Jastrzębie...*, s. 6-7.

11 *Ibidem*, s. 8-9.

UGODA W SZCZECINIE

Podpisane dzień wcześniej (co też znamienne) w Szczecinie ustalenia były bardziej ogólnikowe i kompromisowe. Spotkały się z ostrą krytyką działaczy strajkowych w Gdańsku i stały się zarzewiem pewnych animozji, a nawet rywalizacji między obu ośrodkami rewolty¹². Tylko jeden punkt spośród 29 szczecińskich ustaleń dotyczył ochrony zdrowia i został sformułowany następująco: „Uzgodniono za niezbędną dalszą poprawę lecznictwa w Polsce, a w szczególności zaopatrzenia w leki i ujednoczenia opłat za leki dla ubezpieczonych. Utrzymać w mocy dotychczasową nieodpłatność za leki dla rencistów, emerytów, kolejarzy i wojska”¹³. W dodatkowym protokole zawarto jeszcze zapis mówiący o konieczności obligatoryjnego utrzymania poziomu zarobków tym pracownikom, którzy utracili zdrowie w związku z wykonywaną funkcją w macierzystym zakładzie, mimo utraty przez nich zdolności do dalszego wykonywania tej pracy¹⁴.

Ze strony MKS-u dokument podpisali: przewodniczący Marian Jurczyk oraz dwaj wiceprzewodniczący: Kazimierz Fischbein i Marian Juszcuk; natomiast ze strony Komisji Rządowej – wicepremier Kazimierz Barcikowski, Zastępca Członka Biura Politycznego; sekretarz KC PZPR Andrzej Żabiński oraz I Sekretarz Komitetu Wojewódzkiego PZPR w Szczecinie Janusz Brych. Zadeklarowano, że Prezes Rady Ministrów powoła Komisję Mieszana składającą się z przedstawicieli rządu, robotników i władz wojewódzkich (po pięć osób). Przewodniczącym Komisji zostanie przedstawiciel rządu, a zastępcami: przedstawiciel robotników i przedstawiciel władz wojewódzkich, którzy wspólnie tworzyć będą Prezydium Komisji. Zadaniem Komisji będzie czuwanie nad realizacją ustaleń porozumienia i informowanie załóg o przebiegu pracy Komisji i realizacji porozumienia. W przypadku powstania spornych kwestii, strony – przed podjęciem jakichkolwiek działań – miały obowiązek wzajemnych konsultacji w ramach Prezydium Komisji lub przy pełnym składzie Komisji. Cały podpisany dokument zdawał się mało konkretny, nieco kapitulanki w porównaniu z uzgodnieniami gdańskimi, koncentrował się bowiem na korektach płacowych na rzecz robotników. Można odnieść wrażenie, że pozwalał władzy zachować twarz i zawierał opcje różnych manipulacji. Stwarzał rządzącym możliwość

12 *Protokół ustaleń w sprawie wniosków i postulatów Międzyzakładowego Komitetu Strajkowego z Komisją Rządową w Szczecinie*, [w:] *Protokoły porozumień Gdańsk Szczecin Jastrzębie...*, s. 10-12.

13 *Sierpień 1980 roku w Szczecinie. Wydarzenia i dokumenty*, SZSP, Szczecin 1980, s. 177-178.

14 *Ibidem*.

taktycznego odwrotu. O to właśnie mieli pretensje przywódcy stoczniowców gdańskich. Już ten fakt oraz odmienny ton dokumentów świadczyły o pewnym sukcesie aparatu partyjno-rządowego, jakim było złamanie robotniczej rewolucyjnej solidarności.

POROZUMIENIE Z GÓRNIKAMI NA GÓRNYM ŚLĄSKU

Porozumienie zawarto w Kopalni Węgla Kamiennego „Manifest Lipcowy” w Jastrzębiu w dniu 3 września 1980 r. między Prezydium Międzyzakładowego Komitetu Strajkowego i Komisją Rządową. Przewodniczącym Prezydium MKS-u, skupiającego załogi kopalń i zakładów obsługi technicznej, był Jarosław Sienkiewicz, wiceprzewodniczącymi: Stefan Pałka i Tadeusz Jedynek. Stronę rządową reprezentowali: wicepremier – przewodniczący Komisji Aleksander Kopeć, oraz członkowie: Andrzej Żabiński, Minister Górnictwa Włodzimierz Lejczak, Sekretarz KW PZPR w Katowicach Wiesław Kiczan, podsekretarz Stanu w Ministerstwie Górnictwa Mieczysław Glanowski, I Zastępca Wojewody Katowickiego Zdzisław Gorczyca i Rektor Politechniki Śląskiej Jerzy Nawrocki¹⁵. Punktów porozumienia było 29, do tego dochodziły postanowienia końcowe. Oprócz regulacji czysto partykularnych, resortowych, dotyczących pracy w górnictwie, jedna odnosiła się bezpośrednio do zdrowia: „Ustalono zwiększenie kontroli Związków Zawodowych nad pracą służby zdrowia oraz uzależnienie wszelkich przyszłych nagród dla zakładowej służby zdrowia od opinii związków zawodowych”¹⁶.

W dniu 17 września tego samego roku formalnie ogłoszono powołanie Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego „Solidarność”. Został on zarejestrowany przez Sąd Wojewódzki w Warszawie 10 listopada 1980 r.

REALIZACJA POROZUMIEŃ DOTYCZĄCYCH SŁUŻBY ZDROWIA

Tymczasem już na początku września 1980 r. ukształtował się – głównie spośród działaczy strajkowych w Gdańsku – Komitet Założycielski Sekcji Służby Zdrowia NSZZ „Solidarność”, z którego wkrótce wyłonił się Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” z Aliną Pienkowską jako przewodniczącą. 7 października na jej wniosek odbyło się spotkanie

regionalnych komitetów założycielskich z całego kraju z Lechem Wałęsą, gdzie podjęto decyzję o powołaniu Krajowej Komisji Koordynacyjnej (KKK) Służby Zdrowia. Po doraźnym wyciszeniu emocji związanych z falą strajków władza nader opieszale przystąpiła do realizacji podjętych ustaleń, niektóre z nich postanowiła wręcz zignorować. Zaczęły się manipulacje związane z interpretacją poszczególnych zapisów, przeciąganie obrad itp. Dlatego przywódcy KKK Służby Zdrowia „Solidarność” podczas jednego ze spotkań, 7 listopada 1980 r., w budynku gdańskiego urzędu wojewódzkiego zdecydowali się na rozpoczęcie strajku okupacyjnego. Protest poparli (też w tej formie) studenci Akademii Medycznych w Gdańsku i Warszawie. Trwał on do 16 listopada, nim podjęto wreszcie konkretne negocjacje i podpisano protokół. Głównym doradcą strony społecznej był wtedy Lech Kaczyński. Strajk formalnie zakończył się 17 listopada o godzinie 7.45¹⁷. Komisji Rządowej przewodniczył minister Andrzej Jedynek, a w jej skład wchodził podsekretarz stanu, odpowiednio: w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej – Tadeusz Szelachowski (1932-2020, wcześniej lekarz wojewódzki w Białymstoku, członek Zjednoczonego Stronnictwa Ludowego, w latach 1981-1985 Minister Zdrowia, potem poseł na Sejm i wiceprzewodniczący Rady Państwa PRL); w Ministerstwie Pracy, Płac i Spraw Socjalnych – Janusz Obodowski (1930-2011, potem minister tego resortu, szef Państwowej Komisji Planowania i wicepremier). Delegacji związkowej przewodniczyła Alina Pienkowska, której towarzyszyli: Michał Kurowski (ur. w 1936 r.) – lekarz internista ze Szczecina, potem wykładowca Pomorskiej Akademii Medycznej, oraz Tomasz Janas – przedstawiciel Regionu Górnośląskiego NSZZ. Obrady dotyczyły punktów 8 i 16 porozumienia sierpniowego¹⁸.

