

(Wznowienie posiedzenia o godzinie 11 minut 01)

(Posiedzeniu przewodniczy marszałek Adam Struzik)

Marszałek Adam Struzik:

Wznawiam posiedzenie.

Przystępujemy do punktu czwartego porządku dziennego: debata poświęcona zdrowiu narodu – pierwsze czytanie wniesionego przez Komisję Polityki Społecznej i Zdrowia projektu uchwały w sprawie stanu zdrowia narodu polskiego.

Witam bardzo serdecznie wszystkich gości, którzy zaszczylicili dzisiejszą debatę, przedstawiciele rządu, rektorów wyższych uczelni, ludzi nauki.

Rozpoczynamy niezmiernie ważną debatę na temat stanu zdrowia narodu, ważną, gdyż zdrowie jest nie tylko dobrem indywidualnym, ale jest wartością zbiorową. Jedynie zdrowe społeczeństwo jest zdolne do wytwarzania dóbr materialnych i kulturowych, jest zdolne do rozwoju. Stan zdrowia Polaków, ochrona zdrowia i kondycja opieki zdrowotnej wymagają od nas, odpowiedzialnych za stanowienie prawa, szczególnej uwagi i troski, wskazywania skutecznych sposobów i instrumentów ich poprawy.

Od lat dziewięćdziesiątych stan zdrowia Polaków zaczął się poprawiać, głównie dzięki wzrostowi świadomości zdrowotnej oraz zmianie stylu życia na bardziej prozdrowotny – sport, popularyzacja niepalenia tytoniu, zmiana sposobu odżywiania, to tylko niektóre przykłady. Swój udział w utrzymaniu i rozwijaniu tych pozytywnych tendencji ma także coraz większa świadomość ekologiczna społeczeństwa.

W ostatnim okresie nastąpił spadek umieralności z powodu chorób układu krążenia, do czego niewątpliwie przyczyniła się popularyzacja wiedzy o szkodliwości palenia tytoniu dla zdrowia człowieka. Wzrosła znacznie populacja mężczyzn nigdy niepalących, znalazło to odbicie również w zahamowaniu umieralności z powodu chorób odtytoniowych, szczególnie w spadku umieralności na nowotwory złośliwe płuc.

To z inicjatywy naszej izby po 5 latach zmagania z silnym lobby przemysłu tytoniowego i reklamo-

wego doszło do uchwalenia ustawy, której zasadniczym celem jest ograniczenie następstw palenia tytoniu, a przede wszystkim ochrona niepalących przed tak zwanym biernym paleniem.

Nastąpiła poprawa w sposobie odżywiania Polaków. Od początku lat dziewięćdziesiątych spadła wartość energetyczna spożywanej przez nas żywności, radykalnie zmniejszyło się spożycie tłuszczów zwierzęcych na rzecz tłuszczów pochodzenia roślinnego. Badania sugerują, że zmiana rodzaju i struktury spożywanych tłuszczów może mieć bardzo silny i występujący w krótkim czasie efekt obniżenia umieralności na chorobę układu krążenia.

Innym przykładem pozytywnych zmian żywieniowych jest wzrost spożycia owoców i warzyw w ogóle, a przede wszystkim owoców południowych. Rozwój rynku ożywił także produkcję i konsumpcję przetworów, głównie soków. Spożycie świeżych warzyw i owoców ma generalnie wpływ na zmniejszenie ryzyka zapadalności na choroby układu krążenia.

Te korzystne tendencje znalazły wyraźne wsparcie w działaniach państwa, wyrazem tego jest choćby przyjęty przez Radę Ministrów Narodowy Program Zdrowia. Duże znaczenie dla ochrony zdrowia mają ustawy uchwalone przez parlament obecnej kadencji. Ważnym krokiem na drodze do poprawy stanu opieki zdrowotnej stanie się niewątpliwie wdrażanie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, uchwalonej 6 lutego bieżącego roku. Na uwagę zasługuje zapoczątkowana przez ministra zdrowia i opieki społecznej współpraca międzyresortowa na rzecz ochrony zdrowia.

Pozytywnie należy ocenić zaznaczające się zarówno na poziomie centralnym, jak i lokalnym dążenia do uznania wagi promocji zdrowia i zapewnienia jej systemowej, profesjonalnej realizacji. Duże nadzieje w tym względzie niesie ze sobą już rozwijająca się współpraca w działaniach na rzecz Narodowego Programu Zdrowia.

Służba zdrowia powinna bardziej reagować nie tylko na potrzeby pacjentów związane z badaniem konkretnych dolegliwości, ale uczyć zachowań dotyczących troski o własne zdrowie.

(marszałek A. Struzik)

Ogromną rolę ma tu do spełnienia właściwie funkcjonujący system lekarzy rodzinnych. Edukacja zdrowotna społeczeństwa jest jednym ze strategicznych elementów właściwej polityki zdrowotnej państwa.

Rozpoczęcie masowego wdrażania nowoczesnego programu edukacji zdrowotnej, umożliwiającego prawidłową socjalizację i wychowanie dla zdrowia w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych, to zadanie pierwszoplanowe. Nie mniej ważna, choć bardzo trudna, jest edukacja dorosłego społeczeństwa. Istotną rolę powinny tu odgrywać telewizyjne kampanie edukacyjne, programy środowiskowe, oferta sieci poradnictwa oraz inne formy pomocy. W tym względzie podjęto już wiele konkretnych działań.

Od 1993 r. istnieje Narodowy Program Ochrony Serca, który przyniósł widoczną poprawę opieki kardiologicznej w Polsce. Poza tym funkcjonuje Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, Program Naturalnego Karmienia Piersią, Program Zapobiegania AIDS, Program Zapobiegania Narkomanii, by wymienić tylko niektóre.

Godne uwagi są podejmowane próby łączenia edukacji zdrowotnej z ekologiczną, i to zarówno na szczeblu centralnym, jak i samorządów i administracji lokalnej. To wszystko wymaga dalszego wsparcia systemowego i kompleksowych regulacji prawnych, które utrwalały na przyszłość te pozytywne tendencje.

Wysoka Izbo! Mimo że sytuacja zdrowotna społeczeństwa polskiego z roku na rok się poprawia, to nadal jest wysoce niezadowolająca. Wśród głównych problemów zdrowotnych powodujących przedwczesną umieralność są choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe, wypadki, urazy i zatrucia. Łącznie czynniki te stanowią przyczynę około 78% wszystkich zgonów w skali roku. Tych czynników jest znacznie więcej. Będą one przedmiotem szczegółowych wystąpień przewidzianych w porządku dzisiejszej debaty.

Panie i Panowie Senatorowie! Doceniając znaczenie zdrowia narodu dla pomyślności społeczeństwa i rozwoju społeczno-ekonomicznego, trzeba uświadomić sobie, że niemożliwe jest osiągnięcie dobrego stanu zdrowia bez poprawy dostępu do wielu podstawowych potrzeb, jakimi są dla człowieka żywność, mieszkanie, satysfakcjonująca praca, zdrowe środowisko życia, pracy i nauki. Zaspokojenie tych potrzeb w odniesieniu do całego społeczeństwa nie jest możliwe od razu bądź w krótkim czasie.

Zmiany świadomościowe niezbędne w upowszechnianiu prozdrowotnego modelu życia nie następują z dnia na dzień. Dlatego nawet częstkowe, ale systematyczne działania na rzecz zdrowia, prowadzone na wielu płaszczyznach, zarówno na płaszczyźnie rozwiązań teoretycz-

nych, jak również praktyki ich stosowania, mają i będą miały ciągle wielkie znaczenie.

Szanowni Państwo! Debatę o stanie zdrowia narodu prowadzimy w okresie, kiedy od kilku miesięcy trwa permanentny protest lekarzy przeciwko sytuacji w służbie zdrowia w jej aspekcie organizacyjnym, finansowym, technicznym i płacowym.

W Senacie zasiada 12 lekarzy. Nikt lepiej od nas nie wie, jak ważny wpływ na skuteczność leczenia mają wymienione przeze mnie problemy. Wynikają one głównie z niedofinansowania służby zdrowia. Około 150 dolarów przypadających rocznie na mieszkańca stawia nas daleko w tyle za państwami Unii Europejskiej. Ale wynika to również z anachronicznych systemów organizacyjnych, w których nie ma miejsca na konkurencję, za to szerzy się tak zwana szara strefa rzucająca cień na rangę i pozycję zawodu lekarza.

Jest rzeczą karygodną, że płace lekarzy, ludzi o wysokich kwalifikacjach zawodowych, którzy w sposób ciągły muszą pogłębiać swą wiedzę, na których ciąży ogromna odpowiedzialność zawodowa, pozostają w tak dużej dysproporcji do zarobków wielu innych grup zawodowych. Nic więc dziwnego, że rodzi się w nich bunt i poczucie poniżenia własnej godności, kiedy czytają o niebotycznych zarobkach innych grup zawodowych, szczególnie tych pracujących w środkach masowego przekazu, w firmach *public relations*, czy innych, a które to grupy nie ponoszą takiego moralnego ciężaru odpowiedzialności za swoją pracę jak lekarze. I to boli mocno.

Podkreślić jednak trzeba, że niedofinansowanie w służbie zdrowia jest rezultatem wielu lat zaniedbań, zarówno tych sprzed 1989 r., jak i późniejszych. Nie zmienia to stanu rzeczy, może go natomiast częściowo przynajmniej usprawić. Prawdą jest również i to, że działania podejmowane przez rząd są wysoce niezadowolające i nieskuteczne. Potrzebne są kompleksowe, przemyślane regulacje, zmierzające do przebudowy strukturalnej całego systemu opieki zdrowotnej. Przede wszystkim niezbędna jest integracja wszystkich zainteresowanych środowisk w celu wypracowania wspólnego programu naprawczego, którego punktem wyjścia będą oczywiście zmiany sposobu finansowania, będące wynikiem kompleksowych zmian systemowych.

Wierzę, że zarówno w środowiskach lekarzy, związków zawodowych, jak i rządu, taka wola współpracy stanie się sprawą nadrzędną, ważniejszą od partykularnych dążeń uczestników sporu o służbę zdrowia.

Panie i Panowie Senatorowie! Dzisiejsza debata powinna spełnić dwa cele: po pierwsze, przedstawić aktualny stan zdrowia naszego społeczeństwa; i, po drugie, wskazać obszary, w których działania państwa, instytucji ochrony zdrowia,

(marszałek A. Struzik)

organizacji pozarządowych muszą być efektywniejsze, skuteczniejsze, by chronić zdrowie i życie każdego obywatela, by nie zaprzepaścić tego, co już zrobiono bądź co zmienili jednostkowo sami obywatele. Dlatego zapraszam do rzeczowej dyskusji, wymiany argumentów, służących nowym rozwiązaniom w zakresie poprawy stanu zdrowia i opieki zdrowotnej w Polsce.

Otwieram debatę.

Proszę o zabranie głosu sprawozdawcę Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia, pana senatora Mieczysława Wyględowskiego.

Senator Mieczysław Wyględowski:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Szanowni Goście!

Przyszłość narodu zależy od stanu jego zdrowia. Zdrowie narodu jest zagadnieniem ważnym i wieloaspektowym. Nie można go rozpatrywać wyłącznie na podstawie danych statystycznych dotyczących jednego resortu, resortu zdrowia, a przyczyn zachorowalności i stanu zdrowia Polaków upatrywać jedynie w kondycji służby i ochrony zdrowia. Zdrowotność społeczeństwa uwarunkowana jest bowiem wieloma czynnikami, między innymi wielkością dochodów gospodarstw domowych, stylem życia rodzin polskich, higieną osobistą, sposobem odżywiania, organizacją czasu pracy, stopniem zainteresowania rekreacją fizyczną, stopniem i rodzajem zanieczyszczenia środowiska oraz wieloma innymi czynnikami. Dlatego, mówiąc o programach ukierunkowanych na ochronę zdrowia, trzeba również wskazać na działalność wielu innych resortów, a nie tylko resortu zdrowia. Trzeba spojrzeć na działalność Ministerstwa Ochrony Środowiska, Ministerstwa Edukacji Narodowej, Ministerstwa Pracy i Polityki Socjalnej, Ministerstwa Rolnictwa i wielu innych. Minister zdrowia i jego urząd mają bezpośredni wpływ li tylko na organizację medycyny naprawczej. Udział tej działalności w procesie zdrowia jest niewielki.

To, że Polacy chcą być zdrowi i dają tego liczne dowody w ostatnich latach, nie budzi już żadnych wątpliwości. W Polsce od kilku lat zaczęła panować moda na zdrowie. I taka moda cieszy wszystkich.

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! W ostatnią dekadę naszego wieku Polska weszła w stanie katastrofy zdrowotnej. Dopiero złożone działania rządu i parlamentu zmieniły ten katastrofalny bieg, choć może nie do końca. Profilaktyka chorób cywilizacyjnych wymaga od nas nowego spojrzenia, nowej organizacji i przystosowań w ochronie zdrowia, w produkcji, przetwórstwie żywności i edukacji. Plany rozwoju gospodarczego Polski muszą uwzględnić te nowe elementy,

bowiem w świecie cywilizowanym model konsumpcji jest zgodny z wymogami zdrowia. U nas wiedza ta zaistniała dopiero w ostatnich latach, aczkolwiek nasi uczeni zwracali na te sprawy uwagę od wielu lat.

W latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych obserwowano w Polsce niepokojące zjawisko narastania przedwczesnej umieralności wśród dorosłych w młodym i średnim wieku. Zjawisko to szczególnie dotyczyło populacji mężczyzn. Narastanie przedwczesnej umieralności Polaków było spowodowane przede wszystkim przez choroby wynikające z działalności człowieka, bezpośrednio – zgony nagle z przyczyn zewnętrznych czy też pośrednio – choroby przewlekłe, wynikające przede wszystkim z trybu i stylu życia Polaków.

Zmiany polityczno-ekonomiczne końca lat osiemdziesiątych były postrzegane jako kolejne wyzwanie. Prognozowano dalsze, niekorzystne trendy zdrowotne. Jednak po 1991 r. zarysowały się w polityce niezwykle korzystne tendencje zdrowotne. I tak w latach 1991-1994 oczekiwana długość życia wzrosła u mężczyzn o półtora roku, a u kobiet o rok.

W Polsce zdrowie staje się ważną wartością. Obserwuje się zmiany w zachowaniach zdrowotnych. Dobrym przykładem może być przemysł tytoniowy. Polacy, mimo agresywnej reklamy, nie chcą kupować więcej papierosów. Tempo spadku częstości palenia u dorosłych mężczyzn jest w Polsce imponujące. Na początku bieżącego roku 25% dorosłych mężczyzn stanowią eks-palacze.

Po wprowadzeniu gospodarki rynkowej zaczęły zachodzić również niezwykle korzystne, z punktu widzenia zdrowia, zmiany w strukturze odżywiania. Zmniejszyło się spożycie tłuszczów zwierzęcych, w tym prawie trzykrotnie spożycie masła. W tym samym czasie doszło do znacznego wzrostu spożycia olejów roślinnych.

Obserwacje rynkowe wskazują, że utrzymuje się wyraźny spadek popytu na czerwone mięso, chociaż w tym samym czasie dwukrotnie wzrosło spożycie mięsa białego.

Wzrasta spożycie owoców i warzyw, zmniejsza się sezonowość ich konsumpcji. Gwałtownie wzrosło spożycie soków owocowych i warzywnych.

Obserwowane zmiany powinny być pogłębione i utrwalone, między innymi, poprzez rozsądną, opartą na przesłankach naukowych politykę zdrowia publicznego. Wymaga to jednak zaangażowania nie tylko sektora zdrowia, lecz także edukacji i finansów, rolnictwa czy kultury fizycznej. Program taki musi być sformułowany i realizowany także przez polityków, niezależnie od ich orientacji politycznej. Zdrowie powinno się stać najważniejszą wartością, bowiem Polacy, jak powiedziałem, chcą być zdrowi.

(senator M. Wyględowski)

Z dostępnych danych wynika, że w okresie międzywojennym w Polsce rozpoczął się proces przemian zdrowotnych.

Po I wojnie światowej i odzyskaniu przez Polskę niepodległości współczynniki umieralności niemowląt były bardzo wysokie. Wynosiły mianowicie 130-150 na 1000 urodzeń i poprawiały się tylko nieznacznie. Oczekiwana długość życia na początku lat trzydziestych była krótsza o około 12 lat niż w sąsiednich Niemczech. Odsetek zgonów przed 40. i 65 rokiem życia był wysoki i wynosił dla mężczyzn odpowiednio 57% i 77%, a dla kobiet 56% i 74%.

Po II wojnie światowej stan zdrowotny Polaków zaczął się poprawiać. Osiągnięto znaczne sukcesy w opanowaniu chorób zakaźnych, zmniejszyła się umieralność niemowląt oraz umieralność okołoporodowa kobiet. Stworzono służby sanitarno-epidemiologiczne, rozbudowano opiekę nad matką i dzieckiem. Do połowy lat sześćdziesiątych wszystkie wskaźniki epidemiologiczne ulegały poprawie. Na przykład, współczynnik umieralności niemowląt wynosił około 40 na 1000 urodzonych, w porównaniu ze 110 na 1000 urodzonych w roku 1950. Współczynniki umieralności z powodu chorób zakaźnych, w tym gruźlicy, we wszystkich grupach wiekowych zmniejszyły się wielokrotnie. Współczynnik umieralności osób w średnim wieku ogółem zmniejszył się w latach 1950-1965, wśród mężczyzn o 30%, a wśród kobiet o 40%. Jeszcze w 1950 r. umieralność mężczyzn przed 40. rokiem życia wynosiła około 50%, a kobiet prawie 45%. W ciągu 15 lat spadła odpowiednio do około 29% u mężczyzn i 15% u kobiet.

Tak obiecujący stan zdrowia społeczeństwa nie utrzymał się jednak długo, bo już od połowy lat sześćdziesiątych pojawiły się nowe wyzwania. Dominującą rolę zaczęły odgrywać przewlekłe choroby układu krążenia i nowotwory złośliwe u dorosłych. Częstotliwość ich występowania zaczęła gwałtownie wzrastać, szczególnie wśród populacji ludzi w średnim wieku. Wygląda to nieco inaczej, jeśli chodzi o choroby zakaźne. Liczba zgonów z ich powodu po 1965 r. wykazuje stały spadek we wszystkich grupach wiekowych. Od końca lat osiemdziesiątych można je wręcz uznać za rzadkie. Poziom zachorowań i zgonów jest w tym wypadku zbliżony do tego, który się spotyka w rozwiniętych krajach świata.

W połowie lat dziewięćdziesiątych choroby zakaźne stanowią przyczynę 0,5% wszystkich zgonów, z czego nieco ponad połowa to zgony z powodu gruźlicy. W tym samym czasie co piąta kobieta w Polsce umiera przed ukończeniem 65. roku życia. Na początku lat dziewięćdziesiątych umieralność mężczyzn w średnim wieku należy zaś do najwyższych na świecie. W porów-

naniu z Wielką Brytanią odsetek zgonów u mężczyzn przed 65. rokiem życia był wyższy o ponad 20 punktów procentowych i porównywalny z ich poziomem w Wielkiej Brytanii sprzed 50 lat. Wzrost ten wynikał z trzech rodzajów przyczyny: chorób układu krążenia, nowotworów złośliwych i zgonów nagłych, z przyczyn zewnętrznych. Wzrost umieralności mężczyzn w średnim wieku z powodu chorób układu krążenia i nowotworów złośliwych trwał nieprzerwanie od połowy lat sześćdziesiątych do końca lat osiemdziesiątych. Choć w ostatnich latach jego tempo osłabło. Wartość współczynników umieralności w tych grupach chorobowych wśród mężczyzn w średnim wieku osiągnął pod koniec lat osiemdziesiątych jeden z najwyższych notowanych na świecie poziomów.

Współczynniki zgonów nagłych wzrastały tylko w latach 1965-1980. Na początku lat osiemdziesiątych doszło do gwałtownego spadku umieralności z tego powodu. Wynikało to z kryzysu polityczno-ekonomicznego w tych latach, szczególnie w okresie stanu wojennego, który doprowadził społeczeństwo do stanu swoistego bezruchu. Z powodu ograniczenia wolności podróży znacznie osłabił ruch drogowy, ludzie pracowali w zwolnionym tempie, sprzedaż alkoholu była reglamentowana. Wraz ze znoszeniem restrykcji stanu wojennego także współczynnik umieralności z powodów nagłych i przyczyn paramedycznych zaczęły szybko wzrastać. Pod koniec lat osiemdziesiątych przedwczesna umieralność osób w średnim wieku wynikała prawie w całości z trzech rodzajów przyczyn: około 40% to choroby układu krążenia, prawie 30% to nowotwory złośliwe, a 10% stanowiły zgony nagłe, z przyczyn zewnętrznych.

Jakie były przyczyny narastania przedwczesnej umieralności wśród mężczyzn i kobiet w średnim wieku w Polsce? Otóż wydaje się, że przyczyną tego zjawiska nie było tylko załamanie się służb ochrony zdrowia. Medycyna w Polsce rozwija się na miarę postępu cywilizacyjnego kraju, w całym okresie powojennym wykazuje odpowiedni do możliwości budżetowych rozwój. W istotny sposób wzrosła liczba lekarzy, poziom ich wykształcenia, liczba łóżek dostępnych w placówkach służby zdrowia. Stale wzrasta dostępność nowoczesnych procedur medycznych i leków. Liczba lekarzy i łóżek szpitalnych w przeliczeniu na 1000 osób jest w Polsce taka sama albo nawet wyższa niż w wielu krajach zachodniej Europy. Wyniki pracy służb medycznych są także wymierne. Zmniejszono umieralność niemowląt i dzieci, umieralność okołoporodową kobiet, umieralność przed 40. rokiem życia, opanowano choroby zakaźne, wprowadzono immunizację dzieci i wiele innych często kosztownych procedur leczniczych.

(senator M. Wyględowski)

Panie Marszałku! Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Goście! Przedwczesna umieralność może być spowodowana wieloma czynnikami. Czynniki determinujące zdrowie w krajach rozwiniętych zależą: od 5% do 15% od czynników genetycznych, od 5% do 10% od czynników fizycznych środowiska, od 20% do 25% od środowiska społecznego, od 10% do 20% od medycyny kuratywnej i w około 50% od stylu życia człowieka. Do najistotniejszych czynników zewnętrznych należą: nadużywanie tytoniu, nadużywanie alkoholu, sposób odżywiania, narażenie na szkodliwe działanie środowiska, szczególnie w miejscu pracy. Czynniki wewnętrzne, to między innymi: otyłość, nadciśnienie, niewłaściwy poziom cholesterolu czy innych czynników biochemicznych we krwi, jak na przykład tłuszczów, substancji odpowiedzialnych za krzepliwość, antyoksydantów i wielu wielu innych.

Okolo 50% zgonów dorosłych mężczyzn w Polsce pod koniec lat osiemdziesiątych było następstwem palenia tytoniu. Do końca lat siedemdziesiątych spożycie tytoniu stale wzrastało i osiągnęło jeden z najwyższych poziomów na świecie. Sprzedawane w Polsce papierosy wyróżniały się bardzo wysokim poziomem ciał smołowych i nikotyny. Ustawa o przeciwdziałaniu zdrowotnym następstwom palenia tytoniu, mimo że została wprowadzona półtora roku temu, daje już pierwsze pozytywne rezultaty w dziedzinie zdrowia, takie jak: wzrost oczekiwanej długości życia; pierwsze oznaki spadku zachorowań i zgonów na raka płuc, które to schorzenie występuje prawie wyłącznie u palaczy tytoniu; istotne obniżenie częstotliwości zachorowań i zgonów z powodu zawałów serca u osób między 30. a 50. rokiem życia.

Zachodzące wśród Polaków zmiany zdrowotne zostały zauważone. Polska jest chwalona przez ekspertów od ochrony zdrowia i prasę światową za postęp w prowadzeniu polityki zdrowia publicznego, prowadzący do szybkiej poprawy stanu zdrowia Polaków. Podkreśla się na tym tle, że Polska jest krajem, w którym rozwój gospodarki rynkowej jest dobrze wkomponowany w politykę społeczną.

Prawdopodobnie kolejnym czynnikiem sprawczym zgonów, według wielkości przypisanego stopnia ryzyka, jest alkohol. Szacuje się, że od 3 do 4 milionów Polaków pije wódkę codziennie czy prawie codziennie, często doprowadzając się do stanu upojenia.