Relacjonując wcześniej zapis ustaleń dotyczących ochrony zdrowia z 31 sierpnia, punktu 8 nie poruszono. Miał on bowiem charakter ogólny i brzmiał: „Podnieść wynagrodzenie zasadnicze każdego pracownika o 2000 zł na miesiąc, jako rekompensatę dotychczasowego wzrostu cen”¹⁹. Podwyżki miały być wprowadzane stopniowo dla wszystkich grup pracowniczych, przede wszystkim dla tych z najniższymi płacami, i realizowane

¹⁵ Protokół porozumienia zawartego przez Komisję Rządową i Międzyzakładowy Komitet Strajkowy w dniu 3 września 1980 roku w KWK „Manifest Lipcowy”, [w:] *Protokoły porozumień Gdańsk Szczecin Jastrzębie...*, s. 13-16.

¹⁶ *Ibidem*.

¹⁷ <https://encysol.pl/es/encyklopedia/biogramy/17146,Kurowski-Michal.html?search=86964339959> – 6.11.2022; <https://encysol.pl/es/encyklopedia/hasla-rzeczowe/14350>, sekcja służby zdrowia-NSZZ Solidarność – 13.11.2022.

¹⁸ *Protokół porozumienia zawartego między Komisją Rządową a Delegacją Pracowników Służby Zdrowia zrzeszonych w NSZZ „Solidarność” dnia 16 listopada 1980 r. w Gdańsku*, [w:] *Protokoły porozumień rząd – służba zdrowia*, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1981, s. 3-4.

¹⁹ *Ibidem*.

w poszczególnych zakładach i grupach branżowych przy uwzględnieniu specyfiki zawodów i branż. Zakończenie tej operacji przewidywano na 30 września 1980 r.²⁰

Na posiedzeniu Komisji Rządowej i Delegacji NSZZ w Gdańsku 16 listopada ustalono, że:

1. Z dniem 1 października 1980 r. wprowadzić dodatek kwotowy do wynagrodzenia w wysokościach określonych w załączniku.
2. Dodatek kwotowy miał być wypłacany przez miesiąc, a następnie od 1 listopada 1981 r. włączony do nowych zasad płacowych regulowanych przez układy zbiorowe pracy.
3. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej miał zapewnić środki finansowe dla utrzymania dotychczasowej wartości globalnej wypłacanych dodatków specjalnych, do czasu wprowadzenia nowego systemu płac, do którego nowe kwoty dodatku powinny zostać włączone automatycznie.
4. Zobowiązano się zapewnić dodatkowe środki finansowe dla Akademii Medycznych i instytutów naukowo-badawczych, celem pokrycia różnicy pomiędzy wysokością dodatku kwotowego dla pracowników służby zdrowia a stawkami podwyżki przyjętymi dla pracowników szkolnictwa wyższego i nauki.
5. Propozycje nowych zasad wynagradzania pracowników służby zdrowia i opieki społecznej miały zostać opracowane do 30 kwietnia 1981 r., a następnie skierowane do konsultacji z pracownikami i związkami zawodowymi.
6. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, uważając za sprawę zasadniczą dla rozwoju zdrowia i opieki społecznej znaczną poprawę jej podstaw materialnych, miał zabezpieczyć na te cele 5% dochodu narodowego oraz 2% nakładów inwestycyjnych państwa, poczynając od 1981 r., oraz dalszy wzrost tych udziałów w latach następnych²¹.

PROTOKÓŁ USTALEŃ. OGÓLNIKI I DETALE

Załącznik nr 1 określał szczegółowo wysokość dodatku kwotowego w zależności od grupy zaszerogowania i w stosunku do płacy minimalnej. Według załącznika nr 2 Minister Przemysłu Lekkiego zobowiązywał się do zapewnienia odczuwalnej poprawy zaopatrzenia w materiały opatrunkowe i środki sanitarne – wzrost dostaw waty o 600 ton oraz pełne pokrycie zapotrzebowania na gazę do 30 czerwca 1981 r. Inni właściwi ministrowie mieli zabezpieczyć pełne i rytmiczne pokrywanie ilościowych i asortymentowych potrzeb leków

podstawowych. Poprawę zaopatrzenia miano uzyskać drogą dodatkowego importu leków oraz wzrostu produkcji krajowej, z równoległą poprawą zaopatrzenia w pozostałe leki. Zakładano do końca 1984 r. całkowite odstąpienie od ministerialnej listy leków podstawowych i zagwarantowanie pełnej dostępności wszystkich medykamentów. W tym celu Minister Przemysłu Chemicznego zadeklarował wprowadzenie programu inwestycyjno-modernizacyjnego przemysłu farmaceutycznego, a „Solidarność” zażądała pilnego zrealizowania wniosków tego ministra, dotyczących przejęcia niewykorzystywanych obiektów z innych resortów z przeznaczeniem na potrzeby przemysłu farmaceutycznego. Szczególnie chodziło o obiekty niezrealizowanych inwestycji przemysłowych w Kościerzynie, Kawęczynie, Błachowni Śląskiej oraz w Pile (zakłady chemiczne)²².

Podkreślono konieczność przestrzegania zakazu eksportu leków, środków opatrunkowych i artykułów sanitarnych, na które nie ma pełnego pokrycia w kraju. Zadeklarowano też dodatkowo przeznaczenie znacznej sumy na pozyskanie leków i surowców z zagranicy²³. Uzgodniono (w odpowiedzi na postulaty przedsiębiorstwa „Cefarm” i aptek zakładowych) nieodzowność inwestycji w celu zabezpieczenia prawidłowego rozwoju aptek w Polsce, zgodnie z normatywami i wytycznymi projektowania aptek z dnia 22 stycznia 1977 r. (jedna apteka na 10 000 mieszkańców z równomiernym rozmieszczeniem tych placówek na terenie kraju). Na te cele zamierzano wyasygnować środki z istniejącego wówczas Narodowego Funduszu Ochrony Zdrowia do częściowego wykorzystania także na budowę mieszkań dla farmaceutów. Zalecono przeniesienie aptek zakładowych (szpitalnych) z pomieszczeń adaptowanych (suterren, strychów) do lokali odpowiadających normom sanitarnym i technicznym, z wydzieleniem przestrzeni do produkcji płynów infuzyjnych dla potrzeb każdej z placówek szpitalnych. Wnioskowano też o niezwłoczne opracowanie projektu listy leków o symbolicznej odpłatności – 10%, dostępnych dla osób o najniższych dochodach. Pozostałe (szczegółowe) ustalenia w obrębie załącznika nr 2 dotyczyły organizacji przedsiębiorstw Zjednoczenia „Cefarm”²⁴.

Załącznik nr 3 zapowiadał, że Minister Zdrowia i Opieki Społecznej,

poprzez uzyskanie nowych etatów, zapewni począwszy od 1 stycznia 1981r. zatrudnienie wszystkim absolwentom szkół medycznych, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami z uwzględnieniem potrzeb danego terenu, (...) przedstawi projekt norm zatrudnienia

²⁰ *Ibidem*, s. 5.

²¹ *Ibidem*.

²² *Ibidem*, s. 6.

²³ *Ibidem*, s. 7.

²⁴ *Ibidem*, s. 9-10.

w zakładach służby zdrowia i opieki społecznej (...), wprowadzi ruchomy czas pracy dla pielęgniarek środowiskowych, położnych rejonowych oraz pracowników socjalnych (...), nie będzie stwarzać przeszkód medycznym pracownikom zakonnym, którzy będą chcieli podjąć zatrudnienie w placówkach służby zdrowia i opieki społecznej i stworzy im w miarę możliwości lokalnych, warunki do przestrzegania reguły zakonnej²⁵.

Kolejny załącznik zawierał zgodę na organizację przez „Solidarność” banku leków ratujących życie, dostarczanych jako dary przez odpowiednią fundację Kongresu Polonii Amerykańskiej. Właścicielem leków miała być organizacja związkowa, a ministerstwo zapewniało jedynie nadzór i doradztwo fachowe. Dystrybucją – z definicji nieodpłatną – zająć się mieli związkowcy.

Widać więc, że „reformy” polegały w zasadzie jedynie na korektach obowiązującego systemu, miały charakter doraźny, niemal ratujący go przed totalną zapaścią. Chodziło o uruchomienie wszelkich rezerw i maksymalnej zachęty materialnej dla ludzi. Dlatego też zagrożona w swych podstawach władza, pod presją sytuacji strajkowej, skwapliwie i poniekąd we własnym interesie te postulaty podpisywała. Dzieliła się odpowiedzialnością, nie tracąc nic z i tak mocno nadwerżonego prestiżu.

Na dodatek rewolucja zaczęła jakby konsumować własne idee. Oto w załączniku nr 5 postulowano wystąpienie do Ministra Spraw Wewnętrznych o...

zrewidowanie Kodeksu Drogowego w tym sensie, aby nie zatrzymywać kierowcom transportu sanitarnego (kierowcy zawodowi) prawa jazdy w czasie uczestniczenia przez nich w wypadkach drogowych lub innych przypadkach, w trybie administracyjnym- do czasu rozpatrzenia sprawy przez sąd lub kolegia ds. wykroczeń oraz powołanie w tych kolegiach specjalistycznych zespołów orzekających w sprawach o wykroczenia przeciwko przepisom Kodeksu Drogowego. (...) Poza tym, w okresie (a jednak!) zatrzymania prawa jazdy, kierowca zachowywałby prawo do pełnego wynagrodzenia (jak za urlop), z wyjątkiem ewidentnej winy kierowcy²⁶.

Postanowiono zwiększyć ogólną liczbę karetek oraz etatów dla kierowców i mechaników samochodowych. Określono maksymalny, dopuszczalny limit przebiegu kilometrowego dla wozów bojowych (samochody uprzywilejowane), postulowano możliwość tankowania

takich pojazdów na stacjach CPN poza kolejnością. Minister miał wystąpić do resortu komunikacji o zmianę przepisów umożliwiających dokonanie pierwokupu samochodów wycofanych z eksploatacji przez pracowników Wojewódzkich Kolumn Transportu Sanitarne-go, a w drugiej kolejności przez pracowników służby zdrowia. Normy paliwa dla karetek pogotowia w okresie jesienno-zimowym miały zostać zwiększone o 20%. Odpowiedni ministrowie mieli zastosować się do sugestii, „by funkcjonariusze Milicji Obywatelskiej oraz innych organów Kontroli Ruchu Drogowego tolerowali naruszenie przepisów prędkości, zakazów zatrzymywania i postoju przez kierowców Pogotowia Ratunkowego (PR) podczas pełnienia dyżurów, nawet gdy nie używają wyróżniających je sygnałów”²⁷. Widoczny tu jakobinizm poszedł jeszcze dalej. Minister został zobowiązany do wprowadzenia do Karty Pracownika Służby Zdrowia prawa bezpłatnego korzystania z usług przewozowych PR dla pracowników służby zdrowia i ich rodzin. Dalsze uzgodnienia dotyczyły kwestii płacowych (zmniejszenie ryczałtu bez obniżenia wynagrodzenia). Miały być także zamówione nowe samoloty sanitarne i radiotelefony²⁸.

Załącznik nr 6 podnosił wagę rozbudowy pralni szpitalnych, potrzeby opracowania programów gromadzenia, usuwania i unieszkodliwiania nieczystości stałych. Do końca 1985 r. miał powstać system spalarni nieczystości, a we wszystkich jednostkach służby zdrowia – centralne sterylizatornie, w celu zapewnienia w szpitalach właściwej dezynfekcji materaców, pościeli i sprzętu medycznego. Począwszy od 1981 r. chciano rozpocząć plan budowy szpitalnych oczyszczalni ścieków. Wiele dezyderatów zostało skierowanych do Ministerstwa Przemysłu Chemicznego (o większe dostawy środków dezynfekcyjnych, dezynsekcyjnych, deratyzacyjnych, odczynników i zestawów diagnostycznych). Punkt 5. brzmiał dosłownie tak:

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej zobowiąże Zjednoczenie „Biomed” do opracowania do dnia 30 czerwca 1981 r. programu produkcji enzymów, zestawów enzymatycznych, zestawów surowic kontrolnych. Preparatów krwiopochodnych, antygenów, przeciwciał, sączków i innych środków niezbędnych do działalności diagnostyki laboratoryjnej. Program ten zostanie przesłany NSZZ „Solidarność” do oceny²⁹.

Tymczasem załącznik nr 9 zawierał projekty zdecydowanie bardziej proreformatorskie, systemowe i zasadnicze. Chodziło przede wszystkim o wolny wybór

²⁵ *Ibidem*, s. 11.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ *Ibidem*.

²⁸ *Ibidem*, s. 12-15.

²⁹ *Ibidem*.

lekarza; wynagradzanie lekarzy w zależności od wykonywanych zadań, w tym liczby zarejestrowanych pacjentów; intensyfikację szkolenia lekarzy rejonowych; uproszczenie dokumentacji poprzez postulat wprowadzenia książeczek zdrowia (oczywiście wtedy jeszcze nie mogło być mowy o komputeryzacji). Miano umożliwić przepływ kadr między placówkami „zamkniętej” opieki zdrowotnej, czyli według ówczesnej nomenklatury: szpitalami a przychodniami (tzw. opieka otwarta). Zamierzano zapewnić ciągłość leczenia, tworząc dla lekarzy etaty „łamane” – łączące zatrudnienie w przychodni i w szpitalu po to, by istniała możliwość śledzenia całego procesu diagnostyczno-terapeutycznego po opuszczeniu oddziału szpitalnego przez pacjenta oraz kontynuacja efektywnej opieki nad nim w domu. W ramach podnoszenia poziomu podstawowej opieki zdrowotnej zdecydowano także o wyrównaniu stawek placowych pracowników do poziomu szpitalnego (dotąd wyższego)³⁰.