Przez cały okres powojenny państwo prowadziło i, niestety, dalej prowadzi promocyjną politykę wobec tytoniu i alkoholu, uważając je za dobre źródło dochodów budżetowych. Palenie tytoniu, picie wódki, prowadzenie pojazdów mechanicznych przez osoby nietrzeźwe, przebywa-

nie pijanych ludzi na drogach jest, niestety, powszechnie akceptowane przez nasze społeczeństwo. Oto karykaturalny portret Polaka ostatniego ćwierćwiecza: otyły mężczyzna z papierosem w ustach w starym, niesprawnym technicznie samochodzie na złej drodze, jadący często po pijanemu. W 1996 r. pijani kierowcy spowodowali 6 tysięcy 518 wypadków drogowych, w których poniosło śmierć 928 osób, a 8 tysięcy 880 zostało rannych, często trwale okaleczonych, na całe życie. Przytoczone tu dane muszą wszystkich zatrzęsnąć.

Inne zagrożenie dla zdrowia stanowi niewłaściwa dieta, charakteryzująca się nadmierną kalorycznością, z wysoką zawartością tłuszczów zwierzęcych przy niskim spożyciu świeżych warzyw i owoców, szczególnie w zimie i na wiosnę. Poza stylem życia innymi źródłami zjawiska narastania umieralności dorosłych są: narażenie na czynniki szkodliwe w miejscu pracy, przy jednoczesnej słabości higieny pracy, i zanieczyszczenie środowiska.

Po 1991 r. obserwuje się w Polsce znaczny spadek współczynników umieralności. W latach 1991-1994 wśród mężczyzn ogółem obniżyły się one z 1062 do 971 na 100 tysięcy, a wśród kobiet – z 550 do 519 na 100 tysięcy. Bezwzględna liczba zgonów osób obu płci obniżyła się w 1994 r., w stosunku do roku 1991, o ponad 17 tysięcy. Współczynniki umieralności osób obu płci obniżyły się we wszystkich grupach wiekowych. Tak znaczące ich zmniejszenie, szczególnie jeśli chodzi o przedwczesne zgony, jest zjawiskiem oczekiwanym, będącym wynikiem wielokierunkowej polityki rządu i parlamentu, a także wzrostu świadomości społeczeństwa. Osiągnięty stan i efekty, o których wspominałem, to wynik pracy ludzi nauki na świecie i w Polsce. To dzięki profesorowi Zygmunutowi Sadowskiemu i polskim kardiologom, którzy podjęli trud realizacji programu promocji zdrowia, jeśli chodzi o choroby serca i krążenia, możemy dzisiaj mówić, że życie mężczyzn przedłużyło się o półtora roku a kobiet o rok. Z satysfakcją odnotowujemy wzrost pokrycia potrzeb w zakresie kardiologii inwazyjnej i kardiologii z 13% w latach osiemdziesiątych do 43% w roku bieżącym. To dzięki profesorowi Zbigniewowi Relidze świat dowiedział się o polskiej kardiologii i codziennie w kilku ośrodkach kardiologicznych w kraju nasi chorzy mogą być operowani, a liczba i wyniki wykonywanych operacji nie odbiegają od osiągnięć w znanych ośrodkach zagranicznych. To dzięki profesorowi Andrzejowi Kułakowskiemu, profesorowi Witoldowi Latońskiemu i innym onkologom w Polsce możemy być świadkami zmniejszenia umieralności z powodu chorób nowotworowych i korzystniejszych wyników ich leczenia. To dzięki pracy Instytutu Żywności i Żywienia, kierowanego przez

(senator M. Wyględowski)

doktora Lucjana Szponara i profesora Szostaka oraz ludzi zajmujących się żywieniem i żywnością, zauważamy że zmienia się model żywienia polskiej rodziny, czego pierwsze efekty możemy już odnotować.

Lista ludzi nauki, o których powinno się tu powiedzieć, jest bardzo długa. Czas nie pozwala mi na wymienienie wszystkich. Chciałbym jednak tym, którzy w trudnych czasach, przy ograniczonych środkach przeznaczonych na ochronę zdrowia, z wielkim zaangażowaniem i twórczą pasją wnosili i wnoszą swój wkład w rozwój współczesnej polskiej medycyny, złożyć serdeczne podziękowanie.

Poza stylem życia, innymi źródłami zjawiska narastania umieralności dorosłych są: narażenie na czynniki szkodliwe w miejscu pracy, słabość higieny pracy i zanieczyszczenie środowiska. Jeśli przyjąć, że po roku 1991 rzeczywiście następuje zmniejszenie przedwczesnej umieralności, to należałoby znaleźć odpowiedź na pytanie o przyczyny tego zjawiska. Czy to tylko chwilowe zahamowanie procesu, czy też powrót do przerwanej w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych normalnej transformacji stanu zdrowia Polaków? Z punktu widzenia ważnych czynników ryzyka zdrowotnego zmiany zachodziły przede wszystkim w strukturze spożycia produktów żywnościowych. Po gwałtownym wzroście spożycia alkoholu w latach osiemdziesiątych i początku dziewięćdziesiątych z 6 do 10–11 litrów czystego spirytusu na osobę rocznie, proces ten został zahamowany. Wedle szacunków na rok 1995 spożycie alkoholu spadło do 8,5 czy 9 litrów na osobę.

Rozwój sytuacji, jeśli chodzi o spożycie tytoniu ma w Polsce inny przebieg niż w przypadku spożycia alkoholu. Trwający nieprzerwanie od zakończenia II wojny światowej wzrost spożycia tytoniu został przerwany na początku lat osiemdziesiątych. Od tej pory spożycie tytoniu utrzymuje się na stałym poziomie. Sprzedaż papierosów szacuje się na 94–96 miliardów sztuk rocznie, co w przeliczeniu na dorosłego mieszkańca stawia jednak Polskę w czołówce światowej listy konsumentów papierosów. Najwyższą częstotliwość palenia, to znaczy 62%, odnotowano w 1982 r. Od tej pory obserwuje się spadek liczby palaczy. Na następstwa zdrowotne palenia wpływ miała także działalność regulacyjna państwa, polegająca na wprowadzeniu norm zawartości ciał smołowatych w papierosie – 20 miligramów, a także nikotyny – do 1,8 miligramu. Normy te są jednak znacznie wyższe od obowiązujących w krajach Unii Europejskiej. Na ilość wypalonych papierosów ma również wpływ ich cena. Niestety, także po reformie ekonomicznej, w Polsce utrzymane zostały bardzo niskie ceny wyro-

bów tytoniowych. Paczka najpowszechniejszych papierosów pozostaje nadal tańsza niż bochenek chleba. Na polskich ulicach i w polskich gazetach pojawiły się w niebywalej skali niezwykle atrakcyjne i pomysłowe reklamy, tworzące dobry *image* tytoniu. Przemysł tytoniowy niebywale zintensyfikował promocję papierosów. Ale na szczęście istnieje także zorganizowane lobby prozdrowotne, zwykle wywodzące się ze środowiska lekarskiego, które potrafiło stworzyć przeciwwagę dla tych działań.

Jako pierwszy z projektem ustawy mającej służyć ograniczeniu negatywnych następstw palenia tytoniu, wystąpił Senat Rzeczypospolitej Polskiej. Stało się to z inicjatywy środowiska lekarskiego. Po 5. latach zawiłych losów tej ustawy, w obliczu ogromnego oporu ze strony przemysłu tytoniowego i po dramatycznych wydarzeniach w ostatniej fazie legislacji, ustawa zaczęła obowiązywać od maja ubiegłego roku.

Po II wojnie światowej doszło w Polsce do zmiany nawyków żywieniowych. Do końca lat siedemdziesiątych stale wzrastała kaloryczność dziennej racji pokarmowej. Wzrosło spożycie tłuszczów, szczególnie zwierzęcych. Wzrastało także spożycie warzyw i owoców, chociaż było ono ograniczone do produktów krajowych i podlegało bardzo znacznym wahaniom sezonowym.

Po kryzysie trwającym od początku lat osiemdziesiątych w latach dziewięćdziesiątych doszło do niebywałego ożywienia rynku żywnościowego. Gwałtownie wzrosły ceny żywności pochodzenia zwierzęcego, przy jednocześnie relatywnie niższych cenach produktów pochodzenia roślinnego. Na polski rynek napływały zachodnie produkty żywnościowe. Od początku lat dziewięćdziesiątych daje się zaobserwować spadek wartości energetycznej spożywanej żywności – z 3 tysiące 489 kalorii dziennie w 1989 r. do 3 tysiące 248 kalorii w 1994 r. Zmniejszyło się spożycie tłuszczów zwierzęcych – ze 101 kalorii do 77 kalorii dziennie. Odnotowano niezwykle gwałtowny spadek spożycia masła z 8,8 kilograma na osobę w ciągu roku do 3,8 kilograma w 1994 r. Odnotowano także spadek spożycia mięsa i pełnotłustego mleka.

Innym przykładem korzystnych zmian jest wzrost spożycia owoców południowych. Wymienialność złotówki oraz otwarcie granic spowodowało napływ na polski rynek relatywnie tanich, wszędzie i przez cały rok dostępnych bananów, pomarańcz, cytryn, kiwi i wielu innych owoców. Rozwój rynku ożywił także produkcję polskich owoców i warzyw oraz doprowadził do zwiększenia ich konsumpcji, w różnej formie, na przykład – soków.

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Szanowni Goście! Początek lat dziewięćdziesiątych jednoznacznie wskazuje, że w Polsce mamy do czynienia z jednym z największych eksperymentów,

(senator M. Wyględowski)

jakie miały miejsce w ostatnich latach na świecie, jeśli chodzi o zdrowie. Spadek umieralności z powodu chorób układu krążenia, obserwowany w Polsce, jest mierzony wielkościami bezprecedensowymi. Dotychczas podobne zjawisko obserwowano tylko w Norwegii. Nie wydaje się, aby przyczyną skokowego spadku umieralności z powodu chorób układu krążenia był ułatwiony dostęp do medycyny kuratywnej czy gwałtowna poprawa efektywności służby zdrowia w Polsce. Postęp i racjonalizacja lecznictwa, prewencja, leczenie nadciśnienia – to w skali populacji ciągle jeszcze wyzwania, a nie sukcesy ochrony zdrowia w Polsce.

Panie Marszałku! Proszę wybaczyć, iż moje wystąpienie mające omówić zdrowie narodu jest hasłowe i nie wyczerpuje tematu. O szczegółach będą mówić senatorowie sprawozdawcy, którzy kolejno omówią problemy z zakresu zdrowia narodu.

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Szanowni Goście! Jestem szczęśliwy, że pod koniec trzeciej kadencji Senatu Rzeczypospolitej Polskiej, kadencji, w której przewodniczącą Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia, odbywa się ta historyczna debata, zainicjowana właśnie przez komisję. Uważam, że parlament ma obowiązek informować o stanie zdrowia Polaków, o wysiłkach i programach rządu oraz parlamentu, które zmierzają do poprawy zdrowia społeczeństwa. A naród ma prawo do takich informacji.

Na zakończenie chciałbym złożyć wniosek, aby taka debata odbywała się co roku. Powinna ona określać kierunki rozwoju i przyszłość ochrony zdrowia w Polsce oraz informować społeczeństwo o stanie zdrowia narodu.

Panie Marszałku, proszę mi pozwolić przedstawić projekt uchwały w sprawie zdrowia narodu.

Na podstawie art. 65 ust. 1 Regulaminu Senatu, Komisja Polityki Społecznej i Zdrowia wnosi projekt uchwały w sprawie stanu zdrowia narodu.

„Senat Rzeczypospolitej Polskiej świadomy, że:

- zdrowie narodu jest jednym z podstawowych czynników warunkujących rozwój społeczny i ekonomiczny kraju;
- stan zdrowia społeczeństwa polskiego jest niezadawalający, a sytuację zdrowotną determinuje wysoka zachorowalność i umieralność spowodowana głównie chorobami układu krążenia, nowotworami złośliwymi oraz urazami i zatruciami;
- przyczyny te powodują szereg niekorzystnych zjawisk społecznych, a sytuacja zdrowotna osłabia tempo rozwoju społeczno-ekonomicznego kraju i stanowi jeden z najważniejszych problemów społecznych,

stwierdza:

1. Wielokierunkowe działania, podjęte szczególnie w ostatnich latach, spowodowały istotny postęp w kilku ważnych dziedzinach ochrony zdrowia, co bezpośrednio wiąże się z realizacją Narodowego Programu Zdrowia, a zwłaszcza stanowiącego jego część – Narodowego Programu Ochrony Serca. Decydujące znaczenie dla prawidłowego rozwoju opieki zdrowotnej miało uchwalenie przez parlament ustaw:

- o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych,
- o ochronie zdrowia psychicznego,
- o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów,
- o zawodach pielęgniarstwa i położnej,
- o zawodzie lekarza.

Uchwalona przez parlament w 1996 r. ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym powinna zagwarantować w przyszłości stabilne finansowanie świadczeń zdrowotnych.

2. Niezależnie od rozwiązań strukturalnych, obecny stan zdrowia społeczeństwa polskiego wymaga dodatkowych działań rządu, Sejmu i Senatu Rzeczypospolitej Polskiej oraz całego społeczeństwa, mających na celu zmniejszenie zachorowalności i poprawę dostępności świadczeń zdrowotnych.

Celom tym służyć powinny nowe programy:

- zapobiegania i leczenia nowotworów,
- zapobiegania i leczenia skutków wypadków i zatruc.

3. Realizacja tych celów wymaga:

- a) utworzenia przy premierze RP bądź Komitecie Społeczno-Politycznym Rady Ministrów...”.

Jest tu błąd w zapisie, bardzo proszę o poprawienie na „w Komitecie Społeczno-Politycznym Rady Ministrów.

„...Rady Promocji Zdrowia z udziałem przedstawicieli samorządów, kościołów, związków wyznaniowych, organizacji pozarządowych oraz ośrodków naukowych;

- b) zapewnienia stałych źródeł finansowania promocji zdrowia;
- c) zapewnienia stałej obecności promocji zdrowia w środkach masowego przekazu, zwłaszcza w radiu i telewizji publicznej;
- d) opracowania programów powszechnej edukacji prozdrowotnej dzieci, młodzieży i dorosłych;
- e) nadania promocji zdrowia i ochronie zdrowia wysokiej rangi społecznej.”

Czy ja mogę jeszcze uzasadnić, czy wszyscy mają...

(Głosy z sali: Wszyscy mają.)

W ostatnich 5 latach w Polsce daje się zauważyć korzystną tendencję i poprawę zdrowia narodu. Świadczą o tym między innymi takie wskaźniki, jak: spadek umieralności noworodków; wydłużenie przeciętnego okresu życia Pola-

(senator M. Wyględowski)

ków – mężczyzn o półtora roku, kobiet o rok; spadek umieralności z powodu chorób nowotworowych.

Pokrycie potrzeb w zakresie kardiologii inwazyjnej i kardiologii chirurgii wzrosło z 13% na początku lat dziewięćdziesiątych do 45% obecnie. W ostatnich latach dwukrotnie zwiększono też liczbę dializ. Należy uznać, że Narodowy Program Ochrony Serca przynosi oczekiwane efekty i w związku z tym słuszny wydaje się postulat powołania dwóch następnych narodowych programów: zapobiegania i leczenia nowotworów oraz zapobiegania i leczenia skutków wypadków i zatruc. Realizacja tych programów wymaga zwiększenia udziału nakładów na ochronę zdrowia w produkcie krajowym brutto. Dziękuję pięknie.

Marszałek Adam Struzik:

Dziękuję bardzo.

Proszę bardzo o zabranie głosu kolejnego sprawozdawcę Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia, pana senatora Zbigniewa Religę.

Senator Zbigniew Religa:

Panie Marszałku! Panie i Panowie Senatorowie! Dostojni Goście!

Nawiązując do wypowiedzi pana senatora Wyględowskiego, który określił dzisiejszą debatę jako historyczną, chciałbym wyrazić głębokie ubolewanie, że podczas tej historycznej debaty nie jest obecny na sali premier polskiego rządu. Chciałbym również wyrazić głębokie ubolewanie, że nie są obecni przedstawiciele samorządu lekarskiego, jak również przedstawiciele Związku Zawodowego Lekarzy.

Prowadzenie debaty na temat zdrowia narodu wymaga, moim zdaniem, sprecyzowania dwóch elementów, które powinny stanowić podstawę dyskusji. Po pierwsze, tego, czym jest zdrowie, po drugie, kto jest za nie odpowiedzialny. W ujęciu WHO zdrowie definiuje się jako stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko jako nieobecność choroby lub niepełnosprawności. Oczywiście jest, że definicja ta ma odniesienie zarówno jednostkowe, jak i szersze, dotyczące ogółu społeczeństwa. Podobnie odpowiedzialność za zdrowie ma wymiar tak jednostkowy, jak i ogólny. W Narodowym Programie Zdrowia zostało to ujęte następująco: „Każdy obywatel jest współodpowiedzialny za stan swego zdrowia, a państwo jest zobowiązane do stwarzania warunków zachowania i umacniania zdrowia”. Nasze forum zajmuje się ogólnym wymiarem obu pojęć: i zdrowia, i odpowiedzialności za nie.

Trzeba tu zwrócić uwagę na istnienie pewnego schematu myślowego, sprowadzającego się do kojarzenia słowa „zdrowie” wyłącznie z medycyną, personelem służby zdrowia i z jej strukturami. Należy uświadomić sobie, że takie skojarzenie ma charakter ograniczony. Jak stwierdzono w licznych analizach, najsprawniej funkcjonująca służba zdrowia jest w stanie wpłynąć na kondycję zdrowotną społeczeństwa tylko w 10-15%. O zdrowiu w znacznym stopniu decyduje wiele dziedzin życia społecznego i gospodarczego, choćby rolnictwo, ochrona środowiska, edukacja, mieszkalnictwo, rynek pracy. Wszystkie te dziedziny mogą stwarzać warunki sprzyjające zdrowiu lub szkodliwe dla niego. Można by więc stwierdzić, że zdrowie narodu jest dziełem zbiorowym. Jak zatem przedstawia się praktyczna realizacja tego dzieła?

Narodowy Program Zdrowia nakłada na państwo zobowiązanie do stwarzania warunków zachowania i umacniania zdrowia. Program ten nie ma jednak mocy prawa. Ponawiam zatem w tym miejscu i na tym forum wnioski o podjęcie prac nad sformułowaniem kodeksu zdrowia, precyzującego owe warunki zachowania i umacniania zdrowia w różnych dziedzinach i wytyczającego odpowiednie działania służące temu celowi. Kodeks zdrowia w takim ujęciu byłby zbiorem prawa stanowionego dla wszystkich struktur odpowiedzialnych za zdrowie narodu.

Zastanawiając się nad zadaniami związanymi z medycznym aspektem zdrowia narodu, należy przede wszystkim wskazać na konieczność wyraźnego zintensyfikowania działań na rzecz reformy systemu ochrony zdrowia. Trzeba skupić się na tym, co jest istotą reformy i co będzie decydować o jej jakości oraz przyszłości. Bez wątplenia kołami napędowymi reformy są dwa czynniki. Po pierwsze, oparcie podstawowej opieki zdrowotnej na instytucji lekarza rodzinnego i po drugie, oparcie wysoko specjalistycznych świadczeń zdrowotnych na strukturach regionalnych akademii medycznych. Prawidłowe ukształtowanie obu tych poziomów opieki medycznej da gwarancję właściwego ukierunkowania i sprawności całego systemu. Instytucja lekarza rodzinnego zaczyna odnajdywać swoje miejsce w systemie podstawowej opieki zdrowotnej, jednak proces ten, mimo związanych z nim nadziei społecznych, toczy się z pewnymi oporami. Widocznym elementem utrudniającym upowszechnienie instytucji lekarza rodzinnego jest brak odpowiednich działań ze strony samorządów lokalnych, które, ulegając wpływowi grup nacisku niechętnych nowej idei, nie realizują polityki w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, opartej na instytucji lekarza rodzinnego.

W związku z tym już po raz kolejny zwracam się do premiera rządu z prośbą o powołanie przy prezydium rządu komitetu do spraw reformy.

(senator Z. Religa)

Drugi mechanizm napędowy reformy to, jak wspomniałem, oparcie wysoko specjalistycznych świadczeń zdrowotnych na strukturach klinicznych akademii medycznych. Akademie są przygotowane do realizacji tego zadania. Referencyjna wiedza i umiejętności praktyczne zespołów akademii medycznych mają służyć ratowaniu życia, tak samo jak umiejętności lekarzy rodzinnych mają służyć ratowaniu zdrowia.

Panie i Panowie Senatorowie! Debata nasza toczy się w szczególnej chwili, bo od roku trwa protest środowiska lekarskiego. Nie wolno tego nie zauważać i nie wolno tej sprawy pomijać. Nie jest to protest skierowany przeciwko reformie. Przeważająca część środowiska lekarskiego chce przeprowadzenia głębokich zmian w systemie ochrony zdrowia. Obecny protest lekarzy ma swoje źródło w wieloletnich zaniedbaniach w ochronie zdrowia. Jest on spowodowany złymi warunkami pracy w wielu zakładach, brakiem możliwości skutecznego leczenia i niskimi płacami. Chyba dobrze się stało, że premier polskiego rządu zaangażował się osobiście w rozwiązanie tego problemu. Mój osobisty stosunek, pełne poparcie dla protestu lekarzy, został wyrażony w moim oświadczeniu na terenie Wysokiego Senatu. Jak powiedziałem, obecne problemy ochrony zdrowia mają źródło w wieloletnich zaniedbaniach i w związku z tym nie mogą być rozwiązane jednorazowymi decyzjami. Potrzebny jest czas i ogromne nakłady finansowe. Lekarze potrafią to zrozumieć. Chcieliby jednak, aby był przedstawiony wieloletni plan naprawy ochrony zdrowia w Polsce. Myślę, że jako lekarze mamy do tego prawo.

Problemy dotyczące służby zdrowia chciałem przedstawić na przykładzie kardiologii. Polska należy do krajów o najwyższej umieralności na choroby układu krążenia. Są one przyczyną śmierci u ponad 200 tysięcy osób rocznie, co stanowi 50% wszystkich zgonów. Ponad milion Polaków choruje na chorobę wieńcową. Co roku notuje się ponad 100 tysięcy nowych zawałów serca. Ponad 7 milionów osób ma nadciśnienie tętnicze, a spośród nich aż 65 tysięcy rocznie ulega udarowi mózgu. Wydaje mi się, że możemy mówić o epidemii chorób układu krążenia. Te dane, niezwykle smutne, pochodzą z opracowania siedzącego na sali dyrektora Instytutu Kardiologii, pana profesora Sadowskiego. Mniej więcej 1/3 chorych na serce wymaga leczenia kardiologicznego. Uwzględniając fakt, że choroby serca stanowią ogólnonarodowy problem, a kardiologia ogrywa istotną rolę w ich leczeniu, przedstawienie jej stanu jest nie tylko uzasadnione, ale i konieczne.

Na wstępie chciałbym odpowiedzieć na dwa fundamentalne pytania: jakie jest rzeczywiste zapotrzebowanie na operacje kardiologiczne

w Polsce oraz w jakim procencie istniejące ośrodki kardiologiczne wypełniają zapotrzebowanie społeczne? Aby pokazać państwu istotę problemu, chciałem przedstawić, jak kształtują się podobne dane w innych krajach Europy. Będę się opierał na informacjach opublikowanych i opracowanych przez Europejski Instytut Serca, a pochodzących z 32 krajów europejskich.

Należy podkreślić, że liczba operacji na otwartym sercu w Europie stale wzrasta i w roku 1995 przeprowadzono ich ponad 291 tysięcy, a w ubiegłym roku ich liczba przekroczyła prawdopodobnie 300 tysięcy. W przeliczeniu na jeden milion mieszkańców średnia liczba operacji na otwartym sercu w 1995 r. w Europie wyniosła 585. Najwięcej operacji wykonuje się w Holandii, bo aż 1152 na jeden milion ludności, najmniej w Albanii, bo tylko 27. Mniej więcej na tym samym, najniższym poziomie utrzymuje się liczba operacji w takich krajach europejskich, jak: Ukraina, Białoruś i Rosja. Niestety, te trzy państwa nie przekazują swoich danych do Europejskiego Instytutu Serca.

W Polsce w tym samym czasie – przypominam, że w Holandii 1152 – wykonano na jeden milion ludności 247 operacji na otwartym sercu, czyli czterokrotnie mniej niż w krajach zachodniej Europy.

W Europie obserwuje się wyraźny podział na kraje bogate, o wysokim dochodzie narodowym, gdzie liczba operacji na otwartym sercu zbliża się do tysiąca na milion mieszkańców oraz kraje biedniejsze, gdzie liczba operacji jest kilkakrotnie mniejsza. Niestety, Polska wraz z innymi krajami środkowej i wschodniej Europy, należy do tej drugiej grupy.

Chorobą, która najczęściej wymaga leczenia operacyjnego jest choroba wieńcowa, z tego też powodu chirurgiczna remaskularyzacja serca jest najczęstszą operacją kardiologiczną. W takich krajach, jak: Islandia, Szwecja, Holandia, Belgia, Norwegia, Finlandia, Szwajcaria i Niemcy, liczba operacji pomostowania naczyń wieńcowych waha się pomiędzy 500 a 900 operacji na milion mieszkańców.

W 1995 r. w Polsce wykonano 120 operacji na jeden milion mieszkańców, czyli – proszę zwrócić na to uwagę – znowu jest to liczba kilkakrotnie mniejsza.

Podobnie wygląda sytuacja w leczeniu wad zastawkowych serca. Jedyny wyjątek, który stawia nas na czele krajów w liczbie wykonywanych operacji, to operacje wad wrodzonych serca. W 1995 r. w Polsce wykonano 76 operacji tego typu w Polsce, a w Belgii – 127, Szwecji – 72, Danii – 70. W Holandii wykonano ich 59, czyli mniej niż w Polsce. W Europie Zachodniej obserwuje się stały spadek narodzin dzieci z wrodzonymi wadami serca, co prawdopodobnie wiąże się zarówno z odpowiednią profilaktyką, jak

(senator Z. Religa)

i kontrolą urodzin. W związku z tym fakt wykonywania w Polsce większej liczby tego typu operacji nie przynosi nam w chwili obecnej specjalnego zaszczytu.

Z przytoczonych danych wynika niezbitnie, że istnieje ogromna przepaść pomiędzy państwami Europy Zachodniej a krajami centralnej i wschodniej Europy w ochronie zdrowia obywateli. W 1996 r. w Polsce wykonano 11 tysięcy operacji na otwartym sercu.

Panie i Panowie Senatorowie! Zaspokaja się zaledwie 1/4 potrzeb, a z tego wynika, że 75% spośród chorych na serce nie otrzymało nowoczesnej pomocy w Polsce. Takie są fakty i taka jest sytuacja ochrony zdrowia w naszym kraju.

Kolejnym ważnym problemem jest pytanie: czy zauważalna jest w Polsce tendencja do zmiany tej sytuacji?

Z materiałów przedstawionych przez Instytut Kardiologii wynika, że co roku zwiększa się liczba operacji na sercu: w 1992 r. wykonano 6 tysięcy 646 operacji, w 1993 r. – 7 tysięcy 471, w 1994 roku – 8 tysięcy 197, w 1995 r. – 9 tysięcy 478 i w 1996 r. – 11 tysięcy. Te dane mogą cieszyć, jest to istotny wzrost liczby operacji. I jest on głównie następstwem, w moim głębokim przekonaniu, ogromnego wysiłku istniejących zespołów kardiologicznych w Polsce.

Kolejne pytanie, na które musimy odpowiedzieć: czy możemy oczekiwać, że tendencja stałego wzrostu liczby operacji się utrzyma?

Odpowiedź nie jest wcale prosta, będzie ona pozytywna tylko wtedy, gdy zostanie spełniony następujący warunek, mianowicie istniejące ośrodki muszą być wyposażone w aparaturę i muszą mieć możliwość dalszej rozbudowy. Z uznaniem należy przyjąć fakt budowy dużego ośrodka w Krakowie. Istnieje jednak pilna potrzeba powstania innych oddziałów kardiologicznych. Planowane jest powołanie kliniki kardiologii w Białymstoku i Bydgoszczy – są to celowe i mądre decyzje, zwłaszcza że cała północno-wschodnia Polska nie ma zabezpieczenia kardiologicznego. Decyzje zapadły, ale nie ma w chwili obecnej wystarczających środków finansowych na wyposażenie i uruchomienie tych ośrodków.

Cieszy również fakt wprowadzenia do planu centralnych inwestycji budowy Akademickiego Centrum Medycznego w Zabrze. Dokończenie tej inwestycji pozwoli na przeprowadzanie dodatkowych 4 tysięcy operacji na otwartym sercu rocznie, co całkowicie zaspokoi potrzeby na Górnym Śląsku. Niestety, tylko na Górnym Śląsku. Poza tym, inwestycja ta pozwoli na polepszenie sytuacji wielu klinik znajdujących się w dramatycznych warunkach lokalowych oraz na poprawienie warunków zapewniających prawidłowe lecze-

nie chorych. Zapewni również prawidłowe warunki pracy lekarzom i pielęgniarkom oraz prawidłowe i godne warunki nauczania studentów.

Kardiologia jest dziedziną wiedzy, która wymaga wdrażania bardzo drogich technologii medycznych. Przykładem może być choćby transplantacja serca. Przeszczepienie serca jest zabiegiem ratującym życie. Niestety, z dobrodziejstw tej operacji może skorzystać tylko niewielki procent chorych na serce.

Dla ogromnej rzeszy chorych cierpiących na nieodwracalne uszkodzenie serca jest obecnie ratunek. Jedynym ratunkiem będą implantowalne sztuczne komory wspomaganie serca oraz implantowalne sztuczne serca. Urządzenia te pozwalają na prowadzenie normalnego trybu życia, istnieje również możliwość powrotu do pracy.

Zgodnie z założeniami narodowego programu w Stanach Zjednoczonych, na przełomie roku 1999 i 2000 stosowanie implantowalnego sztucznego serca będzie powszechne. Urządzenia te są i będą bardzo drogie. Wspominam o nich z dwóch względów. Po pierwsze, koszty leczenia chorych w związku z wprowadzeniem coraz to nowych, ale i droższych technologii, będą stale rosły. Nie wolno tego faktu ukrywać. Jednakże zdając sobie z tego sprawę, trzeba przewidzieć stały wzrost nakładów na ochronę zdrowia. Po drugie, Polska ma już pewne sukcesy w budowie pneumatycznych komór wspomaganie serca, jak również pneumatycznego sztucznego serca. Przykładem tego są nagrody otrzymane na wystawach w Szwajcarii i Japonii, jak również fakt, że wkrótce polskie pneumatyczne komory będą używane w Buenos Aires i w Chorwacji. Przygotowani jesteśmy również do tego, aby w ciągu 2-3 lat wytwarzać implantowalne komory wspomaganie serca.

Należałoby więc rozważyć możliwość powstania strategicznego programu rządowego dla budowy polskiego sztucznego serca. Przyszłość polskiej medycyny, w tym i kardiologii, będzie zawsze zależeć od wielkości przeznaczonych na nią nakładów finansowych. Zdrowie narodu to niewątpliwie jeden z priorytetów państwa. Jeżeli tak rzeczywiście jest, powinno to znaleźć potwierdzenie przy konstruowaniu kolejnych budżetów.

Panie Marszałku, mam do pana pytanie związane z procedurą: czy ja w tym momencie mogę zgłosić poprawkę, czy powinienem ją zgłosić w dyskusji?

Marszałek Adam Struzik:

Proszę bardzo. Może pan.

Senator Zbigniew Religa:

Mogę? Dziękuję bardzo.

Chciałbym, żebyśmy nie ograniczyli się w tej debacie wyłącznie do wygłaszania pustych słów

(senator Z. Religa)

i pięknych hasel o tym, jak ważną rzeczą, jakim priorytetem jest zdrowie narodu. Uważam, że dzisiejsza debata będzie miała sens, jeżeli zostanie wprowadzona następująca poprawka.

W pktcie 3 uchwały Senatu proponuję bezpośrednio po słowach „realizacja tych celów wymaga” dodanie następującego sformułowania: „realizacja tych celów wymaga zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia o 0,2% PKB w budżetach państwa, począwszy od 1998 r. przez kolejne 5 lat”. Następne podpunkty zmieniają numerację odpowiednio od „b” do „f”. Dziękuję bardzo.

Marszałek Adam Struzik:

Dziękuję bardzo.

Proszę o zabranie głosu kolejnego sprawozdawcę Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia, pana senatora Jerzego Derkacza.

Senator Jerzy Derkacz:

Panie Marszałku! Panie i Panowie Senatorowie! Dostojni Goście!

W Polsce na początku lat dziewięćdziesiątych szansa piętnastoletniego chłopca na dożycie 60. roku życia była taka, jak w Indiach, nieco większa niż mieszkańca subsaharyjskiej Afryki. Warto przypomnieć, że w Polsce aż 50% mężczyzn umiera przed osiągnięciem 65. roku życia, to jest między 35. a 65. rokiem życia. Tymczasem w sąsiadującej z nami przez morze Szwecji tylko 20% mężczyzn nie osiąga wieku 65 lat.

Przedwczesna umieralność, której przecież można zapobiec, stanowi podstawowe wyzwanie cywilizacyjne Polski okresu transformacji. Bez sprowadzenia jej do europejskiego poziomu nie będzie możliwy szybki rozwój ekonomiczny. Nowotwory złośliwe, które są do uniknięcia lub dają się wyleczyć, stanowią razem z chorobami układu krążenia główną przyczynę przedwczesnej umieralności w Polsce. Warto też nadmienić, że w połowie lat dziewięćdziesiątych choroby nowotworowe stanowiły przyczynę zgonu, jeśli chodzi o ludzi w średnim wieku – to znaczy między 35. a 65. rokiem życia – dla około 30% mężczyzn i 40% kobiet. Dla kobiet są pierwszą przyczyną przedwczesnej umieralności, przed chorobami układu krążenia, a dla mężczyzn drugą, po chorobach układu krążenia. W Polsce corocznie zachorowuje ponad 100 tysięcy osób, a umiera ponad 70 tysięcy osób. Częstotliwość niektórych lokalizacji nowotworów złośliwych, na przykład płuca, krtań, szyjka macicy, należy w Polsce do najwyższych w Europie. Przypomnijmy, że nowotwory złośliwe są podstawowym możliwym do rozwiązania problemem zdrowia publicznego.

Warto wiedzieć, że w wielu krajach Europy, na przykład w Finlandii, poprzez zaplanowane działania państwa i ludności doprowadzono w ostatnich dziesięcioleciach do zmniejszenia liczby zachorowań i zgonów z powodu raka u mężczyzn w średnim wieku o 40%, a u kobiet w średnim wieku o 20%. W 1996 r. Stany Zjednoczone ogłosiły, jako pierwszy kraj świata, że po raz pierwszy liczba zgonów z powodu raka we wszystkich grupach wiekowych była niższa niż w roku poprzednim. Pewne oznaki możliwości zaistnienia pozytywnych efektów zapobiegania i leczenia nowotworów pojawiły się także w Polsce, w latach dziewięćdziesiątych. To jednak dopiero początek drogi. Konieczne jest spotęgowanie działań.

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Wśród przyczyn powstawania nowotworów istotne miejsce zajmuje czynnik żywieniowy. Dotyczy to zwłaszcza nowotworów układu pokarmowego, żołądka, okrężnicy, odbytu, wątroby i trzustki, a także gruczołów piersiowych u kobiet i gruczołu krokowego u mężczyzn. Liczne badania naukowe w tym zakresie eksponują zwłaszcza sprawczą rolę tłuszczów zwierzęcych, bogatych w nasycone kwasy tłuszczowe. Praktyczne zalecenia profilaktyczne, wynikające z badań, wskazują na potrzebę ograniczenia spożycia tych tłuszczów, przy jednoczesnym dostarczaniu antyoksydantów, a więc między innymi witaminy C, witaminy E, betakarotenu oraz selenu. Również błonnik pokarmowy, którego źródłem są także owoce i warzywa, zmniejsza ryzyko wystąpienia niektórych nowotworów. Rola czynnika żywieniowego jest coraz częściej wymieniana jako bardzo istotna w powstawaniu nie tylko nowotworów, ale też wielu innych chorób. Wśród nich są przede wszystkim choroby układu krążenia z miażdżycą naczyń, chorobą niedokrwienną serca i nadciśnieniem; zaburzenia gospodarki lipidowej; otyłość; cukrzyca drugiego typu; osteoporoza z powikłaniami urazowymi, zwłaszcza u starszych kobiet; niedokrwistość z niedoboru żelaza i inne. Niemcy przy swej zwyczajowej dokładności naliczyli już ponad 80 jednostek chorobowych, w których etiologii za istotny czynnik uważa się wadliwe żywienie. Ocenia się, że aktualnie w Polsce ludność w ponad 20% dotknięta jest chorobami dietozależnymi, jak już się je określa w literaturze anglosaskiej. Powaga tej sytuacji wzrasta znacznie, jeśli uprzytomnimy sobie, że te właśnie choroby są główną przyczyną zgonów w Polsce.

Czy w związku z tymi stwierdzeniami i spostrzeżeniami nie można liczyć na to, że da się poprawić stan zdrowia naszego społeczeństwa, między innymi zmieniając sposób żywienia? Odpowiedź jest twierdząca. Obecny tradycyjny model żywienia w Polsce, preferujący nadmierne spożycie tłuszczu zwierzęcego, tłustego mięsa czerwonego, zwłaszcza wieprzowiny, soli i cukru,

(senator J. Derkacz)

przy jednoczesnych dużych niedoborach w spożyciu owoców, warzyw oraz mleka o obniżonej zawartości tłuszczu i ryb, sprzyja występowaniu tych chorób. Wystarczy przytoczyć fakt, że przy zalecanym udziale tłuszczów w pokryciu potrzeb energetycznych ludzkiego organizmu, nie przekraczającym 30%, w Polsce ten odsetek waha się między 35% a 40%, a w niektórych grupach ludności jest jeszcze wyższy.

Sytuację, jaka jest dzisiaj w Polsce, niektóre kraje rozwinięte przeżywały przed 20-30 laty. Wybrały one jako jedną z dróg poprawy stanu zdrowia zmianę sposobu odżywiania się. Trzeba przyznać, że wybór był zasadny. W tych państwach zmniejszyła się znacznie zachorowalność, zwłaszcza z powodu chorób układu krążenia i nowotworów. Spadła też wyraźnie umieralność, w tym przedwczesna. Wydłużyła się przeciętna długość życia. Do tych krajów należą między innymi: Holandia, Norwegia, Finlandia, Wielka Brytania, z krajów pozaeuropejskich Stany Zjednoczone Ameryki Północnej i Kanada. Ich doświadczenia są na tyle przekonujące, iż możemy w pełni uznać, że właściwe pod względem zdrowotnym żywienie może znacznie zmniejszyć ryzyko zachorowań na wymienione choroby.

Dlatego z uznaniem należy powitać inicjatywę Instytutu Żywności i Żywienia, wspartą przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, zmierzającą do podjęcia prac nad zmianą modelu żywienia w Polsce na bardziej prozdrowotny. O ile mi wiadomo, zostały już przygotowane założenia do wprowadzania w życie takiego modelu. Opracowana jest strategia przekształceń i kierunki działań oraz – co bardzo ważne – ocena ich realności i uwarunkowania ich wdrożenia. Jest to o tyle konieczne, że sprawy żywienia nie są sprawą jednego resortu. Jest to problem, który powinien być rozwiązywany przez wiele ministerstw oraz administrację terenową, zarówno państwową, jak i samorządową, i to przy akceptacji społecznej, przy akceptacji nie tylko konsumentów, ale i producentów.

To wszystko, o czym mówię, zostało już ujęte w formie projektu opracowania pod roboczym tytułem „Program poprawy stanu zdrowia ludności Polski poprzez podnoszenie jakości zdrowotnej żywności i racjonalizację sposobu żywienia”. Sądzę, że byłoby celowe, by po zakończeniu prac nad tym programem zapoznały się z nim również senackie komisje: Komisja Polityki Społecznej i Zdrowia oraz Komisja Rolnictwa – by po przedyskutowaniu wystąpiły do Prezydium Senatu celem rozpatrzenia tego programu na sesji plenarnej. Polityka żywienia narodu w kontekście zdrowia jest bowiem sprawą na tyle ważną i pilną, by poświęcić jej czas jeszcze przed końcem obecnej kadencji Senatu.

Zgłaszam w tej sprawie formalny wniosek.

Należy podkreślić, iż strategiczny program polityki żywienia ludności w Polsce jest niezbędnym narzędziem realizacji Narodowego Programu Zdrowia, zwłaszcza jego edycji na lata 1996-2005, zaaprobowanej przez Radę Ministrów we wrześniu ubiegłego roku. Wśród 18 celów operacyjnych NPZ znalazła się, jako cel drugi pod względem ważności, również poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowej żywności. Wymienione tam zadania dotyczą najważniejszych kwestii racjonalnego żywienia i stanowią nie jako ramy dla przygotowanego programu.

Sprawą nie mniej ważną jest fakt, że realizacją programu zajmuje się międzyresortowy zespół koordynacyjny, a więc zespół tworzący dobrą płaszczyznę współdziałania dla zainteresowanych i resortów. Sądzę, że na tej bazie można będzie realizować również politykę żywienia. Ważne jest także to, że w Polsce istnieją już ośrodki naukowe i dobra baza w zakresie produkcji i przetwórstwa żywności, mogąca wspomagać przekształcanie modelu żywienia na bardziej prozdrowotny. Czynniki te stanowią swego rodzaju gwarancję powodzenia przedsięwzięcia.

Rządowy program zwalczania chorób nowotworowych, ustanowiony w roku 1976 i kontynuowany w latach 1986-1990, jako centralny program badawczo-rozwojowy o tej samej nazwie, był pod wieloma względami pionierskim w skali międzynarodowej i pierwszym w Europie programem kompleksowego zwalczania tych chorób, opartym na spójnym systemie badań, prac rozwojowych i interwencji. Do najważniejszych osiągnięć tego programu należy zaliczyć:

1. Zainicjowanie populacyjnej kampanii zwalczania palenia tytoniu, najważniejszej ze znanych przyczyn zachorowań na nowotwory. Z perspektywy czasu efekty tych działań okazały się skuteczniejsze niż we wszystkich krajach Europy Centralnej i Wschodniej. Polskie programy i rozwiązania z tego zakresu są powszechnie uznane za modelowe dla tego regionu Europy.

2. Znaczne ograniczenie ekspozycji na czynniki rakotwórcze w środowisku pracy, zwłaszcza na promieniowanie jonizujące w górnictwie, na azbest w przemyśle; określenie najważniejszych źródeł i wielkości skażeń rakotwórczych w środowisku naturalnym.

3. Wdrożenie równoległe z krajami Unii Europejskiej nauczania onkologii w szkołach medycznych według standardów przyjętych, z udziałem przedstawiciela Polski, w krajach Unii.

4. Stworzenie i ciągła modernizacja Krajowego Rejestru Nowotworów i sieci regionalnych rejestrów nowotworowych obejmujących całą populację kraju.

(senator J. Derkacz)

5. Przygotowanie podstaw do wdrożenia w skali populacyjnej badań cytologicznych w celu wykrywania stanów przedrakowych i wczesnego raka szyjki macicy; rozwój podstaw do stopniowego wdrażania populacyjnych badań mammograficznych w celu wcześniejszego wykrywania raka piersi.

6. Osiągnięcie bardzo znacznego postępu w skuteczności leczenia w skali populacyjnej nowotworów wieku dziecięcego, w tym białaczek, ziarnicy złośliwej i złośliwych nowotworów jąder.

7. Upowszechnienie skojarzonych metod leczenia i nowoczesnych metod diagnostyki specjalistycznej terapii nowotworów złośliwych w akademiach medycznych i w sieci regionalnych szpitali onkologicznych.

8. Opracowanie programu i budowa kompleksowego, wzorcowego i modelowego Centrum Onkologii w Warszawie, według kryteriów Światowej Organizacji Zdrowia i Międzynarodowej Unii Przeciwrakowej.

9. Uruchomienie krajowej produkcji terapeutycznych przyśpieszaczy liniowych – łącznie wyprodukowano około 60 przyśpieszaczy, około 20 zainstalowano w kraju, pozostałe 40 wyeksportowano – oraz niektórych leków przeciwnowotworowych, 8 leków w oparciu o technologię opracowano w kraju.

10. Szybki rozwój badań naukowych, tworzących podstawy przyszłego postępu w zapobieganiu i zwiększaniu skuteczności leczenia chorób nowotworowych, w tym epidemiologii analitycznej i molekularnej, biologii molekularnej i genetyki oraz immunologii.

W okresie realizacji programu liczba specjalistów onkologów zwiększyła się niemal trzykrotnie, z około 200 do 600, liczba łóżek specjalistycznych w szpitalach onkologicznych wzrosła z 2 tysięcy 60 do 3 tysięcy 800, a dalsze szpitale z około 1800 łózkami znajdowały się w budowie. Liczba nowoczesnych megavoltowych urządzeń do radioterapii wzrosła z 12 do 44.

Organizacja programu polegająca na selekcji priorytetów, wykorzystaniu całego potencjału placówek naukowych, także spoza nauk medycznych, następnie organizacja w poszczególnych obszarach programu wielośrodkowych i wielodyscyplinarnych badań i interwencji, system wdrożeń sieci regionalnych i szpitali onkologicznych sterowanych przez zespół krajowego konsultanta w dziedzinie onkologii, połączone z programem rozbudowy i modernizacji tej sieci stworzyły – przy wszystkich istniejących wówczas ograniczeniach systemowych – możliwość optymalnego wykorzystania ograniczonych środków przeznaczonych na walkę z rakiem.

W 1986 r. ustalono w krajach Wspólnoty Europejskiej program „Europa przeciw rakowi”.

W tym czasie Polska miała za sobą już dziesięcioletnie doświadczenie w realizacji programu rządowego PL6 – zwalczanie chorób nowotworowych. Dzięki temu wydzwignęła się z jednego z najbardziej zacofanych pod względem bazy materiałowej krajów na właściwą drogę rozwoju.

W 1992 r. komitet ekspertów programu „Europa przeciw rakowi” ocenił polskie osiągnięcia w dziedzinie onkologii szczególnie wysoko. Wyniki programu zwalczania chorób nowotworowych, realizowanego w Polsce w latach 1975-1990, tworzą podstawę do rozszerzenia udziału naszego kraju w ogólnoeuropejskich przedsięwzięciach walki z rakiem oraz do powołania strategicznego programu odpowiadającego standardom europejskim.

Trzeba równocześnie stwierdzić, że mimo osiągnięć lat ubiegłych program nie dysponował środkami niezbędnymi do pełnego upowszechniania postępu wiedzy w dziedzinie profilaktyki, metod leczenia i opieki paliatywnej, zgodnych z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia. Spadek nakładów na służbę zdrowia i naukę, co nastąpiło w ostatnich latach, spowodował powstanie przepaści między potrzebami onkologii polskiej a możliwościami ich zaspokajania. Przejawiało się to między innymi w opóźnieniach realizacji budowy szpitali onkologicznych, wdrożenia kompleksowego systemu szkolenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, jak również w całej problematyce walki z rakiem oraz upowszechnienia badań profilaktycznych u kobiet.

Na czoło priorytetów ujętych w narodowym programie walki z rakiem komitet ekspertów wysunął zwalczanie palenia tytoniu. Inne priorytety powinny być określane indywidualnie, w zależności od sytuacji w poszczególnych krajach. Analiza aktualnego stanu kadry, bazy i dotychczasowego przebiegu walki z rakiem w Polsce stanowi podstawę do wyboru następujących celów priorytetowych niniejszego programu:

- zwalczanie nałogu palenia tytoniu;
- poprawa jakości danych epidemiologicznych, jako podstawy do monitorowania, oceny i programowania walki z rakiem;
- rozwój nauczania onkologii studentów oraz personelu medycznego, zwłaszcza wśród lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy rodzinnych, a także zapewnienie właściwego rozwoju specjalistów onkologów, chirurgów, radioterapeutów i chemioterapeutów;
- rozwój i wprowadzenie do praktyki ośrodków onkologicznych metod kontroli jakości, zwłaszcza w zakresie radiodiagnostyki i radioterapii;
- organizacja ośrodka kontrolowanych badań klinicznych we współpracy z Europejską Organizacją Badań i Leczenia Raka w Brukseli;

(senator J. Derkacz)

- rozwój nowych molekularnych i immunologicznych metod diagnostyki i monitorowania przebiegu leczenia.

Uzasadnienie celowości ustanowienia narodowego programu i narodowego funduszu zwalczania chorób nowotworowych.