Załącznik nr 10 regulował szczegółowo najbardziej palące problemy środowiska stomatologów. Zmienić miał się tytuł zawodowy – z lekarza dentysty na lekarza stomatologa (do dziś postulat niezrealizowany), a status zawodowy lekarza stomatologa miał zostać zrównany ze statusem lekarza. Zobowiązano MZiOS do zapewnienia w ciągu 5 lat zatrudnienia dodatkowych 1500 stomatologów, tyleż asystentek oraz takiego wzrostu liczebności higienistek stomatologicznych, by jedna przypadła na dwa, trzy rejony. Stomatologom zapewniano prawo do specjalizacji oraz używania tytułów uzyskanych tą drogą. Technicy dentystyczni mieli w większym niż dotychczas stopniu uczestniczyć w opiniowaniu materiałów i sprzętu sprowadzanych z zagranicy. Kolejne punkty porozumienia dotyczące poszczególnych segmentów działań służby zdrowia uzgadniano etapowo w kolejnych miesiącach. W tym trybie zajęto się też krwiolecznictwem. Chodziło głównie o zrewaloryzowanie świadczeń dla honorowych dawców krwi (dodatkowe dni wolne od pracy, posiłki regeneracyjne, odznaczenia państwowe dla rekordzistów). System honorowego krwiodawstwa od lat stanowi bowiem podstawowe źródło pozyskiwania tego drogiego i niezastąpionego leku. Niestety ani wśród postulatów, ani w uzgodnieniach nie ma słowa o prawdziwie honorowym traktowaniu krwiodawców, czyli szczegółowych (nieraz kosztownych, niestety!) badaniach wstępnych i okresowych, uświadamianiu możliwej w pewnych przypadkach szkodliwości długotrwałego oddawania krwi itp.³¹

W kolejnym załączniku (nr 13), podpisanym 21 stycznia 1981 r., określono, że stanowiska kierownicze w placówkach służby zdrowia podległych MZiOS będą

obsadzone na zasadzie konkursu, a jedynie w sytuacji braku kandydatów – drogą nominacji. Miały zostać wprowadzone okresowe oceny kadry kierowniczej, co było zapowiedzią odejścia od nomenklatury partyjnej w polityce kadrowej. Szkolnictwo medyczne średniego stopnia zamierzano oddać pod nadzór Ministerstwa Zdrowia zamiast dotychczasowej podległości Ministerstwu Oświaty i Wychowania. Miało to umożliwić zgodne z rzeczywistymi potrzebami rozmieszczenie personelu medycznego. Jednocześnie (załącznik nr 14) MZiOS zobowiązało się zapewnić 2% udział inwestycji na rzecz służby zdrowia, w puli ogólnych nakładów inwestycyjnych państwa. W tę pulę nie wliczano nakładów na NFOZ. Założono nowe zasady finansowania wydatków na leki, z możliwością pozyskiwania dodatkowych środków z rezerwy budżetu centralnego. Kolejne ustalenia (punkty 8 i 9) były ujęte w sposób następujący:

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej przeprowadzi dokładne rozeznanie w podległych jednostkach i zakładach budżetowych służby zdrowia w odniesieniu dla jakiego asortymentu artykułów i materiałów należy znieść lub ograniczyć normatywy zapasów. Wprowadzenie w życie zamierzonych przedsięwzięć nastąpi nie później niż 1 stycznia 1982 r. MZiOS zleci Zjednoczeniu „Ortmed” dokonanie analizy gospodarki zapasami w podległych przedsiębiorstwach i warsztatach ortopedycznych do dnia 31 marca 1981 r. i przygotowanie wniosków z uzasadnieniem w celu wystąpienia do Ministra Finansów o wyrażenie zgody na dostosowanie gospodarki zapasami do specyfiki przedsiębiorstw i zakładów³².

Tu niejako paradoksalnie rewolucja nakazuje urzędnikowi państwowemu zlecenie kontroli w jego urzędzie, czyli *de facto* wywiązanie się z ustawowego obowiązku, leżącego przecież w zakresie obowiązków tegoż urzędnika... To nic innego, jak dotychczasowa praktyka partyjna PZPR w stosunku do organów państwowych, nie zmienił się też język! Wygląda to tak, jak gdyby nowa nomenklatura trochę zastępowała starą. Popatrzmy dalej. Strona społeczna postuluje... zniesienie przywileju wyłączności Społecznego Komitetu Przeciwalkoholowego w zakresie reprezentowania polskiego społecznego ruchu przeciwalkoholowego. Zaznaczono, co niewątpliwie kuriozalne, szczególnie dobitnie konieczność wyjęcia koordynujących spod uprawnień, czyli spod rzetelnej kurateli Społecznych Komitetów Przeciwalkoholowych, działalności przeciwalkoholowej NSZZ „Solidarność”.

³⁰ *Ibidem*, s. 16-25.

³¹ *Ibidem*, s. 25-30.

³² *Ibidem*, s. 34-37.

W krótkiej perspektywie miało też nastąpić – i co nie budzi już kontrowersji – wycofanie napojów alkoholowych o zawartości powyżej 4,5% alkoholu ze sklepów ogólnospożywczych. Sprzedaż alkoholu o wyższej zawartości procentowej powinna się odbywać wyłącznie w wydzielonych, wyspecjalizowanych sklepach zlokalizowanych w liczbie nie większej niż jeden sklep na 10 tys. ludności w miastach oraz jeden sklep na gminę. Z pociągów i obiektów PKP chciano wycofać napoje o zawartości powyżej 2,5% alkoholu. Podobnej mocy trunki byłyby niedostępne dla niepełnoletnich (tj. do 18 r.ż.). W izbach wytrzeźwień miano obowiązkowo (ale jednak teoretycznie za zgodą pacjenta!) pobierać krew na odczyny kiłowe. Wszystkie te postulaty (załącznik nr 15) dotyczące walki z alkoholizmem z ramienia NSZZ podpisali obok Aliny Pienkowskiej (przewodnicząca) także (jako członkowie Delegacji) Michał Kurowski, Tomasz Janas i dodatkowo Ewa Brandt oraz Marek Ballycki, w późniejszym okresie minister zdrowia³³.

W kolejnym punkcie zajęto się regulacjami socjalnymi i usprawnieniem pracy pielęgniarek, techników laboratoryjnych, techników rentgenowskich oraz fizjoterapeutów. Wyznaczono minimalne wskaźniki łóżek szpitalnych („somatycznych” oraz psychiatrycznych), miejsc w domach pomocy społecznej, żłobkach, domach rencistów. Następnie wnioskowano o zmiany zasad projektowania i prowadzenia robót budowlanych przy obiektach wznoszonych dla potrzeb służby zdrowia, tak by maksymalnie skrócić cykle inwestycyjne. Szczegółowo też omówiono (w aż 15 podpunktach) zmienione warunki działania Zakładów Remontowo-Budowlanych przy placówkach służby zdrowia³⁴.