1. Największy postęp w ograniczeniu zachorowań i poprawy skuteczności leczenia chorób nowotworowych osiągnięto w krajach, w których ustanowiono takie programy, poddane kontroli kompetentnych zespołów merytorycznych, na przykład w Stanach Zjednoczonych, w krajach skandynawskich, a także Unii Europejskiej.

2. Fundusze na realizację takich programów w Stanach Zjednoczonych uchwała Kongres Stanów Zjednoczonych, a ich bezpośrednim dysponentem jest Narodowy Instytut Raka. W Wielkiej Brytanii powstał taki program ze środków pozabudżetowych. W Unii Europejskiej dysponentem środków na program *Europe Against Cancer*, wydzielonych z budżetów krajów członkowskich, są władze Unii, lecz sposób ich wykorzystania jest określony w porozumieniu z zespołem ekspertów onkologów.

3. Skuteczne zwalczanie chorób nowotworowych jest jednym z ważnych wskaźników postępu cywilizacyjnego. Konieczność interwencji państwa w tym zakresie, w tym wydzielenia specjalnych środków na ten cel, została od dawna dostrzeżona także w krajach, w których nie ma narodowych systemów ochrony zdrowia finansowanych z budżetu. W Stanach Zjednoczonych znaczną część wydzielonych na ten cel środków przeznacza się na tworzenie i modernizację kompleksowych centrów onkologicznych i na specjalne programy interwencyjne prowadzone w skali populacyjnej.

4. Celowość ustanowienia narodowego programu zwalczania nowotworów w Polsce w oparciu o narodowy fundusz zwalczania tych chorób, zarządzany przez zespół kompetentnych specjalistów pod kontrolą społeczną, wynika – w uzupełnieniu do przedstawionych wyżej argumentów – z konieczności zapewnienia stabilności i najbardziej efektywnego funkcjonowania strategicznych sektorów ochrony zdrowia w warunkach trwającej transformacji ustrojowej i przewidywanego wdrażania systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

5. Logika ustanowienia narodowego funduszu walki z rakiem ze środków z dodatkowego opodatkowania sprzedaży papierosów, 5 groszy za paczkę, jest oczywista. Palenie tytoniu jest bowiem najważniejszą ze znanych przyczyn zachorowań na nowotwory złośliwe.

W 1998 r. na całym świecie obchodzone będzie stulecie odkrycia radu i polonu jako początek nauki o promieniotwórczości; nauki, która zmieniła oblicze XX wieku.

Uchwalenie narodowego programu zwalczania nowotworów i narodowego funduszu walki

z rakiem przez parlament Rzeczypospolitej Polskiej będzie wspaniałym uhonorowaniem dzieła naszej wielkiej rodaczki, podwójnej laureatki nagrody Nobla, Marii Skłodowskiej-Curie, której odkrycia umożliwiły rozwój współczesnej onkologii. Dziękuję bardzo.

Marszałek Adam Struzik:

Dziękuję bardzo.

Chciałbym zapytać, czy ktoś z państwa, pań lub panów senatorów, chciałby zadać krótkie pytanie sprawozdawcom.

Pani senator Łękawa, proszę bardzo.

Senator Barbara Łękawa:

Dziękuję, Panie Marszałku.

Chciałabym skierować swoje pytania do pana senatora Wyględowskiego. Pierwsze pytanie, jakie będą koszty sfinansowania planowanych w uchwale programów i jakie środki zostaną przeznaczone na promocję, a jakie na leczenie? Drugie pytanie, jakie są źródła sfinansowania proponowanych programów w 1997 r. wobec zastrzeżenia zawartego w Narodowym Programie Zdrowia, przyjętym przez parlament, który nie przewiduje dodatkowych środków z budżetu państwa? Dziękuję.

Marszałek Adam Struzik:

Proszę bardzo, Panie Senatorze.

Senator Mieczysław Wyględowski:

Panie Marszałku! Pani Senator! Trudno dzisiaj mówić o kosztach. Będą możliwe do obliczenia po zakończeniu dyskusji i debaty. Wtedy dopiero będzie można, w podsumowaniu, ustalać wysokość wydatków. Pokrycie tych kosztów musi, oczywiście, pochodzić z budżetu. Dodatkowo mogą być środki z samorządów i inne, ale głównym źródłem finansowania musi być budżet państwa. Dziękuję.

Marszałek Adam Struzik:

Dziękuję bardzo.

Proszę bardzo, pani senator Łękawa ponownie.

Senator Barbara Łękawa:

Panie Senatorze, zadałam jeszcze drugie pytanie. Jakie są źródła finansowania proponowane w programie na 1997 r., na bieżący rok, wobec zastrzeżenia zawartego w Narodowym Programie Zdrowia, przyjętym przez parlament, który nie przewidywał dodatkowych środków z budżetu państwa?

Senator Mieczysław Wyględowski:

Pani senator łączy programy. Narodowy Program Zdrowia, który już obowiązuje i ma pokrycie w budżecie na ten rok oraz dwa programy, które dopiero mają być powołane do życia. Tak, że o tych środkach jeszcze dzisiaj nie możemy mówić.

Marszałek Adam Struzik:

Dziękuję bardzo. Nie widzę dalszych pytań. Otwieram...
Pani senator Solska, proszę.

Senator Elżbieta Solska:

Panie Marszałku! Chciałabym zapytać pana senatora Derkacza, który mówił o nowotworach złośliwych, czy podczas posiedzenia komisji rozpatrywano problem wpływu awarii reaktora jądrowego w Czernobylu na sytuację, jaka jest obecnie w kraju. Wzrost zachorowalności jest bardzo wyraźny. Czy są prowadzone jakieś badania w tym kierunku? Dziękuję.

Marszałek Adam Struzik:

Proszę bardzo, pan senator Derkacz.

Senator Jerzy Derkacz:

Na podstawie dotychczasowych badań wiadomo, że nastąpił wzrost zachorowań na nowotwory tarczycy. Jest to ewidentny wpływ awarii w Czernobylu. Myślę, że dalsze badania pozwolą jeszcze określić wpływ tej awarii na powstawanie innych nowotworów – nie tylko tarczycy, lecz być może również nowotworów kości.

Marszałek Adam Struzik:

Dziękuję bardzo. Nie widzę dalszych pytań. Otwieram debatę.

Przypominam o wymogach regulaminowych dotyczących czasu wypowiedzi w debacie oraz o konieczności zapisywania się do głosu u senatora prowadzącego listę mówców i o obowiązku składania wniosków o charakterze legislacyjnym na piśmie.

Ponieważ, proszę państwa, debata jest interesująca i mówcy mogą przekraczać czas wypowiedzi, proszę każdorazowo zwracać się do marszałka prowadzącego o zgodę na takie przedłużenie.

Proszę o zabranie głosu pana senatora Jerzego Kopaczewskiego.

Senator Jerzy Kopaczewski:

Panie Marszałku!

Na początku mojej wypowiedzi chciałbym poprosić o dwukrotny limit czasu, przysługującego mi w debacie, od razu w tym wystąpieniu. Gdybym natomiast nieznacznie przedłużył ten czas, w co wątpię, to także proszę o wyrozumiałość, ponieważ będę mówił o chorobach układu krążenia, a więc newralgicznym punkcie Narodowego Programu Zdrowia.

Panie Marszałku! Panie i Panowie Senatorowie i Szanowni Goście!

Jak już tutaj usłyszeliśmy, Polska należy do krajów o najwyższej umieralności na choroby układu krążenia. W roku 1991, kiedy w Polsce na choroby układu krążenia zmarło najwięcej obywateli naszego kraju, tylko dawne kraje Związku Radzieckiego i Czechosłowacja miały nieco wyższe wskaźniki zgonu na te choroby. Ten wysoki poziom umieralności został osiągnięty w wyniku permanentnego wzrostu liczby zgonów od połowy lat sześćdziesiątych do początku lat dziewięćdziesiątych. W 1961 r. zanotowano 155 zgonów na choroby układu krążenia na 100 tysięcy mieszkańców, co stanowiło tylko 21% wszystkich zgonów. W roku 1991 natomiast wskaźnik ten wynosił już 557 osób na 100 tysięcy mieszkańców, co stanowiło 53% wszystkich zgonów notowanych w Polsce. Było to, i jest nadal, katastrofą demograficzną spowodowaną chorobami układu krążenia, które powodują przedwczesną umieralność i zjawisko nadumieralności mężczyzn w stosunku do kobiet.

Choroby układu krążenia powodują w Polsce ponad 200 tysięcy zgonów rocznie, co stanowi – jak już stwierdziłem – ponad 50% wszystkich zgonów w Polsce. Tempo wzrostu zachorowań na chorobę wieńcową, jedno z najwyższych na świecie, spowodowało w latach osiemdziesiątych i na początku lat dziewięćdziesiątych ogromną chorobowość ogólną, a w konsekwencji wysoką chorobowość szpitalną. W ciągu ostatnich 15 lat obserwowano przyrost chorobowości o 47% wśród mężczyzn i o 105% u kobiet. W roku 1993 z powodu chorób układu krążenia hospitalizowano 212 tysięcy mężczyzn i 160 tysięcy kobiet.

Ocenia się, że na chorobę wieńcową, jak już powiedział tu pan profesor Religa, choruje w Polsce ponad milion osób. Około 100 tysięcy ma zawał serca, a około 80 tysięcy niestabilną chorobę wieńcową wymagającą bezwzględnej hospitalizacji. Na nadciśnienie choruje 7 milionów osób, a udary mózgowie, krwotoczne ma około 65 tysięcy osób. Przyczyną inwazji chorób układu krążenia jest szerokie i intensywne oddziaływanie czynników ryzyka miażdżycy na polską populację z jednej strony, a z drugiej strony mała i niedostateczna dostępność nowoczesnych metod diagnostyki i skutecznej terapii

(senator J. Kopaczewski)

w wyniku zaniedbań w tworzeniu odpowiedniej do potrzeb struktury ochrony zdrowia w poprzednim okresie.

Istotną poprawę w opiece kardiologicznej w Polsce przyniósł dopiero Narodowy Program Ochrony Serca. Wprowadził on, po raz pierwszy w kraju, podstawy skoordynowanych działań promujących zdrowie, zmierzających konsekwentnie do zmiany stylu życia polskiej populacji na prozdrowotny. Wyzначył sobie trzy główne kierunki działania: budowę systemu promocji zdrowia w obrębie lecznictwa kardiologicznego, budowę elementów ogólnokrajowego systemu promocji zdrowia poza lecznictwem kardiologicznym oraz podnoszenie prozdrowotnej świadomości ludności, głównie za pomocą środków masowego oddziaływania.

W Instytucie Kardiologii powołano Zakład Promocji Zdrowia, który był inicjatorem powstania ogólnokrajowego stowarzyszenia Dziennikarski Klub Promocji Zdrowia oraz ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Promujących Zdrowie. Następnie, w ramach reorientacji dla celów promocji zdrowia istniejącej już instytucji, jaką jest Szkolny Związek Sportowy, dokonywano zmiany profilu pisma dla młodzieży „Lider”, na promujące zdrowie, kulturę fizyczną i zdrowotną. Instytut Kardiologii przyczynił się także do powstania agencji „Promo-Lider”, która wydaje większość publikacji popularno-naukowych z serii „Twoje zdrowie w twoich rękach”. Starano się także włączyć te instytucje, które mogły odgrywać znaczącą rolę w działaniach promujących zdrowie. Za najważniejsze w tym zakresie należy uznać utworzenie na bazie 10 autonomicznych regionów kardiologicznych, pokrywających zasięgiem działania obszar całego kraju, sieci ośrodków promocji zdrowia.

Głównymi rodzajami działań na rzecz tworzenia systemu promocji zdrowia oraz podnoszenia prozdrowotnej świadomości ludzi były, między innymi, prace organizacyjne związane z budową sieci promocji zdrowia, szkoleniem konsultantów regionalnych i wojewódzkich w dziedzinie kardiologii, koordynowaniem zakresu promocji zdrowia w ramach Narodowego Programu Ochrony Serca i powołaniem Dziennikarskiego Klubu Promocji Zdrowia oraz Stowarzyszenia Pielęgniarek Promujących Zdrowie, a także utworzeniem poradni antynikotynowej.

Edukacja prowadzona będzie między innymi poprzez: szkolenia w formie 22 warsztatów różnego typu; konferencje szkoleniowe dla decydentów z udziałem ekspertów WHO i Instytutu Kardiologii; opracowanie programu kursu podstawowego w zakresie promocji zdrowia; wydawanie materiałów edukacyjnych; wydawanie lub współwydawanie czasopism naukowych i popularnonauko-

wych oraz publikacji książkowych przeznaczonych przede wszystkim dla fachowców profesjonalnie zajmujących się promocją zdrowia.

W ramach współpracy lokalnej podjęto także badania nad zmianami stylu życia. Są one prowadzone, na przykład, przez ciechanowskie konsorcjum zdrowia, w województwie chełmskim, w Hucie „Częstochowa”, w trzech dzielnicach Warszawy. Realizuje się program „Zdrowie dla Pragi”, wspiera sieć szkół promujących zdrowie, a także zdrowe miasta. W ramach akcji i kampanii prozdrowotnych oddziałuje się za pomocą środków masowego przekazu na świadomość zdrowotną rzesz ludności, w tym także lekarzy. Chodzi o to, by rozpoczynając od pojedynczych akcji, przechodzić do coraz bardziej masowych i częstych kompleksowych kampanii, a następnie osiągnąć fazę stałych i systematycznych działań edukacyjnych usytuowanych w rozwijającym się systemie promocji zdrowia.

Program promocji zdrowia na 1997 r. zakłada intensyfikację zorganizowanych działań w celu zwalczania nadciśnienia tętniczego, zwalczania nałogu palenia, propagowania racjonalnego żywienia i aktywności fizycznej. Przewiduje się szkolenie zawodowych kadr promocji zdrowia. Uwzględniając zorganizowane działania w zakresie promocji zdrowia, podjęte w pierwszym etapie programu ochrony serca w roku 1993, można zakładać, że nadanie im właściwych form poprzez budowę w całym kraju sieci, znaczną intensyfikację aktywności wszystkich ogniw promocji zdrowia, przy politycznym i ekonomicznym wsparciu władz centralnych i samorządowych, powinny przynieść w roku 2000 redukcję zachorowań na chorobę wieńcową rzędu 5-10%. Pomijając efekty zdrowotne, skutki ekonomiczne takiej reedukacji pokryją w pełni wszystkie wydatki poniesione na program ochrony serca.

W roku 1990 narastającej epidemii chorób układu krążenia polska służba zdrowia była w stanie przeciwstawić bardzo skąpe siły i środki. Przeprowadzono wtedy w Polsce 5 tysięcy badań koronarograficznych, poniżej tysiąca angioplastyk wieńcowych oraz 4 tysiące 900 operacji w krążeniu pozaustrojowym, w tym tylko 1500 operacji wieńcowych. Spośród miliona pacjentów z chorobą wieńcową wyodrębniono grupę najbardziej zagrożonych, 100 tysięcy chorych z zawałem serca. Szansę na nowoczesną diagnostykę miało więc tylko 5% zagrożonych, a możliwość skutecznego leczenia angioplastyką lub poprzez operację kardiologiczną miało około 2,5% chorych w stanie zagrożenia życia.

Dokonania roku 1990 stawiały nasz kraj na końcu listy państw europejskich. Instytut Kardiologii wspólnie z Polskim Towarzystwem Kardiologicznym opracował w 1990 r. Narodowy Program Ochrony Serca, który miał na celu przeciwstawienie się inwazji chorób układu krążenia.

(senator J. Kopaczewski)

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, uznając zapobieganie chorobom układu krążenia i walkę z nimi za priorytetowe zadanie resortu, podjął w 1993 r. realizację pierwszego etapu kompleksowych badań w tym zakresie w ramach Narodowego Programu Ochrony Serca, który zakończył się znacznym sukcesem w 1995 r.

Narodowy Program Ochrony Serca zapewnił rozwój kardiologii i kardiologii w warunkach kryzysu ekonomicznego państwa. Poprawa wyposażenia aparaturowego ośrodków, zabezpieczenia finansowe dla szpitali wykonujących znaczną liczbę operacji w krążeniu pozaustrojowym, koronarografie i angioplastykę wieńcową oraz wszczepienia stymulatorów, pozwoliły na znaczący wzrost dostępności tych ważnych ratujących życie zabiegów. I tak, koronarografia wykonywana jest obecnie w Polsce w 35 ośrodkach. W roku 1992 wykonano 10 tysięcy 191 badań a w 1996 23 tysiące 571 badań, co oznacza wzrost rzędu 231%. Jeśli chodzi o kardiologię interwencyjną, a więc angioplastykę tętnic wieńcowych i inne zabiegi wykonywane metodami śródnaczyniowymi, bez otwierania klatki piersiowej, to w roku 1992 wykonano 1604 zabiegi PTCA, a w roku 1996 – 4 tysiące 986 zabiegów, co stanowi wzrost liczby zabiegów rzędu 311%.

Przynajmniej w 10 spośród 16 ośrodków, wykonujących w Polsce zabiegi koronaroplastyki, istnieje jeszcze potencjał, który powinien umożliwić dalsze istotne zwiększenie ich liczby w 1997 r. Kardiologia interwencyjna, związana z chorobą niedokrwienną, znajduje się w stanie ciągłego rozwoju. Dla poprawienia wyników wprowadzane są nowe instrumenty, które wzbogacają klasyczną angioplastykę balonową. Są to aterekomy kierunkowe i stenty, tak zwane sprężynki wieńcowe, które w określonych przypadkach pozwalają uniknąć kosztownych i trudnych ze względów organizacyjnych operacji pomostowania tętnic wieńcowych w trybie nagłym.

W roku 1996 nastąpił w Polsce dalszy postęp w zakresie wszczepień układów stymulujących. Ogółem w 1996 r. 54 ośrodki wszczepiły 8 tysięcy 471 rozruszników. Wskaźnik wszczepień na milion osób stopniowo narastał: ze 117 w 1992 r. do 225 w 1996 r. W ciągu 4 lat liczba wszczepień wzrosła o 90%, osiągając 74% wskaźnika wszczepień dokonywanych w Danii, chociaż niepełna tylko połowę wszczepień dokonywanych we Francji i w Niemczech.

Po 4 latach realizowania programu wiadomo z całą pewnością, że jest on głównym motorem postępu kardiologii i kardiologii w Polsce. Jego osiągnięcia, mimo krótkiego czasu trwania i stosunkowo niewielkich nakładów finansowych, są widoczne w głównych obszarach kardiologii i kardiologii. Wprowadzenie pro-

gramu przyczyniło się do poprawy dostępności leczenia oraz skuteczności diagnostyki pacjentów. Program uruchomił nową strukturę organizacyjną kardiologii i kardiologii, chodzi o podział kraju na 10 regionów, mających pełną samowystarczalność diagnostyczną i terapeutyczną, a także sprzężenie zwrotne ośrodków specjalistycznych typu wojewódzkiego z regionalnymi wysoko wyspecjalizowanymi ośrodkami, zgodnie z koncepcją krajowego konsultanta w dziedzinie kardiologii.

W ciągu ostatnich 7 lat nastąpiła rozbudowa potencjału szpitalnego i ambulatoryjnego specjalistycznej opieki kardiologicznej. Zakończono tworzenie sieci wojewódzkich oddziałów kardiologicznych. Od początku 1993 r. przybyły w nich 444 łóżka szpitalne, z czego prawie 400 w szpitalach wojewódzkich i 50 w szpitalach terenowych. Zakończona została organizacja wojewódzkich poradni kardiologicznych. W ostatnim okresie przybyły 4 placówki wojewódzkie i 22 terenowe. Kliniki i oddziały kardiologiczne oraz przychodnie wojewódzkie są znacznie lepiej wyposażone. Jednym z największych osiągnięć Narodowego Programu Zdrowia było utworzenie i wyposażenie w ciągu ostatnich 4 lat 10 pracowni hemodynamicznych, wykonujących diagnostykę inwazyjną i koronarografię. Równocześnie kardiolodzy z tych ośrodków uzyskali bazę materialną i pełne możliwości prowadzenia zabiegów leczniczych, takich jak rozszerzanie zwężonych tętnic, zwężonych zastawek i inne. Kardiolodzy z Gdańska, Szczecina, Białegostoku, Bydgoszczy, Poznania, Lublina i wielu innych wielkich ośrodków naszego kraju uzyskali po raz pierwszy możliwość nowoczesnej diagnostyki i interwencyjnej terapii ogromnej rzeszy pacjentów. Wymiar społeczny efektów tej działalności mierzy się tysiącami uratowanych chorych, często przywróceniem natychmiastowej zdolności do pracy, kwalifikacjami do operacji wieńcowej, ale także szkoleniem lekarzy i studentów w zakresie właściwych metod postępowania.

Panie i Panowie Senatorowie! Kończąc swoje wystąpienie, chciałem odwołać się do słów Winstona Churchilla, który powiedział o polskich lotnikach, biorących udział w bitwie o Anglię, iż Anglia nigdy w historii nie zawdzięczała tak wiele tak małej grupie ludzi. To historyczne stwierdzenie można także odnieść do grupy polskich uczonych kardiologów, choć nie tylko, którzy w okresie transformacji politycznej i gospodarczej, w okresie pewnego chaosu, stworzyli dalekowszoczną wizję poprawy zdrowia narodu, realizując ją poprzez obniżenie zachorowalności z powodu chorób układu krążenia. Realizowana jest ona pod postacią Narodowego Programu Ochrony Serca. Pierwsze praktyczne efekty tej wizji obserwowane są już od 1994 r., w którym to po raz pierwszy od wielu lat śmiertelność z powodu

(senator J. Kopaczewski)

chorób układu krążenia ustabilizowała się na stałym poziomie, a w następnych dwóch latach wykazała tendencję spadkową. Oczekiwana długość życia wzrosła w ostatnim okresie u mężczyzn o półtora roku, a u kobiet o rok. Są to dane statystyczne, pozwalające naszemu społeczeństwu śmiało spojrzeć w przyszłość i wygrać bitwę o zdrowie, toczoną uporczywie pod kierunkiem polskich uczonych, siedzących także na tej sali. Pozwolicie państwo senatorowie, że przywołam z tej trybuny ich nazwiska: pan profesor Zygmunt Sadowski – krajowy konsultant do spraw kardiologii, pan profesor Witold Zatoński, pan profesor Witold Szostak, pan profesor Zbigniew Religa, pan profesor Andrzej Kulakowski, pan profesor Eugeniusz Butruk i wielu, wielu innych. Praca, którą wykonali, wizja teoretyczna, jaką stworzyli, pracowitość przekonanych o słuszności swoich działań praktyków, zręczność polityków, która pozwoliła im wprowadzić program w tryby realizacyjne resortu zdrowia, mediów, szkół i innych organów rządowych i samorządowych, przynoszą pierwsze wymierne korzystne efekty dla zdrowia narodu. Dziękuję za uwagę.

Marszałek Adam Struzik:

Dziękuję bardzo.

Proszę o zabranie głosu pana senatora Stanisława Kucharskiego. Jako następny wystąpi pan senator Zbigniew Kulak.

Senator Stanisław Kucharski:

Dziękuję, Panie Marszałku.

Po tak pięknym wystąpieniu pana senatora Kopaczewskiego zmieszczę się w czasie i nie będę prosił o przedłużenie. Pan senator pięknie to wszystko przedstawił.

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Szanowni Zaprośzeni Goście!

Dzisiejsza debata Senatu to podjęcie próby oceny zdrowia społeczeństwa polskiego. Analizujemy jednak stan góry lodowej, która pływa na powierzchni morza, dostrzegamy około 1/3 i tylko na tej podstawie możemy dokonywać oceny. Już jak powiedzieli moi poprzednicy, Polska należy do tych państw w Europie, w jej części środkowej, a nawet wschodniej, które „szczycą się”, oczywiście w sensie negatywnym, dużą umieralnością na choroby układu krążenia. Dobrze się stało, że dokonano analizy, jak ten proces kształtował się na przestrzeni 30 lat i jak sytuacja wygląda dzisiaj. Dobrze, że już wcześniej podjęto decyzje co do tego, w jaki sposób starać się obniżyć umieralność, gdyż jej poziom zagraża istnieniu naszego społeczeństwa. Bo jeżeli uświadomimy sobie fakt, iż w 1961 r.

wskaźnik umieralności na choroby układu krążenia wynosił 21% i jeżeli porównamy to z latami pięćdziesiątymi, to możemy stwierdzić, że każdego roku następował przyrost o około 1% i teraz mamy pięćdziesiąt kilka procent zgonów z powodu tego typu chorób. Jakie były tego przyczyny? I czy możemy definitywnie odpowiedzieć na to pytanie? Czy odpowiada za to tylko służba zdrowia, czy również społeczeństwo, edukacja, niekorzystne nawyki, a mam na myśli sposób żywienia i odpoczywania, stresy, którym poddajemy się często w sposób obojętny, a raczej nie potrafimy ich uniknąć. To spowodowało, że nadumieralność mężczyzn w wieku produkcyjnym jest w Polsce zastraszająca. I dobrze się stało, Panie Marszałku, że Prezydium Senatu podjęło decyzję o przeprowadzeniu tej debaty, żeby pokazać całemu społeczeństwu, że jest to problem naszej egzystencji, naszej narodowej kultury, zdrowia narodowego i że musimy wchodzić do struktur europejskich ze zdrowym narodem.