Potem skupiono się na sprawach pracowniczych. Zgłoszono konieczność opracowania nowych układów zbiorowych, sposobu liczenia stażu pracy kobiet uwzględniający urlop wychowawczy, dodatki za dyżury zespołów wyjazdowych Pomocy Doraźnej. Dyżury w placówkach leczniczych ponad etatowe zatrudnienie winny być liczone jako godziny nadliczbowe. Ponadto MZiOS miało wystąpić do resortu komunikacji o przyznanie uprawnień do 50% zniżki biletowej dla pracowników Służby Zdrowia. Pracownicy higieny szkolnej mieli uzyskać prawo do urlopów wypoczynkowych w wymiarze przysługującym nauczycielom (czyli dłuższym niż dotąd).

Minister Zdrowia miał opracować Kartę Praw Pracownika Służby Zdrowia. To nie związkowi aktywiści zgłaszali zatem propozycje zasadniczych reform. Zadania te powierzono kompetencji dotychczasowych władz, co jeszcze raz zaświadcza, że nie chodziło wciąż

o radykalną rewizję systemu ochrony zdrowia, ale raczej o działania naprawcze i rewindykacyjne.

Zamiast więc rozwiązań systemowych, których można by oczekiwać od rewolucji – jedynie myślenie życzeniowe, nadal bardzo drobiazgowo i doraźne.

Kolejne (podobne) rozwiązania proponowano Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zamierzano mianowicie (i słusznie) podnieść znacząco prestiż i rangę tej służby. Niestety w sposób podobny do wcześniej omówionych regulacji dotyczących innych zawodów medycznych, a więc poprzez podwyżki płac dla pracowników, przydział dodatkowych samochodów służbowych itd. Wkrótce efekty tych ustaleń zostały zniweczone przez galopującą inflację, spadek wartości pieniądza i rosnący kryzys gospodarczy. Wskutek tego narastało rozczarowanie społeczeństwa, a równoległe poczucie zagrożenia odczuwane przez władzę. Z powodu prawdopodobnego nawrotu niezadowolenia i zapewne bardziej zdecydowanej jego demonstracji zastosowano uprzedzającą akcję siłową, ogłaszając ostatecznie 13 grudnia 1981 r. decyzję o stanie wojennym.

OPINIE DORADCZE SPOZA GŁÓWNEJ LINII KONFRONTACJI

Zanim jednak do tego doszło, w kwietniu 1981 r. raport o stanie zdrowia Polaków z zaznaczeniem odbiegających niekorzystnie od standardów europejskich parametrów ogłosiło Konwersatorium „Doświadczenie i Przyszłość”, nieformalne stowarzyszenie intelektualistów, skupionych wokół dziennikarza Stefana Bratkowskiego. Zwracano tam uwagę na nadumieralność mężczyzn w wieku produkcyjnym oraz wysoką umieralność niemowląt. Niższe nawet niż w krajach Rady Wzajemnej Pomocy Gospodarczej, skupiającej gospodarki państw socjalistycznych, były nakłady na ochronę zdrowia i opiekę społeczną (pod koniec lat 70. odpowiednio 3-4% dochodu narodowego i 6-7% wydatków budżetu). Jeszcze latem 1981 r. specjalny zespół ekspertów resortowego (MZiOS) Instytutu Medycyny Pracy pod przewodnictwem jego dyrektora, prof. Janusza Indulskiego, opracował projekt szeroko zakrojonych reform strukturalnych i organizacyjnych polegających m.in. na regionalizacji zarządzania ochroną zdrowia, rozbudowanie i uelastycznienie działań podstawowej opieki zdrowotnej, z zamiarem docelowym osadzenia w centrum tych działań instytucji lekarza rodzinnego/domowego. Pojawiła się koncepcja wolnego wyboru lekarza i wprowadzenia symbolicznych opłat za niektóre usługi lecznicze. Dzięki mocnej pozycji IMP i jej szefa w elitach władzy projekt został poddany próbom pilotażowym na terenie miasta Łodzi. Tymczasem wprowadzono stan wojenny, a czynności wdrożeniowe na

33 *Ibidem*, s. 38-39.

34 *Ibidem*, s. 40-46.

skalę ogólnopolską podjęto dopiero po jego zniesieniu, tj. zimą 1988 r. Wtedy też za możliwe uznano zakłádanie i prowadzenie placówek służby zdrowia przez podmioty prywatne. Zdecydowano, że w tej nowej sytuacji najlepszą formą nadzoru nad personelem medycznym będą korporacje zawodowe. W dniach 10-12 grudnia 1989 r., już po częściowym oddaniu władzy wykonawczej w państwie przez komunistów, po raz pierwszy od półwiecza obradował Krajowy Zjazd Izb Lekarskich. Niedługo potem powstały Izby Pielęgniarskie i podobne organizacje samorządowe innych zawodów medycznych³⁵.

STARE OBLCZE NOWEJ WŁADZY

Stanowisko czynników zarządzających wkrótce po sierpniu 1980 r. znacznie się usztywniło, a sprawy przybrały ponury i dramatyczny obrót. O prawdziwym stosunku władzy do zagadnień ochrony zdrowia świadczyło już ledwie dwuzdaniowe odwołanie w obszernym (zapis całości na dwóch szpaltach tekstu) sejmowym wystąpieniu z dnia 5 września 1980 r. Józefa Pińkowskiego, nowego premiera, o programie bieżących działań rządu. Stwierdził on tylko ogólnikowo, że: „konsekwentnie realizować będziemy uchwały III Plenum KC PZPR w sprawie ochrony zdrowia. Za sprawę pilną uznajemy poprawę zaopatrzenia w leki”³⁶. W debacie poselskiej szerzej na ten temat wypowiedział się wtedy tylko lekarz z Kalisza, przedstawiciel Stronnictwa Demokratycznego dr n. med. Zbigniew Kledecki. Zwrócił uwagę na fakt, że sejmowa Komisja Zdrowia i Kultury Fizycznej w ciągu dwóch ostatnich kadencji parlamentu zgłosiła aż 121 dezyderatów dotyczących potrzeb służby zdrowia, które w znacznym stopniu pokrywały się z niedawnymi postulatami robotniczymi. Nie zostały one jednak uwzględnione. Poseł zwrócił m.in. uwagę na stosunkowo niewielkie nakłady budżetowe na zdrowie i malejący poziom nakładów inwestycyjnych. Skrytykował rozrost administracji kosztem działalności leczniczej. Wniósł o zwiększenie udziału Sejmu w planowaniu wydatków budżetowych ogólnie, a w szczególności w zakresie ochrony zdrowia. Stanowiło to zapewne zawołany postulat decentralizacji i uspołecznienia zarządzania sprawami zdrowia, zdający się w sposób rzeczowy odpowiadać duchowi

porozumień sierpniowych³⁷. W lipcu 1981 r. zaplanowano zwołanie nadzwyczajnego zjazdu partii rządzącej. W praktyce komunistycznej było to formalnie najważniejsze forum decyzyjne, gdzie zatwierdzano zmiany organizacyjne, kształtowano i wyznaczano główne kierunki polityczne. Partyjne gremium wciąż zdawało się posiadać znaczącą moc sprawczą. Na początku września 1980 r. w pierwszej części obrad VI Plenum Komitetu Centralnego PZPR (decyzyjna struktura funkcjonująca w okresie między zjazdami) na miejsce dotychczasowego I Sekretarza KC Edwarda Gierka wysunięto kandydaturę Stanisława Kani. Plenum kontynuowało obrady w październiku, po miesięcznej przerwie. Zarówno przemówienie programowe Stanisława Kani, głosy w dyskusji, jak i uchwała przedzjazdowa kończąca posiedzenie nie zawierały większych wzmianek na temat służby zdrowia, oprócz sugestii, że budownictwo powinno odrobinę zaległości dotyczące wznoszenia mieszkań oraz inwestycji szpitalnych. To nie był dobry znak, aczkolwiek nadal deklarowano przyspieszenie prac nad ustaleniem minimum socjalnego i wypracowaniem stabilnej relacji pomiędzy płacą minimalną, średnią i maksymalną³⁸. Odbywane, zwykle po kilku miesiącach od każdorazowego politycznego przesilenia, zjazdy PZPR kończyły okres konsolidacji nowej władzy, co też na ogół określało zakres ustępstw wobec niezadowolonego i zbuntowanego (1956, 1970, 1980) społeczeństwa. Tak było i tym razem. Postulaty dotyczące ochrony zdrowia zostały zupełnie zmarginalizowane, czy wręcz zlekceważone. Na Wojewódzkiej Konferencji Sprawozdawczo-Wyborczej w Szczecinie 30-31 maja 1981 r. (wielu szeregowych członków partii jednocześnie należało już wtedy do „Solidarności”), przed zjazdem, spośród 300 delegatów tu, w „mteczniku” robotniczego protestu 1980 r., tylko jeden poruszył publicznie tę tematykę. Mianowicie delegat będący rencistą skarżył się (oprócz kwestii niskich stawek świadczeń ZUS) na niedostateczną ochronę zdrowia w wiodących fabrykach, m.in. w Zakładach Chemicznych w Policach, w „Wiskordzie” czy w elewatorze portu szczecińskiego, przez co rośnie liczba osób trwale niezdolnych do pracy³⁹. Trudno więc było oczekiwać, by podczas obrad zjazdu PZPR zgłoszony został program głębszych reform ochrony zdrowia.

35 M. Sanecki, *Zarys systemu opieki zdrowotnej*, [w:] *Dzieje medycyny w Polsce*, t. 3: *Lata 1944-1989*, red. W. Noszczyk, Warszawa 2016, s. 119-130.

36 *Informacja prezesa Rady Ministrów o programie aktualnych działań rządu*, „Głos Szczeciński” 1980, nr 194(10758), s. 3.

37 *Poselska debata*, „Głos Szczeciński” 1980, nr 194(10758), s. 4.

38 *Przemówienie końcowe Stanisława Kani, Uchwała VI Plenum KC PZPR*, „Głos Szczeciński” 1980 nr 219(10783), s. 1-7.

39 *Potrzebne nowe spojrzenie... Skróty wystąpień delegatów, oraz Potrzeby narodu – programem partii*, „Głos Szczeciński” 1980 nr 107(10956), s. 1-5.

ZWIĄZKOWCY O REFORMACH OCHRONY ZDROWIA W 1981 R.

Podobnie przebiegły obrady (w dwóch turach) wrześniowo-październikowego I Krajowego Zjazdu Delegatów „Solidarności” w Gdańsku w 1981 r., odpowiadającego rangą zjazdowi partii. W II turze doszło do poważnej kontrowersji wokół decyzji Prezydium Krajowej Komisji Porozumiewawczej NSZZ, podjętej w gromnie jedynie czterech członków z Lechem Wałęsą włącznie, spośród jedenastu nominalnych należących do tego gremium. Wbrew uchwale I części zjazdu wyraziło ono zgodę na przyjęcie przez parlament dwóch kluczowych ustaw: o przedsiębiorstwie państwowym i samorządzie załogi, w kształcie zaproponowanym przez Sejm, a zbieżnym z intencją strony rządowej⁴⁰.

Na zjeździe „Solidarności” opracowano 37-punktowy, spisany na 60 stronach druku program działań. Pewnie mimowiednie tylko nawiązujący tytułem do deklaracji założycielskiej Polskiej Partii Robotniczej (powstałej w styczniu 1942 r.; „O co walczymy”) z 1943 r. – mianowicie: „Kim jesteśmy i dokąd dążymy. Wobec dzisiejszej sytuacji kraju”. Szczeciński związkowy tygodnik „Jedność” określał go jako „miejscami zbyt patetyczny (...), niezbyt łatwy w czytaniu. (...) Jest w nim wiele powtórzeń oraz pomieszanie rzeczy konkretnych z przyszłościowymi wizjami (...), pomieszanie języka walki i propagandy z suchym konkretnym językiem pragmatyków”⁴¹. Zauważyć jednak należy, że pojawiły się rzeczywiście ostrożne głosy rozsądku, aczkolwiek adresowane do rządzących, zapewne nie tylko takie jak: „Nie ma podwyżki bez reformy”. Chodziło tu o podwyżki cen towarów w sklepach, ale może też nieśmiało o ograniczenie gorączki postulatów płacowych. Dostrzeżono nareszcie potrzebę gruntownych reform, a nie zabiegów kosmetycznych. Jednak w zakresie zdrowia nie posunięto się dalej poza postulaty uzgodnione już wcześniej⁴². W tym samym wydaniu pisma zamieszczono zresztą jeszcze dwa inne artykuły na temat służby zdrowia⁴³. Pierwszy był reportażem z codziennej, „biednej” działalności Kliniki Położniczej PAM w Szczecinie, drugi – zapisem (z komentarzem) konferencji prasowej wicepremiera, ministrów oraz rzecznika rządu z dnia 7 października 1981 r.: „Opieka lecznicza i pomoc

społeczna – szczególnie w okresie zimowym”. Wicepremier Jerzy Ozdowski (1925-1994, ekonomista, profesor Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, potem wicemarszałek Sejmu) – widać nieorientowany lub źle poinformowany – podawał, że służbie zdrowia przekazano już 180 obiektów przeznaczonych początkowo na inne cele (głównie partyjne i administracyjne). Minister Szelachowski natychmiast sprostował tę informację, podając rzeczywistą liczbę – 32 budynki. Jeżeli chodzi o reformy, to cytując dalej wicepremiera: „rząd kładzie nacisk, aby dla potrzeb służby zdrowia działały powołane zespoły ludzi dobrej woli, aby rozciągnięto opiekę nad rodzinami dotkniętymi alkoholizmem (...)”⁴⁴. Autor redakcyjnego komentarza uszczypliwie podkreślał, że nie ustosunkowano się do spraw ważniejszych, np.:

(...) gwałcenia zapisu porozumienia ustrzyckiego (z „Solidarnością” rolniczą) o przekształcenie rządowego ośrodka wypoczynkowego w Arłamowie, w sanatorium, (...) brudu w oddziałach i klinikach położniczych, gdzie kobiety chodzą rodzić z własnym mydłem i z własnymi pieluszkami, (...) rozbijackich praktyk płacowych polegających na podkupywaniu lekarzy do określonych szpitali za zgodą i wiedzą MZiOS (...), likwidacji w szkołach stołówek pod pozorem wygospodarowania przestrzeni na izby lekcyjne (...), budowy gigantycznych koszar ZOMO (Zmotoryzowane Odwoły Milicji Obywatelskiej) w Warszawie zamiast mającego powstać w tym miejscu szpitala na 800-1000 łóżek oraz pawilonu opieki społecznej na 200 miejsc (...), wieloletniego zapisu cenzury, co do wpływu tarnobrzeskiej siarki na umieralność niemowląt w strefie zagrożenia ekologicznego⁴⁵.