Jak to się kształtowało, wiemy bardzo dobrze. Liczba kalorii spożytych w 1960 r. przez przeciętnego Polaka wynosiła 3 tysiące 100 i coś tam jeszcze, ale w późniejszym okresie to już 3 tysiące 600. Struktura spożycia również była niekorzystna z powodu przewagi artykułów tłuszczowych, co z kolei powodowało podwyższenie cholesterolu we krwi, uzależnione od wieku, i sprzyjało przede wszystkim powstawaniu chorób układu krążenia.

Następna sprawa, o czym już wspominali moi przemili przedmówcy, to palenie dużej liczby papierosów i to w nie najlepszym wydaniu, jeśli chodzi o jakość. Dalej mamy spożycie alkoholu. I znów możemy powiedzieć, że należymy do czołówki, choć nie jesteśmy najlepsi w stosunku do innych państw europejskich, bo są kraje, gdzie spożywa się go więcej, w szczególności chodzi o alkohole wysokoprocentowe. To wszystko również ma wpływ na schorzenia układu krążenia, naczyń. Szerząca się cukrzyca również sprzyja ich rozwojowi. Kolejny problem to mała aktywność fizyczna. Przy obecnym postępie technicznym, kiedy posiadamy samochody, lodówki, szereg innych urządzeń, nie potrafimy właściwie spędzać czasu wolnego od pracy. Z przestrzeganiem czasu pracy też bywa różnie, co w konsekwencji wpływa na złe odżywianie, rozwój kultury konsumpcji, stres. Myślę, że te czynniki powodują, iż jesteśmy w tym właśnie miejscu, w którym jesteśmy. Chwała naszym naukowcom i lekarzom, że dostrzegli to w porę. Dzięki temu już dziś możemy mówić, że współczynnik, o którym wspominałem, ów jednoprocentowy wzrost schorzeń w skali roku, spada. Teraz trzeba podjąć zdecydowane działania.

Żeby nie przedłużać wypowiedzi i nie zabierać czasu szanownym gościom, szanownym panom

(senator S. Kucharski)

senatorom, pozwolę sobie na zakończenie przedstawić kilka warunków, mających raczej charakter postulatów, jakimi powinniśmy się posługiwać w naszej pracy. Przede wszystkim powinniśmy zapewnić lepsze warunki realizacji zadań zapisanych w Narodowym Programie Zdrowia. Chodzi o zwalczanie czynników ryzyka sprzyjających powstawaniu chorób układu krążenia, jak również nowotworów. W ramach środków pozostających w dyspozycji komitetu naukowego, powinniśmy przyznać wyższy priorytet programom badawczym w zakresie profilaktyki i leczenia chorób układu krążenia. Trzeba stworzyć system koordynacji działań na rzecz profilaktyki chorób układu krążenia, podnieść kulturę społeczeństwa, wytworzyć sytuację, kiedy to lekarz pierwszego kontaktu, rejonowy czy rodzinny, jak tam będziemy go nazywać, będzie wiedział, jak ustrzec chorego, jak przygotować go do przyjęcia takiego sposobu życia, by zawał serca i pozostałe schorzenia układu krążenia już mu nie groziły.

Panie Marszałku, nie chciałbym przedłużać mojego wystąpienia. Dziękuję za wysłuchanie mnie.

Marszałek Adam Struzik:

Dziękuję bardzo.

Proszę teraz pana senatora Zbigniewa Kulaka. Jako następny wystąpi senator Zdzisław Jarмуżek.

Senator Zbigniew Kulak:

Panie Marszałku! Szanowni Goście! Panie i Panowie Senatorowie!

Podczas przygotowań senackiej debaty na temat zdrowia narodu polskiego w Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia, przypadło mi, jako senatorowi będącemu lekarzem zabiegowym, zadanie przedstawienia problemów urazów, wypadków i zatruc w Polsce. Wypadki stanowią istotny czynnik wpływający na indywidualną i społeczną zdolność wytwarzania dóbr materialnych i niematerialnych oraz na wydatki z budżetu związane z okresową lub stałą niezdolnością do pracy zarobkowej. Następstwa urazów i zatruc znajdują się w grupie trzech głównych problemów zdrowotnych polskiego społeczeństwa. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, gdyby udało się całkowicie wyeliminować w Polsce urazy i zatrucia, jako przyczyny zgonów, przeciętna długość życia mężczyzn wzrosłaby o 2,3 roku, a kobiet o 0,7 roku. Wypadki drogowe są w Polsce od szeregu lat jedną z głównych przyczyn zgonów, a w grupie ludzi młodych są wręcz ich pierwszą przyczyną. W naszym kraju wypadki przynoszą wyjątkowo wysoką śmiertelność. Na

100 wypadków ginie 12 osób, podczas gdy przeciętny wskaźnik w krajach Unii Europejskiej wynosi 3,5.

Biorąc pod uwagę wypadki przy pracy w Polsce, muszę powiedzieć, że mimo tendencji spadkowej w kilku poprzednich latach, obecnie ich liczba ponownie wzrasta. Liczba osób poszkodowanych przekracza rocznie 100 tysięcy, przy czym w ponad 600 przypadkach dochodzi do zgonu jednego lub więcej poszkodowanych. W krajach wysoko rozwiniętych osiągnięto znaczne postępy w zwalczaniu skutków wypadków drogowych dzięki energicznemu wdrażaniu racjonalnych programów prewencyjnych oraz stosowaniu nowoczesnych systemów pomocy osobom poszkodowanym. Wskaźnik urazów i zatruc śmiertelnych w ostatnim ćwierćwieczu wzrósł z 6 przypadków na 10 tysięcy osób w 1970 r. do 8,2 w 1991 r. Następnie rozpoczął się spadek tego wskaźnika, który stabilizuje się w ostatnich latach na relatywnie wysokim poziomie około 7,3 na 10 tysięcy.

Na ogólną liczbę zgonów w 1995 r. w następstwie zewnętrznych przyczyn, a więc urazów i zatruc, wynoszącą 28 tysięcy 768, najczęściej odnotowano ich w grupie wiekowej 40-44 lata. Ta grupa wiekowa dominuje wśród mężczyzn zarówno w miastach, jak i na wsi. Wśród kobiet, generalnie rzadziej ulegających urazom, dzieje się to najczęściej w grupie wiekowej powyżej 85. roku życia.

Osobnym zagadnieniem są zgony dzieci z powodu urazów i zatruc. W Polsce są one główną przyczyną zgonów młodzieży. Współczynniki umieralności są u nas wyższe niż w innych krajach europejskich.

Rozwój cywilizacyjny i ekonomiczny naszego kraju oznacza między innymi stały wzrost poziomu zmotoryzowania społeczeństwa. Liczba pojazdów poruszających się po naszych drogach systematycznie rośnie. W ostatnim dziesięcioleciu liczba pojazdów silnikowych wzrosła o prawie 50%, a w kategorii samochodów osobowych o 90%. Od kilku lat liczba wypadków drogowych w Polsce ustabilizowała się na poziomie ponad 50 tysięcy rocznie. W 1996 r. nastąpił kolejny wzrost liczby wypadków o następne 2%, a liczba ich sięgnęła 58 tysięcy. Liczba rannych wzrosła o 1,7%, a zabitych na miejscu o 7%. Ogólne straty finansowe spowodowane wypadkami i kolizjami drogowymi na przykład w 1994 r. oszacowano na około 40 bilionów starych złotych.

Dodać należy, że każdego roku na drogach publicznych w Polsce, oprócz zanotowanych wypadków drogowych, w których ginie blisko 7 tysięcy osób i ponad 60 tysięcy zostaje rannych, dochodzi do blisko 200 tysięcy kolizji drogowych pociągających za sobą dalsze straty materialne. O ile w większości krajów Europy liczba wypadków drogowych wykazuje tendencje spadkowe,

(senator Z. Kulak)

o tyle w Polsce ciągle wzrasta. Ofiary śmiertelne wypadków drogowych stanowiły u nas w 1995 r. 24% wszystkich zgonów powstałych z przyczyn zewnętrznych. Bardzo charakterystyczne są różnice w śmiertelnych skutkach wypadków. W Niemczech na pół miliona poszkodowanych w wypadkach ofiar śmiertelnych było mniej niż 2%, w Wielkiej Brytanii na 300 tysięcy – 1,2%, we Francji na 200 tysięcy – 4,6%, a w Polsce na 65 tysięcy – aż 9,7%.

W 1996 r. liczba wypadków przy pracy wyniosła ponad 117 tysięcy, w tym 1885 śmiertelnych. Najwięcej takich wypadków wydarzyło się w działalności produkcyjnej, a w mniejszym stopniu w budownictwie, transporcie i łączności. Najwięcej zbadanych wypadków zaistniało wskutek uderzenia przez maszyny, ich części, narzędzia, środki transportu oraz upadków z wysokości. Osobami poszkodowanymi w tych wypadkach, zarówno w sektorze publicznym, jak i sektorze prywatnym, byli głównie mężczyźni. Prawie 1/3 osób poszkodowanych legitymowała się krótszym niż rok stażem pracy w zakładzie. Co ciekawe, ponad 18% poszkodowanych to pracownicy, którzy ulegli wypadkom podczas wykonywania prac nie należących do ich obowiązków. Szczegółowe opracowania na ten temat przygotowało Biuro Studiów i Analiz Kancelarii Senatu. Wszystkich zainteresowanych odsyłam do opracowania OT-209.

Chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na problematykę samobójstw. Na ogólną liczbę 28 tysięcy zgonów w następstwie urazów i zatruc w 1995 r. samobójstwa i samouszkodzenia, w wyniku których nastąpił zgon, stanowiły 19%. Było ich 5,5 tysiąca w całym kraju. Samobójstwa i samouszkodzenia ze skutkiem śmiertelnym miały miejsce wśród mężczyzn w ponad 4,5 tysiąca przypadkach, a wśród kobiet w 937. Dodatkowo w naszym kraju umiera co roku ponad 2 tysiące osób z powodu przypadkowego zatrucia lekami lub innymi substancjami, ponad tysiąc z powodu zabójstw, w tym 600 w wyniku użycia broni.

Szansą na poprawę sytuacji w omawianej dziedzinie jest realizacja celów i zadań Narodowego Programu Zdrowia. Prowadzony jest monitoring w celu uzyskania danych na temat wypadkowości, ich analizy, z określeniem najczęstszych przyczyn, w szczególności tam, gdzie istnieje duża szansa ich uniknięcia, a także określenia programu przeciwdziałania w tym zakresie. Z wielu szczegółowych programów i koncepcji poprawy przedstawionej sytuacji, szczególnie interesujące są zamierzenia zespołu konsultantów medycznych do spraw rehabilitacji w dziedzinie wprowadzania nowych form leczenia urazów kręgosłupa i rdzenia kręgowego. Wykraczają one daleko poza czysto medyczne lecze-

nie skutków urazów. Wymaga to uporania się z ich społecznymi i socjalnymi skutkami, do czego trzeba włączyć całe społeczeństwo. Stać się to może przez stworzenie odpowiednich warunków do pełnej integracji osób niepełnosprawnych ze zdrowymi w życiu rodzinnym, zawodowym i społecznym, a także zapewnienie rodzinom poszkodowanych, które utraciły swych żywicieli, odpowiedniego bytu materialnego. Problem jest o tyle ważki, że urazom ulegają zazwyczaj ludzie młodzi, w wieku produkcyjnym. Na szczęście tylko 1/3 wszystkich urazów kręgosłupa powiązana jest z równoczesnym uszkodzeniem rdzenia kręgowego.

Na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci obserwuje się w Europie wzrost liczby urazów kręgosłupa i rdzenia kręgowego, ale równocześnie spadek śmiertelności w tej grupie chorych. W ciągu 20 lat liczba urazów kręgosłupa i rdzenia kręgowego uległa podwojeniu. Śmiertelność spowodowana urazami kręgosłupa i rdzenia spadła z 95% w okresie wojny bałkańskiej do tylko 6% w czasie obecnym, jak notują prawie wszystkie dobrze zorganizowane ośrodki światowe i europejskie. Ten ogromny postęp w leczeniu urazów kręgosłupa i rdzenia kręgowego dokonał się przede wszystkim dzięki organizacji sposobu niesienia pomocy medycznej. Przełomowym momentem było zorganizowanie w latach czterdziestych w Anglii, przez naszego rodaka Ludwika Guttmanna, Centralnego Ośrodka Leczenia Paraplegików. Okazało się, że śmiertelność od razu spada o połowę, jeśli stworzy się wielospecjalistyczny system opieki medycznej i odpowiednio zorganizuje opiekę pielęgnacyjną nad chorym. Odpowiednie postępowanie pielęgnacyjne i ogólnomedyczne pozwoliło osiągnąć ogromny postęp w leczeniu. Wymaga to jednak ogromnych środków. Być może utworzenie jednego, dwóch lub trzech specjalistycznych ośrodków rehabilitacyjno-leczniczych jest szansą w tej sprawie. To jeden z wiodących problemów, którymi zajmowała się senacka Komisja Polityki Społecznej i Zdrowia w tej kadencji. Prace te z pewnością będą kontynuowane w następnych latach. Dziękuję.

Marszałek Adam Struzik:

Dziękuję bardzo.

Proszę o zabranie głosu pana senatora Zdzisława Jarmużka. Jako następna zabierze głos pani senator Wanda Kustrzeba.

Senator Zdzisław Jarmużek:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Szanowni Goście!

Chciałbym przedstawić stan zaburzeń psychicznych w Polsce w latach 1990-1995, będzie on bowiem charakteryzował poziom zdrowia psychicznego narodu po okresie znaczących zmian społeczno-ekonomicznych.

(senator Z. Jarmużek)

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Na rzeczywiste rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, obok czynników demograficznych i genetycznych, mają także wpływ czynniki społeczne i ekonomiczne. Powszechnie wyrażane jest przekonanie, że przemiany, jakie nastąpiły w Polsce po roku 1989, nie mogły nie odbić się na kondycji psychicznej społeczeństwa.

Na początku lat dziewięćdziesiątych, obok wielu zmian niezwykle korzystnych, zwłaszcza z zakresu swobód obywatelskich, wystąpiło wiele zjawisk niekorzystnych, typowych dla kryzysu i recesji gospodarczej, powodujących zubożenie oraz utratę poczucia bezpieczeństwa materialnego i zawodowego. Wpływ czynników ekonomicznych na zdrowie ludności wykazano w wielu badaniach, zwłaszcza zachodnich. Stwierdzono między innymi występowanie obniżonej samooceny u osób pozostających długo bez pracy, wzrost bezradności, apatii, izolacji społecznej, nadużywanie alkoholu i leków. Zwiększa się w tej grupie liczba rozwodów oraz wzrasta wskaźnik samobójstw.

Materiał prezentowany w tym opracowaniu dotyczy tylko zgłaszalności do psychiatrycznych zakładów publicznej opieki zdrowotnej. Wiadomo bowiem, że pewna część populacji z zaburzeniami psychicznymi nie szuka w ogóle pomocy specjalistycznej bądź szuka jej poza publicznym systemem opieki, w nie objętych rutynową sprawozdawczością prywatnych gabinetach psychiatrów i psychologów, gabinetach odtruc alkoholu, a także u osób z kręgu paramedycznego. Z pomocy poza publicznym systemem opieki niewątpliwie częściej korzystają osoby z zaburzeniami o charakterze niepsychotycznym, w tym także z problemem alkoholowym. Chorzy z objawami ciężkiej psychozy w zdecydowanej większości są objęci opieką psychiatrycznych zakładów publicznej opieki zdrowotnej, co wynika przede wszystkim z wyższej niż w innych zaburzeniach konieczności leczenia szpitalnego.

Zmiany w rozmiarach zgłaszalności ogólnej oraz zachorowalności, czyli zgłaszalności pierwszorazowej z powodu zaburzeń psychicznych, przedstawię na podstawie danych zarejestrowanych w ramach dwóch niezależnych systemów sprawozdawczości, obowiązujących w lecznictwie ambulatoryjnym i szpitalnym, a opracowanych przez panią Wandę Langiewicz z Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Niezależność systemów oznacza, że w skali kraju nie sposób ustalić liczby osób korzystających w ciągu roku z obu rodzajów lecznictwa i należy odrębnie analizować dane pochodzące z tych źródeł.

Podam informacje o zgłaszalności ogólnej oraz pierwszorazowej z lat 1990-1995 dla całej grupy zaburzeń psychicznych oraz dla kilku głównych

podgrup – zaburzeń alkoholowych, psychoz, upośledzeń umysłowych, zaburzeń niepsychotycznych a także samobójstw.

Zaburzenia psychiczne. Na tę najbardziej ogólną kategorię składa się wiele różnych zaburzeń. Dlatego zarówno rozmiar, jak i dynamika opisywanych zjawisk są wypadkową zmian zachodzących w obrębie grup zaburzeń o bardziej jednorodnym charakterze.

Lecznictwo ambulatoryjne. W roku 1995 ogólna liczba osób z zaburzeniami psychicznymi, szukających pomocy w specjalistycznych poradniach, wynosiła ponad 700 tysięcy, co stanowi około 2% całej populacji kraju. Prawie co trzeci pacjent trafił do tych placówek po raz pierwszy w życiu. Najczęstszą, bo występującą przy co drugim zgłoszeniu, przyczyną były zaburzenia o charakterze niepsychotycznym, co stanowiło 52%, w tym zaburzenia nerwicowe 35%. Następną grupą to choroby psychiczne, czyli psychozy – 30%. Kolejną stanowiły zaburzenia alkoholowe – 15%. Najmniej liczną grupę stanowią upośledzenia umysłowe – poniżej 4%.

W okresie ostatnich 6 lat, to znaczy od 1990 r., odnotowano szesnastoprocentowy wzrost współczynników zgłaszalności ogólnej i pierwszorazowej. Współczynniki zgłaszalności ogólnej i pierwszorazowej obliczone dla mieszkańców miast przekraczają o ponad 60% analogiczne wartości dotyczące populacji wiejskiej. Częściowo tę różnicę można tłumaczyć dostępnością poradni zdrowia psychicznego i poradni odwykowych w miastach. Jednocześnie jednak obserwuje się prawie dwukrotnie większą dynamikę wzrostu zgłaszalności na wsi w porównaniu do miast, co zapowiada stopniowe zmniejszanie się obecnej różnicy między tymi populacjami.

Lecznictwo stacjonarne. W placówkach szpitalnych w 1995 r. leczyło się 142 tysiące osób z zaburzeniami psychicznymi, z czego 35% po raz pierwszy. Wśród hospitalizowanych przeważają osoby z najcięższymi zaburzeniami, to znaczy z psychozami – 47%, następnie z zaburzeniami alkoholowymi – 30%, z innymi zaburzeniami niepsychotycznymi – 20%. Upośledzenia umysłowe nie przekraczały 3%. Ogólny współczynnik hospitalizacji wzrósł od 1990 r. tylko o 5%, podczas gdy osób leczonych po raz pierwszy – o 14%. Szpitalny współczynnik rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych jest wyraźnie wyższy w populacji mężczyzn – o 67% – niż w populacji kobiet. Różnica ta potęguje się w przypadku hospitalizacji po raz pierwszy, odnotowano ich prawie dwukrotnie więcej wśród mężczyzn niż wśród kobiet. Jest to pochodną częstszych hospitalizacji mężczyzn z powodu zaburzeń alkoholowych.

Zarówno wskaźniki ogólnych, jak i pierwszorazowych hospitalizacji kształtują się na znacznie wyższym poziomie – są o 40% wyższe w po-

(senator Z. Jarmużek)

pulacji miejskiej w porównaniu z wiejską i o 67% wyższe u mężczyzn niż u kobiet. Oprócz wspomnianej różnicy w dostępności wpływa na to także różnica liczby osób hospitalizowanych z powodu uzależnień od alkoholu.

Zaburzenia alkoholowe. Wysokie spożycie alkoholu w Polsce – szacowane na poziomie 7-9 litrów stuprocentowego alkoholu na jednego mieszkańca – powoduje od lat poważne, negatywne skutki zdrowotne i społeczne. Do negatywnych skutków zdrowotnych należy przede wszystkim zaliczyć rosnącą liczbę osób z zespołem uzależnienia alkoholowego oraz z psychozami alkoholowymi. Według różnych szacunków przyjmuje się, że w Polsce liczba osób uzależnionych od alkoholu wynosi 600-900 tysięcy, a osób pijących szkodliwie 2-3 miliony. Zaburzenia alkoholowe zarejestrowane w placówkach psychiatrycznych i odwykowych opieki zdrowotnej ujawniają zatem tylko pewną część negatywnych skutków zdrowotnych związanych z nadużywaniem alkoholu. Są tu dwie grupy rozpoznania: dominujący liczebnie zespół zależności alkoholowej – 93% oraz psychozy alkoholowe.

Lecznictwo ambulatoryjne. W 1995 r. do lecznictwa ambulatoryjnego, głównie do poradni odwykowych, zgłosiło się prawie 106 tysięcy osób z zaburzeniami alkoholowymi, w tym 37% po raz pierwszy. W analizowanym okresie szybciej wzrastał poziom zgłaszalności po raz pierwszy – o 13% w porównaniu ze zgłaszalnością ogólną – o 5%. Z powodu psychozy alkoholowej charakterystycznej dla długotrwałego nadużywania alkoholu zgłosiło się w 1995 r. prawie 7 tysięcy osób, w tym prawie 2 tysiące 200 – po raz pierwszy. W stosunku do roku 1990 jest to wzrost o 18% i 24%, relatywnie wyższy niż dla całej grupy zaburzeń alkoholowych.

Rozpowszechnienie zaburzeń alkoholowych w populacji mężczyzn jest wielokrotnie wyższe niż wśród kobiet, ale różnica ta maleje. W 1990 r. relacja ta wyrażała się przewagą ośmiokrotną, obecnie sześciokrotną. Mieszkańcy miast trzykrotnie częściej niż mieszkańcy wsi szukają pomocy w poradniach odwykowych z powodu problemów alkoholowych. Na tę różnicę w pewnym stopniu wpływa trudniejszy dostęp mieszkańców wsi do poradni odwykowych. Liczba tych poradni zmalała o około 50 w omawianym okresie.

Lecznictwo alkoholowe stacjonarne. Do różnych placówek szpitalnictwa trafiło w 1995 r. ponad 42 tysiące osób uzależnionych od alkoholu i z rozpoznaniem psychozy alkoholowych. Co druga osoba – ponad 50% – korzystała z tej formy opieki po raz pierwszy w życiu. W analizowanym okresie nastąpił znaczny wzrost współczynnika zarówno ogólnej – o 23% – jak i pierwszorazowej – o 30% – zgłaszalności do placówek szpitalnych.

Współczynnik hospitalizacji po raz pierwszy z powodu psychoz alkoholowych jest traktowany jako szczególnie wrażliwy wskaźnik rozmiaru spożycia alkoholu. Był on najwyższy w 1991 r. oraz w ostatnich 2 latach. Podobnie jak w lecznictwie ambulatoryjnym, z opieki szpitalnej wielokrotnie częściej korzystają mężczyźni aniżeli kobiety i dwukrotnie częściej mieszkańcy miast niż wsi.

Fakt, iż tempo wzrostu zgłaszalności rejestrowanej w placówkach szpitalnych jest wyższe niż w placówkach ambulatoryjnych, może oznaczać zwiększone zainteresowanie korzystaniem z profesjonalnych programów terapeutycznych oferowanych przez oddziały i ośrodki leczenia odwykowego.

Psychozy. Inaczej są one określane jako choroby psychiczne. Wśród zaburzeń psychicznych stanowią grupę szczególną, ponieważ dotyczą najcięższych zaburzeń, na ogół o przewlekłym przebiegu. Do placówek psychiatrycznych trafia prawdopodobnie znaczna część chorych z psychozami, chorych wymagających leczenia.

Lecznictwo ambulatoryjne. W 1995 r. leczyło się ponad 218 tysięcy osób, u których rozpoznano różne rodzaje psychoz. Dominują wśród nich chorzy na schizofrenię – 43%, następnie pacjenci z rozpoznaniem psychoz afektywnych – 26%. Osoby z zaburzeniami psychotycznymi w wieku podeszłym stanowią 7% tej populacji.

W stosunku do 1990 r. ogółem liczba leczonych po raz pierwszy z powodu psychoz wzrosła odpowiednio o 21% i 34%. W grupie tej najszybciej powiększała się liczba pacjentów, u których rozpoznano psychozy afektywne, ogółem o 42%, po raz pierwszy o 66%. Tak dużą dynamikę wzrostu można w pewnym stopniu przypisać częstszemu rozpoznawaniu tej choroby przez lekarzy, intensywnie szkolonych w ostatnich latach w zakresie diagnozowania i leczenia. Nie wyklucza to słuszności hipotezy o rzeczywistym wzroście liczby zachorowań na zaburzenia afektywne, czemu sprzyjają między innymi takie negatywne czynniki ekonomiczne i społeczne, jak zmniejszenie się poczucia bezpieczeństwa materialnego, rozluźnienie więzi społecznych, rodzące się poczucie izolacji i osamotnienia.

Dynamika wzrostu liczby osób leczonych z powodu psychoz schizofrenicznych oraz psychoz ograniczonych i starczych, jest natomiast znacznie niższa, zarówno jeśli chodzi o zgłaszalność ogólną, jak i pierwszorazową.

Lecznictwo stacjonarne. Do szpitali psychiatrycznych i oddziałów psychiatrycznych szpitali ogólnych trafiło w 1995 r. 67 tysięcy osób z rozpoznaniem psychoz, spośród nich co czwarta osoba była leczona po raz pierwszy. Ogólne i pierwszorazowe współczynniki hospitalizacji osób z rozpoznaną psychozą w latach 1990-1995 zmieniły się w sposób znaczący. W analizowa-

(senator Z. Jarmużek)

nym okresie obserwuje się, podobnie jak w przypadku zgłaszalności poradnianej, dość szybkie narastanie liczby hospitalizowanych z powodu psychoz afektywnych, ogółem o 34%, pierwszy raz o 46%. Jeśli chodzi o hospitalizacje z powodu zaburzeń psychotycznych wieku podeszłego, to zaznacza się wyraźna tendencja spadkowa, o około 20%. Częściowo może się to wiązać z przechodzeniem tej kategorii pacjentów do placówek pomocy społecznej, w tym do rozwijających się ostatnio dziennych domów opieki oraz środowiskowych domów samopomocy.

Poziom hospitalizacji z powodu schizofrenii, wykazuje także niewielką tendencję spadkową.

Zaburzenia niepsychotyczne. Do niealkoholowych zaburzeń niepsychotycznych zalicza się przede wszystkim nerwice oraz zaburzenia osobowości. Osoby, u których rozpoznano zaburzenia należące do tej kategorii, leczą się przede wszystkim ambulatoryjnie. W ostatnich latach, jak już wspomniano, znacznie wzrosły możliwości znalezienia profesjonalnej pomocy poza systemem publicznej opieki zdrowotnej, między innymi w licznych prywatnych gabinetach, udzielających pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej. W tej grupie zaburzeń mieszczą się także zaburzenia związane z nadużywaniem środków psychoaktywnych. To szczególna grupa, właśnie z uwagi na poważne zdrowotne i społeczne następstwa uzależnienia od tych środków.

Lecznictwo ambulatoryjne. W 1995 r. zarejestrowano prawie 375 tysięcy osób z zaburzeniami niepsychotycznymi, w tym co trzecią osobę po raz pierwszy. W latach 1990-1995 wzrost współczynników zgłaszalności ogólnej z powodu zaburzeń niepsychotycznych wynosił 16%, pierwszorazowej natomiast 13%. Podobną tendencję obserwowano w grupie osób z rozpoznaniem nerwic, które dotyczyło ogółem 2/3 grupy leczonych.

Lecznictwo stacjonarne. Leczenia w warunkach szpitalnych z powodu zaburzeń niepsychotycznych wymagało prawie 29 tysięcy pacjentów, co drugi z nich był hospitalizowany po raz pierwszy w życiu. W okresie analizowanych 6 lat zarysowała się jedynie niewielka tendencja wzrostowa, o 6-7%. Z powodu nerwic hospitalizowano w 1995 r. ponad 9 tysięcy osób.

Uzależnienia od środków psychoaktywnych. Oszacowania rozmiaru zjawiska narkomanii w Polsce różnią się w zależności od kryteriów przyjmowanych przez dokonujących oceny. Wydaje się, że oszacowania podające największe liczby, na przykład mówiące o ponad 300 tysiącach narkomanów, zaliczają do tej kategorii także osoby, które używają narkotyków okazjonalnie bądź eksperymentują z tymi substancjami.

W sprawozdawczości lecznictwa psychiatrycznego obserwuje się od 1990 r. stały wzrost liczby

uzależnionych od środków psychoaktywnych. Ogólna liczba leczonych w poradniach wynosiła w 1995 r. ponad 6 tysięcy osób. Wśród tych ponad 6 tysięcy po raz pierwszy leczonych było ponad 1600 osób. Oznacza to wzrost o 33% w stosunku do 1990 r., jeśli chodzi o rozpowszechnienie, a o 24%, jeśli chodzi o zgłaszalność. Z lecznictwa stacjonarnego korzystało natomiast ponad 4 tysiące 400 osób, w tym ponad 1800 osób po raz pierwszy. W stosunku do 1990 r. liczby te wzrosły odpowiednio o 54% i o 49%, a więc bardzo. Populację uzależnionych można scharakteryzować następująco: są to najczęściej, bo w 3/4, mężczyźni w wieku 25 do 29 lat, uzależnieni od opiatów.

Jeśli chodzi o upośledzenie umysłowe, szacuje się, że jego rozpowszechnienie w całej populacji wynosi 1-3%. Do placówek psychiatrycznych trafiają przede wszystkim ci spośród umysłowo upośledzonych, u których występują inne zaburzenia psychiczne, wymagające specjalistycznego leczenia.

O problemie samobójstw mówił już pan senator Kulak. Podam jednak jeszcze pewne informacje na ten temat. Statystyki z zakresu samobójstw traktuje się jako wyjątkowo czuły wskaźnik kondycji zdrowotnej społeczeństwa, zwłaszcza w zakresie zdrowia psychicznego. Związek zaburzeń psychicznych z liczbą samobójstw spotyka się z różnymi, często rozbieżnymi ocenami. Socjologowie bardziej podkreślają wpływ pogarszających się gwałtownie warunków społecznych i ekonomicznych, a zwłaszcza ich skumulowane oddziaływanie. Właśnie wśród nie radzących sobie z tymi problemami, wśród przegranych okresu transformacji, są osoby decydujące się na zamach na własne życie. Dotyczy to przede wszystkim bezrobotnych, stanowiących najliczniejszą, bo dwudziestoprocentową grupę wśród samobójców.

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Poziom rzeczywistego rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych przedstawia się różnie w zależności od kraju oraz zastosowanych metod pomiaru. Wartości rocznych współczynników, podawane na podstawie nowszych badań amerykańskich i europejskich, przedstawiają się następująco. Zaburzenia psychiczne wśród całej populacji wynoszą 21%, w tym psychozy 1,6%, schizofrenia od 0,6% do 0,9%, depresje od 3% do 5% i zaburzenia otepienne 2% do 5%. Szczególnie duże rozbieżności dotyczą oszacowań uzależnienia od alkoholu, bo od kilku do 10%, oraz zaburzeń nerwicowych: od kilku do kilkudziesięciu procent. Nasze, polskie dane wskazują, że największą dynamikę wzrostu obserwuje się w grupie zaburzeń psychotycznych, których zarejestrowane rozpowszechnienie ambulatoryjne powiększyło się w latach 1990-1995 o ponad 20%, zapadalność o 34%. Powodem jest szczególnie szybkie nara-

(senator Z. Jarmużek)

stanie liczby chorych z rozpoznaniem psychoz afektywnych, odpowiednio o 42% i 66%.

Kolejnym rozpoznaniem o bardzo dużej dynamice wzrostu współczynników rozpowszechnienia i zapadalności ambulatoryjnej, jakkolwiek na dużo niższym poziomie, jest uzależnienie od środków psychoaktywnych. Nastąpił tu wzrost współczynnika rozpowszechnienia o 32% i wzrost współczynnika zgłaszalności o 23%. Liczba leczonych ambulatoryjnie z powodu zaburzeń niepsychotycznych, a zwłaszcza nerwic, wzrosła w analizowanym okresie o 16%. W lecznictwie szpitalnym najszybciej narasta liczba hospitalizowanych z powodu uzależnienia od środków psychoaktywnych, o 51% ogółem i o 45% pierwszorazowo, oraz liczba hospitalizowanych z powodu psychoz afektywnych, odpowiednio o 34% i 46%.

Kolejne miejsce, jeśli chodzi o dynamikę wzrostu współczynników, zajmują hospitalizowani z powodu zaburzeń alkoholowych, jest to wzrost odpowiednio o 23% i 30%. Współczynniki zgłaszalności w wypadku mieszkańców miast są zawsze wyższe niż w wypadku mieszkańców wsi, co w dużym stopniu wynika z gorszej dostępności placówek lecznictwa na wsi, ale także z mniejszej gotowości mieszkańców wsi do korzystania ze świadczeń tych placówek.

Przedstawione tendencje powinny wyznaczać kierunki polityki zdrowotnej, a przede wszystkim spowodować szybszy rozwój opieki adekwatnej do potrzeb osób z wymienionymi zaburzeniami, a także zdołować do prowadzenia odpowiedniej polityki promocji zdrowia i profilaktyki w zakresie uzależnień. Dziękuję za uwagę.

Marszałek Adam Struzik:

Dziękuję bardzo.

Proszę panią senator Wandę Kustrzebę o zabranie głosu. Następny będzie pan senator Ryszard Ochwat.

Senator Wanda Kustrzeba:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Dostojni Goście!

Z pewną tremą zabieram głos w debacie na temat zdrowia narodu, ponieważ jestem pierwszym mówcą, który nie jest lekarzem. Odwagi dodaje mi jednak to, że jestem przedstawicielem Senatu w Radzie Ochrony Pracy i chcę poruszyć temat chorób zawodowych.

Problem ten omawiany był przez Radę Ochrony Pracy 25 września ubiegłego roku i sądzę, że warto podzielić się z państwem informacjami na ten temat, a także zaznajomić z nimi społeczeństwo polskie.

Są to informacje alarmujące i bulwersujące. Od roku 1990 obserwuje się stały wzrost liczby zachorowań, przy czym największą ich liczbę zanotowano w 1994 r. Odnotowano wówczas 131 przypadków chorób zawodowych na 100 tysięcy zatrudnionych. W następnych latach nastąpił spadek, jednakże niewielki.

W roku 1995 stwierdzono w Polsce 11 tysięcy 320 chorób zawodowych. Była to druga co do wielkości liczba przypadków, odnotowana w prowadzonej od 1971 r. statystyce tych schorzeń. Roczny współczynnik zapadalności wyniósł wówczas 117 przypadków na 100 tysięcy zatrudnionych, a jego stosunkowo niską wartość spowodowały znaczne zmiany w zatrudnieniu w 1994 r. w porównaniu z latami poprzednimi.

Nie chcąc zamęczać państwa suchymi danymi statystycznymi, pozwoliłam sobie rozdać materiały, które mają zilustrować występowanie chorób zawodowych w Polsce w roku 1995. Niestety, materiały te są czarno-białe, dlatego mogą być niezbyt czytelne.

Proszę teraz o zwrócenie uwagi na rys. nr 9, który ilustruje zachorowalność na choroby zawodowe, według klasyfikacji chorobowej.

Pierwsze na tej liście figurują zawodowe uszkodzenia słuchu. Na wykresie jest to część koła oznaczona liczbą 3 tysięcy 273 przypadków, a następne choroby zaznaczone są według kolejności, zgodnie z ruchem wskazówek zegara. Będą państwo mogli podążać w ślad za moimi informacjami dotyczącymi zachorowalności na choroby zawodowe, a ja będę mogła dzięki temu zrezygnować z posługiwania się liczbami.

Jak widać, największa liczba zachorowań dotyczy zawodowego uszkodzenia słuchu, przewlekłych chorób narządu głosu, chorób zakaźnych i inwazyjnych, pylic płuc, chorób skóry, zatruc i zespołu wibracyjnego. Wymienione dolegliwości obejmowały 87% wszystkich stwierdzonych w 1995 r. chorób zawodowych. Wśród najczęściej występujących chorób najczęściej przypadków dotyczyło zawodowego uszkodzenia słuchu spowodowanego hałasem.

W poprzednich latach zawodowe uszkodzenia słuchu także dominowały wśród chorób zawodowych, zarówno pod względem liczby stwierdzonych przypadków, jak i poziomu zachorowalności. Drugą, bardzo liczną, grupą dolegliwości były choroby narządu głosu wywołane nadmiernym wysiłkiem głosowym. W tej właśnie grupie odnotowano największą dynamikę wzrostu. Na przykład liczba stwierdzeń w roku 1995 była ponad pięciokrotnie większa niż w roku 1984. Na trzecim miejscu znalazły się choroby zakaźne inwazyjne. W 67% przypadków występowało wirusowe zapalenie wątroby, lecz w ostatnich latach można zaobserwować wyraźną tendencję spadkową. Poza wirusowym zapaleniem wątroby występowały stosunkowo często należące do tej

(senator W. Kustrzeba)

samej grupy chorób – gruźlica i brucelozą. Inne choroby zakaźne inwazyjne, takie jak malaria czy kleszczowe zapalenie mózgu występowały nielicznie.

Kolejną, pod względem poziomu zapadalności, grupą chorób zawodowych były pylice płuc. Dominowały tu pylice mieszane: pylica górników kopalń węgla, pylica spawaczy oraz pylica krzemowa. Pylica azbestowa występowała rzadziej, chociaż nadal stwierdzano corocznie kilkadziesiąt przypadków tej brzemiennej w skutkach choroby. Ogólnie rzecz biorąc, całą grupę pylic płuc od lat cechuje wyraźnie zmniejszający się poziom zachorowalności.

Podobną tendencję spadkową zaobserwowano w ostatnich latach w stwierdzonych przypadkach zachorowań na choroby skóry.

Zatrucia i ich następstwa tworzyły bardzo złożoną pod względem przyczyn grupę chorób. Wśród czynników chemicznych, które podobnie jak w latach poprzednich najczęściej wywoływały zawodowe zatrucia, znalazły się: dwusiarczek węgla, tlenek węgla oraz ołów i jego związki nieorganiczne. Wymienione czynniki powodowały ponad 66% wszystkich zatruc. W ostatnich latach stwierdzono pewną liczbę zatruc, ale nie zauważa się tendencji ani do wzrostu, ani do spadku.

Zespół wibracyjny stanowi 3,5% chorób zawodowych. Również w tym wypadku odnotowuje się stałą tendencję spadkową.

Najwięcej chorób zawodowych, według informacji Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, odnotowano w edukacji. Proszę państwa, te informacje ilustruje rys. nr 10. W górnictwie i hutnictwie liczba chorób wynosi 2 tysiące 253, w edukacji – 2 tysiące 788. Na tej samej zasadzie zilustrowany jest poziom zachorowalności na choroby zawodowe w innych dziedzinach; zgodnie z ruchem wskaźników zegara.

W edukacji liczba chorób zawodowych stwierdzonych w Polsce w 1995 r. wynosi właśnie 2 tysiące 788 przypadków. Jest to prawie 30 przypadków na 100 tysięcy zatrudnionych. W porównaniu z rokiem poprzednim nastąpił dalszy, istotny wzrost zachorowań o około 500 przypadków.

Wśród stwierdzonych chorób dominowały przewlekłe choroby narządu głosu wywołane nadmiernym wysiłkiem głosowym. Na drugim miejscu jest ochrona zdrowia i opieka socjalna. Ogółem wśród pracowników zajmujących się tego rodzaju działalnością, stwierdzono 1709 przypadków chorób zawodowych. Wśród nich odnotowano choroby zakaźne inwazyjne, zwłaszcza zapalenie wirusowe wątroby, gruźlicę i inne. Trzeba dodać, że w ciągu roku liczba zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby spadła o 60 przypadków.

W przemyśle stwierdzono 5 tysięcy 382 przypadki chorób zawodowych. W stosunku do roku

1994 liczba chorób zawodowych wzrosła o 163 przypadki. Wśród nich dominowały uszkodzenia słuchu, pylice płuc, choroby skóry, zatrucia, przewlekłe zapalenie oskrzeli i zespół wibracyjny.

Następne na liście jest rolnictwo, łowiectwo i leśnictwo. W tym dziale gospodarki narodowej stwierdzono w 1995 r. 292 przypadki chorób zawodowych. Największa była liczba zachorowań na: zespół wibracyjny, choroby oskrzeli wywołane działaniem substancji powodujących napadowe stany spastyczne oraz choroby płuc. Z innych chorób należy wymienić także choroby zakaźne inwazyjne.

Następne na liście jest budownictwo. W przedsiębiorstwach zajmujących się działalnością związaną z budownictwem stwierdzono ogółem 503 przypadki chorób zawodowych. Najwięcej zachorowań dotyczyło uszkodzeń słuchu, chorób skóry i pylicy płuc.

Nierównomierny jest także poziom występowania chorób zawodowych w poszczególnych województwach. Zależy on od rozwoju gospodarczego poszczególnych województw. Największa zapadalność występowała, proszę państwa, w województwie chełmskim, dopiero na drugim miejscu jest województwo krakowskie, na trzecim katowickie, na czwartym nowosądeckie. Najniższą zapadalność odnotowano w województwie warszawskim, na drugim miejscu pod tym względem znalazło się koszalińskie, następnie toruńskie, łódzkie, szczecińskie i pockie.

W strukturze chorób zawodowych, według płci, przeważali mężczyźni, u których stwierdzono prawie 60 przypadków wszystkich chorób. Udział kobiet wyniósł więc około 40%, ale wzrósł on w porównaniu z poprzednim rokiem o prawie 2%. Przewaga udziału kobiet w stosunku do mężczyzn utrzymywała się w przypadku takich chorób jak: choroby narządu głosu wywołane nadmiernym wysiłkiem głosowym – to nasze panie nauczycielki, choroby zakaźne i inwazyjne, przewlekłe choroby narządu słuchu wywołane sposobem wykonywania pracy, nadmiernym przeciążeniem, przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane uciskiem i choroby centralnego układu nerwowego, układu bodźcotwórczego i przewodzącego serca oraz gonad, wywołane działaniem pól elektromagnetycznych. Tylko 2 takie przypadki stwierdzono właśnie u kobiet. W pozostałych grupach chorób zawsze przeważali mężczyźni.

Podobnie jak w latach poprzednich, większość stwierdzonych w Polsce chorób zawodowych powstała w wyniku wieloletniego narażenia na czynniki szkodliwe i uciążliwe. Po wyłączeniu z analizy tych chorób, gdzie okres narażenia na czynnik etiologiczny nie odgrywał istotnej roli w ich powstaniu – na przykład chorób zakaźnych, inwazyjnych oraz chorób o podłożu alergicznym – okazało się, że 95% stwierdzonych

(senator W. Kustrzeba)

przypadków powstało po minimum dziesięcioletnim okresie pracy w kontakcie z czynnikiem, będącym przyczyną zachorowania. Fakt ten znalazł również odbicie w strukturze chorób zawodowych według wieku. Najwięcej zachorowań wystąpiło u osób starszych w grupach wiekowych 40-49 lat i 50-59 lat – 27% w pierwszej grupie i 44% w drugiej, biorę pod uwagę ogół przypadków.

W ocenie sytuacji epidemiologicznej w kraju w zakresie chorób zawodowych istotne są dane o przedsiębiorstwach, które stanowią główne źródła ich powstania. Tego rodzaju informacje pozwalają wskazać zakłady, w których w pierwszej kolejności należy poprawić warunki pracy. Uznając za kryterium wyboru 20 i więcej stwierdzonych chorób zawodowych, sporządzono wykaz takich przedsiębiorstw. Wśród nich dominują stale kopalnie węgla kamiennego, przedsiębiorstwa robót górniczych, huty, zakłady metalurgiczne i stocznie.

Rozwój sytuacji epidemiologicznej w zakresie chorób zawodowych w przyszłości jest trudny do przewidzenia. Istnieje zbyt dużo różnego rodzaju czynników, które w nie dający się przewidzieć sposób mogą zmienić istniejący stan rzeczy. Można jednak przypuszczać, że nadal dominującymi chorobami zawodowymi w Polsce będą uszkodzenia słuchu, choroby zakaźne i inwazyjne, pylice płuc, choroby skóry i zatrucia. Obserwowany od lat gwałtowny wzrost liczby stwierdzonych chorób narządu głosu, wywołanych nadmiernym wysiłkiem głosowym, powinien zostać zahamowany. W opiniach specjalistów nie jest to spowodowane pogarszaniem się warunków wykonywania zawodu, ale zbyt ogólnymi zasadami diagnostycznymi oraz brakiem jednoznacznych kryteriów oceny tak zwanego nadmiernego wysiłku głosowego. Wydaje się również, że przewlekły charakter większości stwierdzanych przypadków i długi okres pracy w określonym narażeniu, poprzedzającym ujawnienie choroby, to zjawiska, które będziemy także w przyszłości obserwować. Dziękuję bardzo i przepraszam za przekroczenie czasu.

Marszałek Adam Struzik:

Dziękuję bardzo.

Proszę bardzo o zabranie głosu pana senatora Ryszarda Ochwat. Jako następny zabierze głos pan senator Henryk Maciołek.

Senator Ryszard Ochwat:

Panie Marszałku! Panie i Panowie Senatorowie! Uprzedzam, że moje wystąpienie będzie z założenia miało zupełnie inny charakter. Nie będzie

w nim statystyki, nie będzie też oceny stanu zdrowia narodu polskiego. Właściwym mottem mojego wystąpienia będzie przykład podobny do tego, który przytoczył pan senator Wyględowski. Mianowicie, będzie to otyły lekarz, leczący choroby płuc z papierosem w ustach w swoim gabinecie. Uważam bowiem, wyrażając ogromną wdzięczność dla Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia za podjęcie tego niezwykle ważnego, drażliwego tematu, że to podejście ma charakter fragmentaryczny, powiedziałbym wręcz warsztatowy.

Jeśli celem tej debaty jest informowanie społeczeństwa, to powinniśmy informować przede wszystkim o przyczynach, a nie o stanie. Bo jaki jest stan zdrowia narodu, stan i kondycja służby zdrowia, każdy z nas, nawet najbardziej zdrowy, miał okazję się przekonać. Dlatego z ubolewaniem stwierdzam, że pan przewodniczący Wyględowski wśród przyczyn obecnej sytuacji wymienił stan środowiska naturalnego na pozycji bodajże szóstej lub siódmej. A uznać ją trzeba za jedną z najważniejszych. Powiedziałbym, że konkuruje ona o pierwszą pozycję ważności z poziomem świadomości obywateli, właśnie świadomości, również nas tutaj wszystkich. Ubolewam także nad tym, że w materiałach do tej debaty, które otrzymaliśmy, znajdujemy kilka programów, ocen stanu rzeczy, nie ma natomiast oceny ani analizy przyczyn. Przytoczę przykład, który jest bardzo często używany w gronie ekologów, znajduje się również w materiałach międzynarodowych, ale nie najlepiej brzmi, dlatego właśnie tak się asekuruję. Otóż takie podejście jest dla mnie adekwatne do tak zwanej metody końca rury, jak to się nazywa w ekologii. Mamy więc próbę poprawy obecnego stanu bez wnikliwej analizy przyczyn.

Z inicjatywy senackiej Komisji Ochrony Środowiska wielokrotnie zajmowaliśmy się analizą przyczyn. Nie zawsze jednak znajdowaliśmy zrozumienie w Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia. O kilku z nich przy tej okazji muszę powiedzieć. Jedną z ważniejszych przyczyn, które były obiektem analizy Komisji Ochrony Środowiska, był zdrowotny stan żywności, stan czystości wód, następnie zaś problematyka substytutów szkodliwych, takich jak chociażby azbest, potem zaś polityka komunikacyjna.