Ta dodatkowa retoryka tygodnika związkowego sporo wyjaśnia w kwestii stanowiska Związku wobec ewentualnych śmielszych i poważniejszych zmian. Istota rzeczy znajdowała się ciągle jeszcze poza horyzontem.

Po wprowadzeniu stanu wojennego 13 grudnia 1981 r. ok. 20 działaczy Krajowej Komisji Koordynacyjnej Służby Zdrowia zostało internowanych, a po zwolnieniu – systematycznie inwigilowanych. Jednak w styczniu 1987 r., w warunkach konspiracyjnych KKK wznowiła działalność. Spotkania odbywały się na plebanii Kościoła Mariackiego w Gdańsku oraz w mieszkaniach prywatnych na terenie Gdańska i Warszawy. 10 października tego roku powstała Grupa Robocza Fundacji Społecznej „Solidarności” z udziałem m.in. Aliny Pienkowskiej, Zofii Kuratowskiej (1931-1999; hematolog, przewodnicząca Komisji Zdrowia przy Przewodniczącym NSZZ „Solidarności”, potem w latach 90.

40 *Zjazd trwa*, „Jedność” 1981, nr 39(57), s. 1-3.

41 J. Zimowski, *Dokąd dążymy*, „Jedność. Tygodnik NSZZ Solidarność Pomorza Zachodniego” 1981, nr 41(59), s. 1-2.

42 *Ibidem*.

43 L. Kowalińska-Maślanka, *Przed bramą życia*, „Jedność. Tygodnik NSZZ Solidarność Pomorza Zachodniego” 1981, nr 41(59), s. 6; Z. Uniszewski, *Obywatele ni chorujcie!*, „Jedność. Tygodnik NSZZ Solidarność Pomorza Zachodniego” 1981, nr 41(59), s. 6.

44 *Ibidem*, s. 2-3.

45 *Ibidem*.

senator RP i wicemarszałek wyższej Izby Parlamentu), Joanny Muszkowskiej-Pensonowej (1921-2023; internistka, profesor nefrologii); Andrzeja Szczeklika (1938-2012; profesor, autor podręczników z zakresu chorób wewnętrznych, potem rektor krakowskiej Akademii Medycznej i prorektor Uniwersytetu Jagiellońskiego) i Krzysztofa Wojtyły (pediatra z Wielkopolski). Zadaniem fundacji było zagospodarowanie na cele ochrony zdrowia miliona dolarów pomocy finansowej otrzymanej od Kongresu USA.

Prawdziwe reformy systemu ochrony zdrowia rozpoczęły się dopiero po przemianach ustrojowych 1989 r. Okres rewolucji symbolicznie kończyło zwołanie Okrągłego Stołu, którego wyniki były rodzajem paktu społecznego i który miał wypracować kształt nowego ustroju.

OKRĄGŁY STÓŁ. CZAS KONKLUZJI

22 lutego 1989 r. rozpoczęły się obrady podzespołu do spraw zdrowia. Ze strony partyjno-rządowej przewodniczył im profesor interny, ekspert Światowej Organizacji Zdrowia Andrzej Wojtczak (1933-2020), ze strony opozycyjno-solidarnościowej zaś prof. Zofia Kuratowska.

Na wstępie bez żadnych obiekcji zgodzono się, że system opieki jest dysfunkcyjny i wymaga reform. Punktem wyjścia do dyskusji stał się raport sporządzony przez zespół przygotowawczy Ministerstwa Zdrowia. Ustalenia szczegółowe ujęto w następujące ramy:

1. Podmiotowość pacjenta i jego prawo do wolnego wyboru lekarza.
2. Prawdziwe uspołecznienie systemu opieki poprzez przyznanie uprawnień kontrolnych samorządom i ich wpływ na finansowanie.
3. Dowolność i elastyczność form organizacyjnych, dostosowanych do potrzeb i warunków lokalnych.
4. Centralne umiejscowienie w systemie instytucji Podstawowej Opieki Zdrowotnej i lekarza rodzinnego.
5. Zmiana źródeł finansowania i odejście od modelu budżetowego, na rzecz finansowania zadaniowego.
6. Samodzielność, samofinansowanie i samorządność poszczególnych jednostek służby zdrowia, a przez to lepsza efektywność.
7. Bezpłatny lub za minimalną opłatą dostęp pacjentów do świadczeń⁴⁶.

18 marca 1989 r. (bez żadnych rozbieżności) podpisano protokół końcowy, który składał się z 14 punktów.

W preambule podkreślono, że „warunkiem poprawy sytuacji w opiece zdrowotnej jest radykalna reforma

systemu”⁴⁷. Bardziej szczegółowe zalecenia dotyczyły m.in. nowoczesnego kształcenia kadr, opieki nad matką, noworodkiem i niemowlęciem, osobami niepełnosprawnymi, zaopatrzenia w sprzęt jednorazowy, leki i aparaturę medyczną⁴⁸.

PODSUMOWANIE

Efektom wcześniejszych, notabene krwawych rewolucji we Francji i w Rosji w zakresie ochrony zdrowia było jej zinstytucjonalizowanie, upaństwowienie i względne upowszechnienie.

Przemiany rozpoczęte w Polsce w sierpniu 1980 r. miały charakter pokojowy, zachodziły też w innych warunkach cywilizacyjnych i historycznych. Miały zrazu charakter postulatyczny, głównie doraźny i płacowy. Dopiero w dłuższej perspektywie wiodąca okazała się kwestia nadzoru właścicielskiego (kontrola społeczna, samorządy) oraz zasadnicza sprawa źródeł finansowania w postaci możliwości dopuszczenia kapitału prywatnego.

Nawet gdyby strajki na Wybrzeżu i zapoczątkowane przez nie procesy nie miały w punkcie wyjścia typowego oblicza rewolucji (z cechami właściwymi – skalą i głębokością przemian), to nie wskazywały też niestety nawet choćby zarysu reform istniejącego systemu ochrony zdrowia. Gdyby taki jednak powstał, nie miałby pewnie szans realizacji w warunkach obowiązującego ustroju społeczno-ekonomicznego i ówczesnego stanu świadomości społeczeństwa. Zastosowanie mechanizmów rynkowych nie było również możliwe ze względu na zapaść gospodarki, inflację, ruinę finansów oraz prawdopodobny brak gotowości społeczeństwa. Przyjęcie reform uzgodnionych przy Okrągłym Stole stanowiło punkt zwrotny pokojowej rewolucji. Pozwoliło na przyspieszony rozwój medycyny i ochrony zdrowia w Polsce, podniosło średni i indywidualny poziom opieki oraz w tym zakresie włączyło ją ponownie do europejskiego kręgu cywilizacyjnego.