W stosunkowo beztrojski sposób, my indywidualnie, my jako ustawodawcy, my jako decydenci, nie dostrzegamy zasadniczych przyczyn, które powodują, że na nasze stoły trafia żywność zbyt mocno skażona związkami toksycznymi, metalami ciężkimi, często importowana w ładnych opakowaniach z Zachodu. Jest tak głównie dlatego, że import tej żywności jest stymulowany kontyngentami, a nie faktycznym stanem towaru, który byłby badany na przejściu granicznym pod względem zawartości chociażby środków

(senator R. Ochwat)

trujących i toksycznych. Należy nad tym ubolewać. Oczywiście uwaga ta dotyczy generalnie polityki państwa. Ubolewać również należy nad tym, że nie dopracowaliśmy się w Polsce norm jakościowych dla żywności, chociażby ekologicznej, ale także żywności w ogóle.

Jeśli chodzi o stan wód, to ubolewać należy nad innymi przykładami bezmyślności, nad brakiem należytej troski. Ilość wód, generalnie rzecz biorąc, jest w Polsce zbyt skąpa. Bardzo często do konsumpcji czerpiemy wody z zasobów, które są w znacznym stopniu skażone. Dotyczy to tak ujęć powierzchniowych, jak i rozlicznych przykładów bezmyślnego czerpania z zasobów wód podziemnych o niebagatelnym znaczeniu dla przyszłych pokoleń. Dochodzi wręcz do ich bezmyślnego skażenia. Jeśli dzisiaj, a statystyka to wyraźnie potwierdza, aktywność w zakresie oczyszczania ścieków dotyczy środowisk wiejskich i mniejszych miast do 100 tysięcy, to ponad 20 wielkich aglomeracji miejskich emituje do rzek ponad połowę ścieków. To również przykład co najmniej bezmyślności albo braku skutecznych instrumentów polityki państwa, nad którymi nie możemy, mówiąc o przyczynach, a dzisiaj o nich trzeba mówić, przejść do porządku dziennego. A zatem, wzięwszy pod uwagę, że szczególnie w środowiskach wiejskich rozproszone ujęcia wód znajdują się w bezpośrednim sąsiedztwie miejsc skażeń, tak na dobrą sprawę, otwierając butelkę, odkręcając kran, nie wiemy, co pijemy. Zwracamy na to uwagę w stanowisku Komisji Ochrony Środowiska, które z ogromną radością przyjęliśmy niedawno. Muszę podkreślić, że w toku pracy komisji postawa przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej zmieniła się diametralnie na bardziej liberalną i chciałbym wrazić za to wdzięczność.

Można by również długo mówić o azbestie jako jednej z przyczyn stanu zdrowia narodu. Tak na dobrą sprawę, to pyli się on wszędzie, bowiem jest wszędzie. Na skutek warunków atmosferycznych, tego co niosą deszcze, wyplukiwanie pokryć dachowych ze związków cementu powoduje pylenie niemal w każdym miejscu Polski, o każdej porze roku, może z wyjątkiem zimy, kiedy śnieg pokrywa dachy. Wdychamy kancerogenne, rakotwórcze związki azbestu i innych substancji. Kiedy pod koniec ubiegłego roku zwracaliśmy się do ówczesnego ministra przemysłu, by poprzez rozporządzenie nie przedłużał zgody na produkcję azbestu, podniosło się larum z trzech miejsc Polski, gdzie w zakładach produkujących pokrycia dachowe z azbestem zatrudnionych jest 1500 pracowników. Jak to śmiesznie brzmi na tle niedawnej awantury wokół Stoczni Gdańskiej i innych miejsc niepokojów społecznych. Przedłużenie zgody do połowy lipca,

a przecież nie mamy żadnej pewności, że nie będzie nadal przedłużona przez osoby dziś za to odpowiedzialne, spowoduje, że związki azbestu trafią w różne miejsca Polski i będzie miało z nimi do czynienia w bezpośrednim kontakcie nie tylko nasze, ale również przyszłe pokolenia. Nie stać nas przecież będzie na przyjęcie programu utylizacji i likwidacji azbestu.

Wreszcie polityka komunikacyjna. Z jakimi oporami przychodzi kreowanie – powołam się również na kolejne stanowisko senackiej Komisji Ochrony Środowiska – polityki likwidacji hałasu, systemów komunikacyjnych wielkich miast, likwidacji szeregu bezmyślności rozwiązań komunikacji publicznej. Podam chociażby przykład ostatniego sporu o warszawski odcinek autostrady. Mój Boże, litość bierze!

Jeśli mówilibyśmy o pewnej konsekwencji dzisiejszej debaty, to chciałbym z całą stanowczością apelować do pań i panów senatorów o poszerzenie jej o problemy przyczyn obecnego stanu zdrowia narodu i uwzględnienie ich we wszystkich programach, o których tutaj mówimy, a także w uchwale. Myślę, że sam tytuł uchwały powinien brzmieć inaczej: „Uchwała w sprawie stanu i poprawy zdrowia narodu polskiego”. Z radością przyjąłem znajdujące się w niej zapisy, iż nowe programy będą się nazywały, na przykład, programami zapobiegania i leczenia nowotworów. Bardzo dobrze. Jest to bardzo pozytywny symptom.

Uważam natomiast, że treść uchwały należy poszerzyć o pewne zapisy, tam gdzie mówimy o poprawie stanu zdrowia i wskazujemy na przyczyny. Ust. 2 należy uzupełnić o zapis, że niezbędna jest ścisła współpraca resortów zmierzających do poprawy stanu środowiska naturalnego w naszym kraju. W ust. 3, gdzie jest mowa o realizacji tych celów, wskazałbym po raz kolejny, w ślad za uchwałą Senatu podjętą podczas debaty na temat stanu środowiska naturalnego jesienią 1994 r., na potrzebę wzmocnienia rangi rządowej komisji ekorozwoju. Wówczas mówiliśmy o powołaniu rządowej komisji do spraw ekorozwoju, dziś proponowałbym, aby zamieścić w tej uchwale zapis zmierzający do wzmocnienia jej rangi i nazwania komitetem ekorozwoju przy Radzie Ministrów. W ppkcie „b”, gdzie mówimy o zapewnieniu stałych źródeł finansowania promocji zdrowia, proponowałbym dodać słowa „oraz stanu środowiska naturalnego”. W ppkcie „c”, gdzie mówimy o zapewnieniu stałej obecności promocji zdrowia w środkach masowego przekazu, proponowałbym napisać: „promocji przyjaznego człowiekowi środowiska naturalnego i zdrowia”.

Dowiodłem w swoim krótkim wystąpieniu, że ze stanem świadomości w gronach decyzyjnych, przepraszam, że to powiem, nie jest najlepiej, a tym gorzej jest w społeczeństwie. W ppkcie „d”,

(senator R. Ochwat)

gdzie mówimy o opracowaniu programów powszechnej edukacji, proponowałbym napisać: „edukacji ekologicznej i prozdrowotnej dzieci, młodzieży i dorosłych”.

Próbowałem wskazać na jedną z zasadniczych przyczyn stanu zdrowia narodu. Robię to nie dlatego, żeby umniejszyć cokolwiek stanowi lekarskiemu, dla którego mam przeogromny szacunek, tym większy, im bardziej zwiększa się pierwsza cyfra w kalendarzu. Robię to nie dlatego, żeby poprawić statystykę i przyłączyć się do chóru głosów moich poprzedników, którzy jednej z podstawowych metod poprawy stanu zdrowia narodu upatrują nie tyle w reorganizacji, ile w zwiększeniu zasobów finansowych. Jak najbardziej opowiadam się za tym. Ale opowiadam się również za zmianą stosunku liczby chorych do liczby łóżek szpitalnych i do liczby lekarzy. Chodzi również o statystykę zachorowań, o której z tak ogromnym zainteresowaniem mówili moi poprzednicy. Trzeba ją poprawić przez wprowadzenie do mechanizmów polityki państwa takich instrumentów, które spowodują, że chorych będzie mniej. Taki sposób myślenia chciałbym zaszczerpić paniom i panom senatorom. Dziękuję, Panie Marszałku.

Marszałek Adam Struzik:

Dziękuję bardzo. Myślę, Panie Senatorze, że w propozycjach Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia jest wiele wątków mówiących o prewencji.

Proszę bardzo, pan senator Henryk Maciołek. Jako następnego poproszę pana senatora Zbigniewa Kulaka, będzie to powtórne wystąpienie.

Senator Henryk Maciołek:

Panie Marszałku! Wysoki Senacie! Panie Ministrze! Szanowni Goście!

Zabierając głos w debacie poświęconej zdrowiu narodu – debacie, jak sądzę, o znaczeniu historycznym, która może odegrać ważną rolę w polityce zdrowotnej państwa, bowiem odbywa się w określonej sytuacji materialnej polskiej służby zdrowia, co bardzo wyraźnie akcentował pan senator Religa – chciałbym powiedzieć, że w pełni popieram usłyszane tu wypowiedzi.

W tym miejscu pragnę odwołać się również do słów wybitnego nieżyjącego już chirurga, pana profesora Spasokuckiego, który przemawiając na kongresie w Stanach Zjednoczonych powiedział, że życie operowanego bardzo często wisi na źle wyjałowionej nitce. Te słowa są, moim zdaniem, adekwatne do sytuacji w polskiej służbie medycznej. Dowodem tego były wielomiesięczne strajki. Dlatego, nawiązując do wypowiedzi pana

senatora Religi, który mówił o technicznym wyposażeniu naszych szpitali, ośrodków naukowych i badawczo-naukowych, w pełni akceptuję pogląd, że to jest wynik istniejącej sytuacji niedoboru właściwej aparatury, sprzętu, środków farmakologicznych. Dotyczy to szpitali, laboratoriów itd. Dlatego też wydaje mi się, że polska służba medyczna, ośrodki badawczo-wdrożeniowe, instytuty, a także uczelnie medyczne, oczekują zasadniczej poprawy. Myślę, że oczekują tego również od naszej uchwały. Chodzi o poprawę warunków materialnych i technicznych, a także socjalnych na miarę możliwości, a może i w porównaniu do innych państw, z którymi współpracują polska służba i polska nauka medyczna.

Wysoki Senacie! Można powiedzieć, że stan zdrowia ludności zależy od wielu czynników. Pierwszy z nich, tak to się już przyjęło, stanowi oczywiście praca służby zdrowia, ale w niemałym stopniu, a może przede wszystkim, zależy on także od warunków naszego życia, a więc sposobu odżywiania, warunków mieszkaniowych, sytuacji na rynku pracy, możliwości komunikacji i łączności, możliwości odpoczynku, spędzania wolnego czasu i stanu środowiska naturalnego, o czym mówił tu przed chwilą szeroko pan senator Ochwat. Zatem warunki życia kształtują naszą kondycję fizyczną i psychiczną. Zmieniają się one wraz z rozwojem cywilizacyjnym, kształtowaniem się sytuacji socjalno-ekonomicznej, poziomem kultury i oświaty. W obliczu zachodzących zmian niezbędna jest więc ciągła analiza mierników stanu zdrowia i stałe poszukiwanie związków przyczynowych między stanem zdrowia ludności i czynnikami mającymi wpływ na organizm człowieka.

W Polsce nakazem chwili jest zmniejszenie umieralności z powodu chorób układu krążenia, nowotworów, chorób układu oddechowego, skutków urazów i zatruc, o czym tu szeroko mówili już moi poprzednicy. Choroby te stanowią dzisiaj 70-80% wszystkich przyczyn inwalidztwa i zgonów dorosłej ludności. Podczas gdy w wielu krajach wysoko rozwiniętych, takich jak Stany Zjednoczone, Kanada, Japonia, Francja, Wielka Brytania, obniżono wyraźnie umieralność z powodu chorób układu krążenia, zwłaszcza chorób serca, to w Polsce jej wysoki stopień, szczególnie u mężczyzn w wieku 25-65 lat, okazał się niejako zjawiskiem trwałym. Należy przy tym do najwyższych w Europie. Bez poprawy sytuacji w tej dziedzinie trudno nam będzie mówić o osiągnięciu jakichkolwiek europejskich standardów życia. Istnieje więc uzasadniona potrzeba podjęcia wszechstronnych działań zmierzających do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. Muszą one doprowadzić do autentycznego upowszechnienia dostępności świadczeń zdrowotnych, z zachowaniem dla wszystkich równych praw i szans, jeśli

(senator H. Maciołek)

chodzi o zakres i jakość opieki. Z niepokojem obserwujemy jednak pogarszanie się warunków realizacji postępu w tej dziedzinie, czego wyrazem są wydłużające się kolejki i odległe terminy wykonywania wielu specjalistycznych zabiegów i badań. Tłumaczy się to brakiem aparatury, przeciążeniem itd.

Gdy uświadomimy sobie, że codziennie w naszym kraju około milion osób poszukuje pomocy w zakresie ochrony zdrowia i opieki społecznej, a więc zarówno świadczeń należących do podstawowej opieki medycznej, jak i specjalistycznej, a także w pogotowiu ratunkowym, w laboratoriach i poradniach, racjonalizacja udzielania świadczeń zdrowotnych, a więc zwiększenie wydajności systemu opieki zdrowotnej, staje się koniecznością. Oczywiście, nie wolno zapomnieć i tego, że nasze działania muszą zmierzać również w kierunku zwiększania odpowiedzialności obywateli za własne zdrowie. Jeżeli można mieć pewną satysfakcję z tego, że wyraźnie rośnie świadomość zdrowotna Polaków, to jednocześnie trudno zrozumieć, dlaczego spożycie alkoholu na głowę mieszkańca naszego kraju przekroczyło wielokrotnie granice rozsądku. Nie zmniejsza się również palenie papierosów, aczkolwiek jesteśmy już trochę niżej. Szczególnie niebezpieczne ze społecznego punktu widzenia jest to, że do grup nadużywających alkoholu i tytoniu należy młodzież. W jej gronie coraz szersze kręgi zatacza również zabójcza narkomania.

Wysoka Izbo! Wraz z postępem technicznym i intensyfikacją pracy w rolnictwie wzrosło zagrożenie zdrowia i życia mieszkańców wsi spowodowane czynnikami biologicznymi, chemicznymi i fizycznymi. Brak systemu normującego zasady ochrony pracy w gospodarstwie rolnym, prawnego określenia zasad bezpieczeństwa związanych z wykonywaniem podstawowych czynności rolniczych, do tego słabe wyposażenie mieszkań, trudniejszy dostęp do urządzeń cywilizacyjnych, niższy poziom usług, w dalszym ciągu zbyt powolny postęp w zakresie poprawy stanu sanitarnego, a więc kwestia zaopatrzenia wsi w wodę, kanalizację, a także kłopoty z utylizacją ścieków i odpadów, wszystko to powoduje, że wskaźnik zachorowań, jak również wskaźnik umieralności, cały czas pozostaje większy na wsi niż w mieście.

Ciągle wysoki wskaźnik umieralności niemowląt kształtuje się powyżej poziomu występującego w większości krajów europejskich. Niepokoi również utrzymująca się stale duża liczba przypadków chorób błon śluzowych, zatruc pestycydami, a przede wszystkim chorób odzwierzęcych – mam tu na myśli całą ich gamę, wedle naszej statystyki na terytorium Polski występuje około 60, podczas gdy na świecie jest ich około

160. I chociaż w województwie, które mam zaszczyt reprezentować Wysokiej Izbie, a jest to piotrkowskie, nie zanotowano ostatnio przypadków zachorowań na brucelozę czy włośnicę, czyli choroby odzwierzęce, to na wyższym niż krajowy poziomie sytuują się zachorowania na salmonellozę. Nadal notuje się przypadki zachorowań na toksoplazmozę i różycę. Nastąpił natomiast wyraźny spadek przypadków pokąsań przez zwierzęta zakażone wirusem wścieklizny, co jest efektem ogólnokrajowej akcji szczepień, również zwierząt wolno żyjących, przede wszystkim lisów.

Bardzo niepokojąca jest na wsi duża liczba wypadków przy pracach rolniczych, również śmiertelnych. Szczególnie tragiczne w swej wymowie są liczne wypadki, jakim ulegają pozostawione bez opieki dzieci. Zubożenie wsi wyraźnie zmusza rolników do korzystania z maszyn i urządzeń będących w złym stanie technicznym. Brak osłon, wadliwa organizacja pracy, nieprzestrzeganie zasad bezpieczeństwa, a do tego często praca po spożyciu alkoholu, są przyczynami wielu nieszczęść.

W województwie piotrkowskim, w ubiegłym roku miało miejsce 1289 wypadków przy wykonywaniu prac rolniczych. Poszkodowanych było 14 dzieci w wieku do 15 lat. Większość wypadków miała miejsce przy wykonywaniu prostych prac, wiele też było upadków z wysokości. Szczególnie trwale okaleczenia powoduje niefachowe obsługiwanie pilarek tarczowych, bez należytych osłon i oprzyrządowania. Porozumienie co do wspólnego działania w celu poprawy stanu świadomości rolników, jeśli chodzi o zagrożenie życia i zdrowia przy wykonywaniu prac rolniczych, zawarły: wojewódzki oddział KRUS, ośrodki doskonalenia rolniczego, wojewódzki zakład weterynarii, Państwowa Inspekcja Sanitarna, inspekcja pracy, inspekcja ochrony roślin itp. Efektem tego współdziałania jest coroczny konkurs na bezpieczne gospodarstwo rolne, a przede wszystkim praca uświadamiająca, szkoleniowa. I tak w ubiegłym roku zorganizowano około 50 sześciogodzinnych szkoleń z zakresu bhp w rolnictwie, ze szczególnym naciskiem na bezpieczną ochronę roślin, bezpieczną pracę ze zwierzętami, prawidłową obsługę maszyn. Wydano 800 kompletów broszur o tej tematyce. Trzeba z satysfakcją przyznać, że systematyczne uświadamianie zagrożeń płynących z nieprzestrzegania elementarnych zasad bezpieczeństwa pracy, niedostatecznej opieki nad dzieckiem, niskiego stanu sanitarnego, daje widoczne pozytywne efekty.

Prze chwilą poinformowałem Wysoką Izbę, że w naszym województwie w ubiegłym roku w rolnictwie było 1289 wypadków, ale w 1995 r. było ich 1323, w 1994 r. – 1555, a w 1993 r. – 1850. Widać więc wyraźny spadek. Odczuwamy, że jest to wpływ szkolenia, o którym wspominałem.

(senator H. Maciołek)

Pragnę jeszcze powiedzieć o intensywnej opiece nad poszkodowanymi rolnikami. I tak w ubiegłym roku 1692 osoby zostały skierowane na leczenie rehabilitacyjne, a 4 gminne ośrodki zdrowia wyposażono w sprzęt do kinezoterapii. Jest to niebywale osiągnięcie, jeśli chodzi o środowisko wiejskie.

Wysoki Senacie! Istnieje pilna potrzeba bardziej ofensywnej polityki na rzecz ochrony zdrowia publicznego. Działania muszą iść równolegle ze wzrostem wydatków z budżetu państwa na służbę zdrowia w kierunku uporządkowania i upowszechnienia dostępności świadczeń zdrowotnych, a także podniesienia stanu ludzkiej świadomości, większej odpowiedzialności za własne zdrowie. A więc przede wszystkim kształcenie nawyków i zachowań higienicznych, ograniczanie spożywania alkoholu, palenia tytoniu i wykluczenie narkomanii. Tylko wyraźny postęp w obu tych strefach, z jednoczesnym postępowaniem w zakresie ochrony środowiska naturalnego może dać zadowalające efekty poprawy stanu zdrowia.

Kończąc, pragnę wyrazić słowa uznania dla polskiej służby zdrowia, w tym także dla piotrkowskiej służby zdrowia, która pomimo trudności, o których wspominałem na wstępie, wywiązuje się ze swoich trudnych i odpowiedzialnych obowiązków służbowych. Życzę wszystkiego najlepszego! Dziękuję bardzo za uwagę.

Marszałek Adam Struzik:

Dziękuję.

Proszę pana senatora Zbigniewa Kulaka. Następna będzie pani senator Maria Łopatkowa.

Senator Zbigniew Kulak:

Panie Marszałku! Panie i Panowie Senatorowie!

W dzisiejszej debacie zabieram głos po raz drugi, chcąc wyraźnie oddzielić wypowiedź planowaną początkowo jako fragment sprawozdania Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia na temat stanu zdrowia narodu polskiego, od kilku osobistych uwag na ten temat, wypowiedzianych z pozycji lekarza chirurga, pracującego w tym zawodzie 19 lat. Byłem w tych latach świadkiem wielu tragedii. Od momentu, gdy na stażu podyplomowym pomagałem zaopatrywać w klinice chirurgii szczękowej małżeństwo, które bez zapiętych pasów bezpieczeństwa najechało samochodem osobowym na nie oświetloną maszynę rolniczą, zawsze przed uruchomieniem silnika zapinam wspomniane pasy. Uratowały one życie tysiącom ludzi, a z rozmów kularowych wiem, że także co najmniej jednemu z senatorów obecnej kadencji.

Na podstawie codziennej praktyki chirurgicznej szacuję, iż pierwotną przyczyną około połowy zdarzeń urazowych osób trafiających do naszych szpitali jest spożywanie alkoholu. Alkohol we krwi stwierdza się u ofiar wypadków, ale jakże często u sprawców, którzy nie odnoszą większych obrażeń, a powodują śmierć lub kalectwo niewinnych ludzi. Jakże często pod wpływem alkoholu są piesi, rowerzyści, osoby powożące końmi czy opiekunowie zwierząt domowych wkraczających na jezdnię. Jak często alkohol jest przyczyną bójk, zwłaszcza w sobotnie wieczory, konfliktów domowych i rodzinnych. Jakże często wypadki przy pracy są spowodowane osłabioną reakcją z powodu spożywania alkoholu w pracy lub są skutkiem wieczornej libacji z poprzedniego dnia.

Kolejny problem, który chciałbym zasygnalizować, jest związany z łącznością i systemem powiadamiania o urazach i katastrofach. Potrzebny jest dostęp do technicznych środków łączności, który dzięki rozwojowi telekomunikacji w ostatnich latach znacząco się poprawił. Poza klasyczną telefonią rozwija się sieć telefonii komórkowej oraz radiostacji CB. Nie eliminuje to jednak ciągle jeszcze przypadków fałszywych wezwań będących najzwyczajszą głupotą. Jakie pociąga to koszty, to jedno, ale jak demobilizuje i zniechęca zespoły ratownicze ochrony zdrowia czy straży pożarnej, to drugi, równie istotny problem. Przebywając 2 lata temu we Francji, miałem okazję zapoznać się z centrum koordynacji ratownictwa medycznego dla całej północnej Francji w Rouen. Na moje pytanie o fałszywe wezwania pokazano mi urządzenie elektroniczne, wyświetlające zaraz po podniesieniu słuchawki przez dyspozytora numer telefonu, z którego dzwoni wzywający. Dotyczy to wszystkich aparatów telefonicznych we Francji, także komórkowych, samochodowych, automatów ulicznych itd. Wprowadzenie tych urządzeń rozwiązało całkowicie problem fałszywych wezwań. W Polsce można by je także wprowadzić, demonstrowano mi takie urządzenie w Wojewódzkim Urzędzie Telekomunikacji w Poznaniu. Niestety, wymaga to środków, których służbie zdrowia brakuje.

Ostatnia sprawa, którą chciałbym zasygnalizować, to konieczność rozwijania systemu kompetentnego ratownictwa. Możliwości techniczne wciąż najpopularniejszej sanitarki skonstruowanej na bazie fiata 125p są naprawdę bardzo ograniczone. Karetka reanimacyjna to wydatek rzędu 2 miliardów starych złotych, przy czym zwykle połowę wartości stanowi sam pojazd, a drugą połowę jego wyposażenie. Pojazdy takie wraz z wykwalifikowanym personelem powinny być zlokalizowane w sieci o gęstości oczek maksymalnie co 50 kilometrów. Ale nawet wtedy pomoc nie dotrze do każdego miejsca w Polsce w ciągu kilku minut, które potrafią decydować o życiu człowieka. Dlatego najważniejsza jest

(senator Z. Kulak)

edukacja zdrowotna, ciągle kształcenie ratowników, kierowców, uczniów, ludzi nie związanych zawodowo z medycyną, którzy potrafią uratować wiele istnień ludzkich przed przybyciem profesjonalistów.