PIŚMIENNICTWO

Cele i zakres reformy gospodarczej, red. U. Libura-Grzełowska, Warszawa 1981.

Grzonkowski S., *Sekcja Służby Zdrowia NSZZ „Solidarność”* (Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”), <https://encysol.pl/es/encyklopedia/hasla-rzeczowe/14350>, Sekcja-Sluzby-Zdrowia-NSZZ-Solidarnosc-Sekretariat-Ochrony-Zdrowia-NSZZ-Solidarn.html.

⁴⁷ *Ibidem*.

⁴⁸ *Ibidem*, s. 126-127.

⁴⁶ M. Sanecki, *Zarys systemu opieki zdrowotnej...*, s. 126-128.

Horney K., *Neurotyczna osobowość naszych czasów*, Warszawa 1982.

Informacja prezesa Rady Ministrów o programie aktualnych działań rządu, „Głos Szczeciński” 1980, nr 194(10758), s. 3.
Kotarbiński T., *Traktat o dobrej robocie*, Warszawa 1982.

Kowalińska-Maślanka L., *Przed bramą życia*, „Jedność. Tygodnik NSZZ Solidarność Pomorza Zachodniego” 1981, nr 41(59).

Pawłowski M., *Od średniowiecznej medycyny po zdrowie publiczne*, Cambridge Stanford Books.

Pipes R., *Krótką historią rewolucji rosyjskiej*, Warszawa 2014.

Poselska debata, „Głos Szczeciński” 1980, nr 194(10758), s. 4.

Potrzebne nowe spojrzenie... Skrót wystąpień delegatów, oraz Potrzeby narodu – programem partii, „Głos Szczeciński” 1980, nr 107(10956), s. 1-5.

Protokoły porozumień Gdańsk Szczecin Jastrzębie. Statut NSZZ „Solidarność”, Krajowa Agencja Wydawnicza RSW „Prasa-Książka-Ruch”, Warszawa 1980.

Protokół porozumienia zawartego między Komisją Rządową a Delegacją Pracowników Służby Zdrowia zrzeszonych w NSZZ „Solidarność” dnia 16 listopada 1980 r. w Gdańsku, [w:] *Protokoły porozumień rząd – służba zdrowia*, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1981, s. 3-4.

Protokół porozumienia zawartego przez Komisję Rządową i Międzyzakładowy Komitet Strajkowy w dniu 31 sierpnia 1980 roku Stoczni Gdańskiej, [w:] *Protokoły porozumień Gdańsk Szczecin Jastrzębie. Statut NSZZ „Solidarność”*, Krajowa Agencja Wydawnicza RSW „Prasa-Książka-Ruch”, Warszawa 1980, s. 6-12.

Protokół porozumienia zawartego przez Komisję Rządową i Międzyzakładowy Komitet Strajkowy w dniu 3 września

1980 roku w KWK „Manifest Lipcowy”, [w:] *Protokoły porozumień Gdańsk Szczecin Jastrzębie. Statut NSZZ „Solidarność”*, Krajowa Agencja Wydawnicza RSW „Prasa-Książka-Ruch”, Warszawa 1980, s. 12-21.

Protokół ustaleń w sprawie wniosków i postulatów Międzyzakładowego Komitetu Strajkowego z Komisją Rządową w Szczecinie, [w:] *Protokoły porozumień Gdańsk Szczecin Jastrzębie. Statut NSZZ „Solidarność”*, Krajowa Agencja Wydawnicza RSW „Prasa-Książka-Ruch”, Warszawa 1980, s. 22-27.

Przemówienie końcowe Stanisława Kani, Uchwała VI Plenum KC PZPR, „Głos Szczeciński” 1980, nr 219(10783), s. 1-7.

Sanecki M., *Zarys systemu opieki zdrowotnej*, [w:] *Dzieje medycyny w Polsce, t. 3: Lata 1944-1989*, red. W. Noszczyk, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016, s. 119-130.

Sierpień 1980 roku w Szczecinie. Wydarzenia i dokumenty, SZSP, Szczecin 1980, s. 177-178.

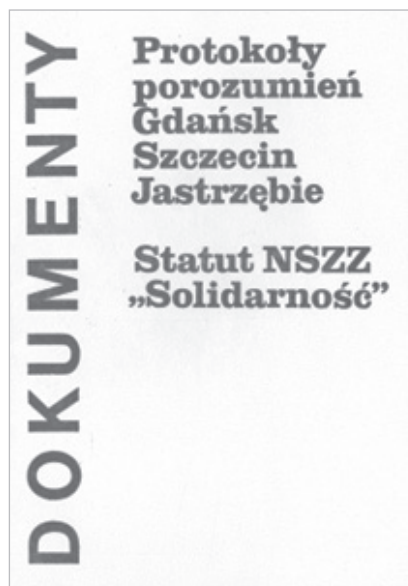
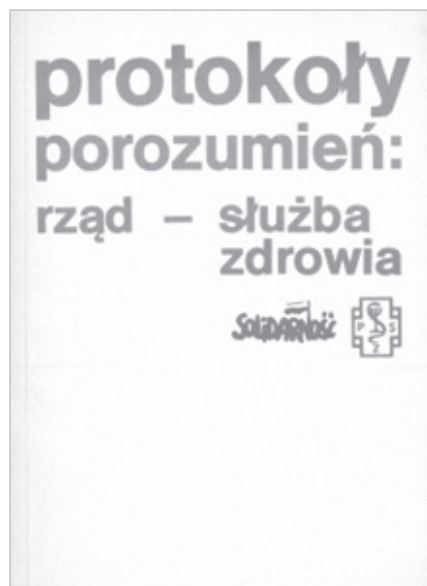
Stankiewicz M., *Po szesnaste – zdrowie*, „Gazeta Lekarska” 2005, nr 9(177), s. 29-39.

Sygit M., *Organizacja ochrony zdrowia. Poradnik dydaktyczny i materiały do zajęć dla studentów*, PAM, Szczecin 1983.

Uniszewski Z., *Obywatele nie chorujcie!*, „Jedność. Tygodnik NSZZ Solidarność Pomorza Zachodniego” 1981, nr 41(59), s. 6.

Wójcikowa S., Kurowski Michał, <https://encysol.pl/es/encyklopedia/biogramy/17146,Kurowski-Michal.html?search=405969>.

Zimowski J., *Dokąd dążymy*, „Jedność. Tygodnik NSZZ Solidarność Pomorza Zachodniego” 1981, nr 41(59), s. 1-2.
Zjazd trwa, „Jedność” 1981, nr 39(57), s. 1-3.



1. Strony tytułowe protokołów porozumień. Źródło: Zbiory własne autora



2. „Głos Szczeciński”, „Kurier Szczeciński”, „Jedność”. Źródło: Zbiory własne autora



3. Alina Pienkowska. Źródło: twitter.com



4. Tadeusz Szelachowski. Źródło: wikipedia.org