Panie i Panowie Senatorowie! Wracam do pierwszej myśli zawartej w tym wystąpieniu: zawsze zapinamy pasy bezpieczeństwa, wsiadając do samochodu.

Marszałek Adam Struzik:

Dziękuję bardzo.

Proszę o zabranie głosu panią senator Marię Łopatkową. Następna będzie pani senator Barbara Łękawa.

Senator Maria Łopatkowa:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo!

Cieszę sukcesy medycyny w zakresie przedłużania życia ludzkiego, ale martwi rosnące niezadowolenie z jakości tego życia, co jest jedną z przyczyn pogarszającego się zdrowia psychicznego mieszkańców naszego globu. A w naszym kraju też nie jest najlepiej.

Światowa Organizacja Zdrowia nazywa zdrowiem, tak jak już mówił profesor Religa, nie tylko brak choroby, lecz stan dobrego samopoczucia. Tymczasem nie jest z nim dobrze w żadnym kraju. I w naszym też. Profesor Capra z kalifornijskiego uniwersytetu w swej książce „Punkt zwrotny” pisze, że wzrost liczby zabójstw i samobójstw wśród młodzieży przybrał tak niepokojące rozmiary, że zjawisko to nosi już nazwę epidemii tragicznej śmierci. Lansując holistyczną koncepcję zdrowia, pisał on o szkodliwości niedoceniań społecznych przyczyn chorób. Twierdzi na przykład, że lubimy pod płaszczykiem medycznej diagnozy ukrywać problemy natury społecznej; wygodniej nam skarżyć się na nadpobudliwość lub niezdolność do koncentracji u naszych dzieci, niż zastanowić się nad wadami szkolnictwa.

Słuszność tego zarzutu potwierdzają sprawy interwencyjne, które od lat do mnie trafiają. Stwierdzenie zaburzeń psychofizycznych u dziecka na tle nerwicowym i stosowanie środków farmakologicznych, jak to się często zdarza, nie usuwa przyczyn tych zaburzeń. I tak na przykład przyczyna łysienia plackowatego u chłopca, któremu chciałam, a nie mogłam pomóc, tkwiła w kodeksie prawnym, który nie chroni więzi uczuciowych dziecka. Chłopiec od roku żył w panicznym strachu przed przymusowym odebraniem go przez komornika zastępczej matce, którą kochał. A życie w strachu zawsze narusza zdrowie psychiczne.

Psychiatra, neurolog czy dermatolog wiedzą, że przyczyną dolegliwości fizycznych dziecka, i w ogóle człowieka, jest często czynnik psychiczny, czyli lęk. Usuwanie jego źródeł nie leży w kompetencjach lekarza. Kierowanie dzieci cierpiących na brak poczucia bezpieczeństwa lub miłości do poradni, ośrodków leczniczych czy placówek wychowawczych, nie da pożądanego efektów, gdyż lekarze nie mają często żadnego wpływu na realizację najważniejszego z wniosków, wynikających z diagnozy, czyli na zmianę warunków życia dziecka, tak by wyeliminować strach. Rzadko się zdarza, aby ci, od których taka zmiana zależy, dokonywali jej w trosce o stan psychiczny dziecka, zobligowani zaświadczeniem lekarskim. Rozwodzący się rodzice straszą dziecko: ojciec matką, a matka ojcem. Alkoholików, znęcających się nad rodzinami, latami nie można zmusić do wyprowadzenia się z mieszkań, które dzielą z ofiarami. Nauczycieli ciemniejszych nie daje się usunąć. Twórców gier komputerowych nie można zabronić przekazywania dzieciom okrucieństw zatruwających ich wyobraźnię.

Medycyna zajmująca się zdrowiem psychicznym ludzi ma trudniejsze zadanie aniżeli medycyna zajmująca się zdrowiem somatycznym. Łatwiej leczyć okaleczone ciało aniżeli okaleczoną duszę. Może dlatego psychiatria, w porównaniu z innymi dyscyplinami medycznymi, ma tak mało sukcesów i jest tak bezsilna wobec rosnącej agresji, szkodliwej dla zdrowia psychicznego. Wszyscy dostrzegamy, że z ludźmi dzieje się coś złego. Może miał rację profesor Kępiński, mówiąc o postępującej schizofrenizacji świata.

Nauki zajmujące się człowiekiem, w tym medycyna, powinny szukać odpowiedzi na pytanie: jak chronić się przed dehumanizacją? Jak się nie bać zainfekowania agresją? To właśnie na agresję osoby nadwrażliwe reagują ucieczką w chorobę psychiczną lub w śmierć samobójczą. Delikatni, wrażliwi nie wytrzymują brutalizacji współczesnego życia. Ale jeśli ich nie stanie, zaniknie więź między ludźmi i normalna, zdrowa reakcja na to, co się wokół nas dzieje. Rośnie lęk człowieka przed człowiekiem, bo my, ludzie, przestajemy się rozumieć, zanika między nami komunikacja oparta na argumentacji logicznej, zdroworozsądkowej. Komunikację tę zakłócają zaburzenia emocjonalne spowodowane między innymi różnego rodzaju obsesjami i uprzedzeniami.

I tak na przykład pewne kręgi działaczy społecznych i politycznych zostały obecnie dotknięte obsesją na tle obrony rodziny przed państwem. Według słownika języka polskiego „obsesja” jest to chorobliwy stan opanowania świadomości niemożliwą do przezwyciężenia myślą. Ta myśl to podejrzenie, że państwo zagraża rodzinie i działa na jej szkodę. Dla osób opanowanych tą obsesją nic nie znaczy gwarancja praw rodziciel-

(senator M. Łopatkowa)

skich, zawarta w konstytucji i Konwencji Praw Dziecka. Natomiast wpisane tam zobligowanie rodziców do wysłuchania dziecka, zanim podejmą oni decyzję w sprawach jego dotyczących, te osoby traktują jako groźbę odbierania dzieci rodzicom. Jest to wbrew wszelkiej logice. Powołanie urzędów pełnomocnika do spraw dzieci i rzecznika praw dziecka, które mają zajmować się sprawami dzieci, osoby te uważają za szkodzące rodzinie, mimo że to właśnie rodziny nie mają się do kogo zwrócić, szukając pomocy dla swych dzieci. Są to tylko dwa urzędy na tysiące, które zajmują się sprawami dorosłych.

Inny przykład, świadczący dobitnie o prymacie obsesji nad logiką. Powszechnie wiadomo, że stan zdrowia dzieci wiejskich i opieka zdrowotna nad nimi są gorsze aniżeli nad ich miejskimi rówieśnikami. Z badań Instytutu Medycyny Wsi wynika, że dzieci wiejskie, w stosunku miejskich są niższego wzrostu, mają mniejszy ciężar ciała, później dojrzewają płciowo. Ponad 50% charakteryzuje się niedostatecznym przygotowaniem do rozpoczęcia nauki w szkole. Zaburzenia rozwoju psychoruchowego i funkcjonowania układu nerwowego, współistniejące z niepowodzeniami szkolnymi, częściej występują u dzieci i młodzieży na wsi niż w mieście.

Niepokoje też, o czym mówił mój przedmówca, zjawisko wypadków będących skutkiem udziału dzieci w zajęciach gospodarskich. Naukowcy, z którymi się zgadzam, są zdania, że należy podjąć prace nad prawnymi formami ochrony dzieci wiejskich. Parlamentarny Zespół do Spraw Dzieci, pragnąc przyjść z pomocą rodzicom i dzieciom wiejskim, zaproponował opracowanie poradnika, zawierającego wykaz prac szkodliwych dla dziecka, które powinny być zakazane. Na przykład szkodliwa jest praca przy opryskach chemicznymi środkami ochrony roślin. Wydawało się nam, że słuszność tego postulatu jest oczywista, bezdyskusyjna. Tymczasem w prasie ukazały się notatki, w których obrońcy rodziny ów postulat obsesyjnie uznali za atak na rodzinę chłopską, w której od wieków dzieci pomagały rodzicom w gospodarstwie!

A przecież my podkreślaliśmy walory wychowawcze tej pomocy! Postulowaliśmy jednak eliminowanie nadmiernego obciążenia dzieci i wprowadzenie zakazu prac ewidentnie szkodliwych. Ale jak tu podjąć merytoryczną dyskusję z osobami, u których obsesja zagrożenia rodziny zakłóciła tok rozumowego myślenia?! Zdrowie psychiczne narodu musi opierać się na harmonii między sercem i umysłem. Każdy defekt tego harmonijnego układu odbija się niekorzystnie na funkcjonowaniu życia społecznego. Obserwujemy coraz liczniejsze przykłady świadczące o roz-

przestrzenianiu się chorób więzi międzyludzkich, spowodowanych wirusem nienawiści.

Jeśli tego wirusa nie pokonamy u nas i na całym świecie, wówczas zaburzenia zdrowia psychicznego społeczeństw mogą urosnąć do obłędu. To niebezpieczeństwo potwierdzają uczeni. Konrad Lorenz w swej książce „Regres człowieczeństwa” pisze: „Razem z Erichem Frommem jesteśmy zdania, że życie w warunkach przymusu, jaki stwarza dzisiejsza cywilizacja, powoduje, iż tylko człowiek z całkowicie anormalnymi skłonnościami może uniknąć ciężkich zaburzeń psychicznych”. Jeśli tak jest, to problem zdrowia psychicznego ludzi zarówno w Polsce, jak i na świecie, wymaga pilnej pomocy, nie tylko medycznej. Dziękuję bardzo.

Marszałek Adam Struzik:

Dziękuję bardzo.

Proszę panią senator Barbarę Łekawę. Następny będzie pan senator Mieczysław Biliński.

(Senator Barbara Łekawa: Panie Marszałku! Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na wykorzystanie czasu przewidzianego na dwa wystąpienia.)

Proszę bardzo.

Senator Barbara Łekawa:

Panie Marszałku! Panie i Panowie Senatorowie!

Mamy debatować nad stanem zdrowia naszego narodu. Temat to doniosły i szlachetny. Jednakże senacka Komisja Polityki Społecznej i Zdrowia proponuje uchwalić, że stan zdrowia społeczeństwa jest zły i powinien się poprawić. W tym celu należy stworzyć dwa nowe programy zapobiegania i leczenia oraz jedną nową Radę Promocji Zdrowia. To cały sens tej uchwały. Bo kilka kolejnych politycznych sformułowań o nadaniu wysokiej rangi, zapewnieniu stałej obecności i stałych źródeł, o opracowaniu programu powszechnej edukacji, świadczy tylko o politycznej i programowej bezradności wnioskodawców.

Treść uchwały wskazuje raczej na jej propagandowy charakter, świadczyć może o wyrzutach sumienia tych, którzy przez ostatnie 4 lata przyjęli odpowiedzialność za politykę zdrowotną, społeczną i gospodarczą państwa, a teraz widzą, jak mizerne są społeczne i zdrowotne skutki ich działań. Zamiast podejmowania takich uchwał, należy zapytać, dlaczego istniejący od 1993 r. Narodowy Program Zdrowia nie został zrealizowany w ostatnich 4 latach? Dlaczego główne cele strategiczne i zdrowotne tego programu ciągle się oddalają, zamiast przybliżyć?

Odpowiedź jest łatwa. Kolejne rządy lewicowej koalicji SLD-PSL zapomniały, co obiecywały swoim wyborcom – zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia i poprawę sytuacji w lecznic-

(senator B. Łękawa)

twie. Zamiast zwiększenia nakładów, w 1996 r. przyjęto kolejną wersję Narodowego Programu Zdrowia, który kończy się stwierdzeniem, że nie przewiduje się dodatkowych środków finansowych z budżetu państwa. W programie zaś nie przewiduje się wyodrębnionych środków finansowych na jego realizację. Pytałam więc pana senatora Wyględowskiego, skąd wezmą się pieniądze na nowe fundusze celowe, aby sfinansować programy, które proponuje w uchwale? Programy, które od 4 lat rząd jest zobowiązany zrealizować jako główne cele zdrowotne Narodowego Programu Zdrowia, nie zostały sfinansowane, bo nie było na to środków w budżecie.

Jeszcze raz potwierdza się znane powiedzenie, że zdrowie jest zbyt poważną sprawą, aby powierzać je politykom. Optymistyczne stwierdzenia zawarte w projekcie uchwały, że działania, szczególnie te podjęte w ostatnich latach, spowodowały istotny postęp w ochronie zdrowia i prawidłowy rozwój opieki zdrowotnej, rozmiągają się z oczywistymi faktami i zjawiskami obserwowanymi przez rzetelnych naukowców i lekarzy, a także powszechnym odczuciem obywateli, a zwłaszcza pacjentów. Zdrowie narodu jest zagrożone. Pogarsza się stan zdrowia polskich rodzin. Poziom życia Polaków wcale się nie poprawia, wręcz przeciwnie. Mimo optymistycznych wskaźników wzrostu gospodarczego występuje wiele cech regresu społecznego. Zamiast poprawy jest stagnacja i cofanie się w rozwoju. Jest to zjawisko nie spotykane w innych krajach cywilizacyjnych Europy, gdyż z reguły wzrost gospodarczy procentuje inwestowaniem w poprawę zdrowia obywateli.

Niestety, w Polsce jest przeciwnie. Czy budżety, które Sejm przyjął w ostatnich 4 latach, a Senat poparł przy sprzeciwie opozycji, spełniały postulat inwestowania w zdrowie dzieci i młodzieży, ich rodzin, pracowników i rolników? Czy zapewniły sfinansowanie godnego poziomu leczenia emerytów, ludzi starych oraz rehabilitację zdrowotną niepełnosprawnych? Czy zmniejszyły się koszty leczenia ponoszone przez ludzi chorych oraz i ich rodziny? Oddajmy głos samym zainteresowanym. Według danych rządowego Centrum Badań Opinii Społecznej, w ostatnich 3 latach w społeczeństwie polskim dramatycznie spadło poczucie dostępności świadczeń medycznych, a również szans otrzymania pomocy medycznej, szczególnie poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego. A przecież jest to jeden z trzech głównych celów strategicznych Narodowego Programu Zdrowia.

Tak samo oddaliła się realizacja pozostałych celów zdrowotnych tego programu. Niech nas nie zmyli kilka korzystnych wskaźników stanu zdrowotności, na przykład odbicie się od dna natężenia umieralności na choroby układu krążenia

czy zahamowanie wzrostu umieralności na niektóre nowotwory. Badając stan zdrowia narodu, stawiając diagnozę, należy pamiętać, że zdrowie to nie tylko brak chorób, bo naród jest żywą wspólnotą, żyjącą dzięki kulturze, oświacie, obyczajom, które kształtują styl życia i wpływają na zdrowie narodu. Wieloczynnikowa degradacja społeczeństwa, nie tylko zdrowotna, oraz oddziaływane po systemie totalitarnym negatywne procesy zniewalania Polaków w latach 1945-1989 nie tylko nie zostały zniwelowane, ale zostały wręcz wzmocnione.

Od 10 lat niepokojącym sygnałem jest niski przyrost naturalny ludności polskiej spowodowany spadkiem liczby urodzeń, spadkiem dzietności polskich rodzin, co doprowadziło w pierwszym kwartale 1996 r. – po raz pierwszy w powojennej historii Polski – do ujemnego przyrostu naturalnego. Jeżeli ta tendencja okaże się długotrwała, oznaczać to będzie starzenie się i wymieranie narodu. Przyczyn tego jest wiele. Wymieńmy choćby pogarszanie się warunków bytowych mieszkaniowych rodzin i proces ubożenia polskich rodzin. Z raportu rządowego wynika, że sfera ubóstwa ma tendencje do rozszerzania się. W przypadku 20% młodzieży szkolnej można mówić o niedożywieniu, a 40% społeczeństwa jest na granicy lub poniżej granicy biedy. Półtora miliona polskich rodzin nie ma własnego mieszkania. Niezaspokojenie podstawowych potrzeb w zakresie żywności, ubrania, mieszkania powoduje, że potrzeby zdrowotne przesuwają się na dalszy plan, stąd nieskuteczność promowania zdrowego stylu życia. Ubody oszczędzają na higienie, wypoczynku, edukacji, ochronie zdrowia. Pojawia się niebezpieczny syndrom opuszczonych rąk.

Obecnie w Polsce jest 3 miliony rencistów w wieku produkcyjnym, a 10 tysięcy niepełnosprawnych. Co dziesiąty Polak to niepełnosprawny, co siódmy to bezrobotny. Długotrwały stres społeczny przynosi opłakane skutki. Osłabiająca i niszcząca polskie rodziny polityka szybko ujawnia swoje owoce w nasilających się patologiach społecznych. W łańcuchu, zgodnie z prawami fizyki, pękają najslabsze ogniwa, tak samo w społeczeństwie, zgodnie z prawami socjologii i psychologii, widoczne są symptomy kultury śmierci. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, zamiast się zmniejszać, zwiększyło się w ostatnich 5 latach o 20%, a psychoz o ponad 50%. Gwałtownie wzrasta liczba uzależnionych od narkotyków i zaburzeń alkoholowych. Plagą jest wzrost alkoholizmu, który objął już co dziesiątego dorosłego Polaka. W ostatnich latach obniżył się o 3-4 lata wiek inicjacji alkoholowej i wynosi obecnie 12-13 lat.

A co robi państwo? Mimo świetnych programów w rzeczywistości prowadzi politykę promocji alkoholu, licząc na doraźne zyski z podatku

(senator B. Łękawa)

akcyzowego. Straciło kontrolę nad dystrybucją i spożyciem alkoholu. Skutki tego są katastrofalne. Wbrew wyznaczonym celom Narodowego Programu Zdrowia wzrasta liczba wypadków drogowych, liczba zabitych i rannych. Koszty społeczne są wielokrotnie wyższe niż doraźne zyski budżetu. Czy nikt nie jest odpowiedzialny za taką politykę? Rośnie stale liczba samobójstw. Rocznie odbiera sobie życie ponad 5 tysięcy osób, przede wszystkim ludzie młodzi i osoby w wieku średnim. Jest zagrożone poczucie bezpieczeństwa, podstawowa potrzeba społeczna. Rośnie liczba zabójstw. Rząd, zamiast promocji zdrowia, prowadzi promocyjną politykę wobec tytoniu i alkoholu, uważając je za dodatkowe źródło dochodów. Wnikliwe analizy ekspertów i epidemiologów wskazują, że plaga alkoholizmu i nikotynizmu jest prawdziwym dramatem społecznym. Ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami użycia tytoniu i wyrobów tytoniowych nie spełnia dobrze swego zadania, gdyż dopuszcza reklamy wyrobów tytoniowych, co zachęca młodych do palenia. Takiego nasilenia reklam papierosów, jak teraz, w Polsce jeszcze nie było. A tylko palenie tytoniu powoduje około 50% zgonów dorosłych mężczyzn.

Ten długotrwały, niebezpieczny stan wskazuje na pogłębiający się kryzys zdrowotny społeczeństwa. Dzięki rzetelnym, wnikliwym analizom naukowców, lekarzy, socjologów, epidemiologów, demografów, statystyków, możemy głębiej zrozumieć przyczyny tych zjawisk i szukać dróg ratunku.

Chciałabym w tym miejscu podziękować tysiącom naukowców i ekspertów, którzy codziennie, wsłuchując się w ból, cierpienia społeczeństwa, stawiają diagnozy społeczne.

Profilaktyka i leczenie zależą przede wszystkim od polityków, bo to oni decydują o podziale środków finansowych w uchwale budżetowej. Jeżeli chcemy zbudować nowoczesne państwo, to stworzenie warunków do poprawy zdrowia narodu jest palącą potrzebą. Jednakże rozległy, uporczywy, intensywny kryzys zdrowotny w Polsce wykazuje na niefunkcjonalność i niską efektywność państwa, jak również na lekceważenie i niedocenywanie zagrożeń przez rządzących.

Projekt uchwały zawiera ocenę zupełnie nieadekwatną do zagrożeń, a propozycje działań są absolutnie niewystarczające i pozorowane, gdyż bez pokrycia finansowego są kolejnym przykładem dreptania w miejscu. Przykładem niespójności działań w dziedzinie ochrony zdrowia koalicji większości SLD-PSL jest uchwalenie przez parlament ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w kształcie nie akceptowanym przez środowiska medyczne i pacjentów.

Ustawa nie gwarantuje stabilnego finansowania systemu lecznictwa. Nie daje gwarancji pań-

stwa do bezpłatnej pomocy, co jest niezgodne z konstytucją. Jednocześnie rząd prowadzi politykę antyzdrowotną, propagując i finansując z budżetu państwa środki antykonceptyjne, których szkodliwe działanie dla zdrowej kobiety jest dokładnie znane. Podobnie, bocznymi drzwiami wprowadzono do znowelizowanej ustawy o ZOZ możliwość finansowania z budżetu państwa zabiegów aborcji w publicznych szpitalach. W żadnym przypadku nie są to działania lecznicze ani, tym bardziej, promujące zdrowie. Wręcz przeciwnie, mamy do czynienia z polityką antyzdrowotną, gdyż przy niedoborze środków finansowych brakuje pieniędzy na leki i zabiegi ratujące życie.

Drugim na to dowodem jest przyjęcie budżetu państwa bez zapewnienia w nim wystarczających środków na leczenie i zapobieganie nowotworom oraz finansowanie innych zadań Narodowego Programu Zdrowia.

W tym kształcie projekt uchwały nie uzyskał poparcia senatorów Klubu Senackiego NSZZ „Solidarność” z powodu pozorowanych działań wnioskodawców. Uzyskałaby natomiast poparcie inicjatywa pilnej nowelizacji ustawy budżetowej, aby zwiększyć budżet na bieżącą poprawę warunków leczenia w polskich szpitalach oraz rzeczywiste stworzenie warunków sfinansowania Narodowego Programu Zdrowia.

Każdy dzień i miesiąc to nowe ofiary spowodowane taką polityką oszczędzania na ochronie zdrowia. Ustawa konstytucyjna, która została przyjęta przez koalicję czterech partii: SLD, Unię Wolności, Unię Pracy i PSL, w ekspresowym tempie, nie gwarantuje wystarczającego poziomu finansowania ochrony zdrowia, odbiera zaś zdobycz socjalną, jaką było prawo do ochrony zdrowia, realizowane między innymi przez bezpłatną pomoc lekarzy.

Dlatego testem wiarygodności propozycji zgłaszanych w uchwale byłaby pilna nowelizacja budżetu w celu sfinansowania działań ratujących zdrowie narodu. To nie powinno być trudne, zważywszy, że do połowy września koalicja SLD-PSL dysponuje wystarczającą większością w obu izbach i poparciem prezydenta. Dziękuję. (Oklaski).

(Senator Grażyna Ciemniak: *Ad vocem.*)

Marszałek Adam Struzik:

Proszę, pani senator Ciemniak, *ad vocem.*

Senator Grażyna Ciemniak:

Chciałabym, żeby pan marszałek pozwolił zapytać panią senator, czy byłaby uprzejma podać źródło wyników badań, że społeczeństwo i służba zdrowia nie akceptują ustawy o systemie opieki zdrowotnej. Mam inne informacje i opinie.

Marszałek Adam Struzik:

Myślę, że nie będziemy teraz prowadzić dyskusji...

(*Senator Barbara Łękawa:* Jeśli pani senator chce takich informacji, proszę bardzo, możemy udzielić jej poza salą.)

Pani Senator...

(*Senator Barbara Łękawa:* Zgodnie z regulaminem, nie ma *ad vocem*.)

Pani Senator Barbaro Łękawa, nie udzieliłem pani głosu. Takiej dyskusji prowadzić nie będziemy. To może być rodzaj konstatacji pani senator Ciemniak, że takich wyników nie ma, ale to jest kwestia do dyskusji między paniami.

Proszę bardzo, pan senator Mieczysław Biliński. Jako następna pani senator Jadwiga Stokarska.

Senator Mieczysław Biliński:

Panie Marszałku! Panie i Panowie Senatorowie! Mili Goście!

W wyniku transformacji społeczno-ekonomicznej dokonujące się zmiany i występujące procesy nie pozostają bez wpływu na stan zdrowotny naszego społeczeństwa. Szczególnie dają się odczuć negatywne zjawiska występujące w gospodarce rynkowej. Przebieg cyklu gospodarczego, z uwzględnieniem skutków kryzysu, a zwłaszcza recesji gospodarczej, powoduje zubożenie pewnej grupy społecznej. Panujące stosunki społeczno-ekonomiczne, typowe dla gospodarki rynkowej, grożą widmem utraty zabezpieczenia materialnego, niepewnością jutra, apatią, bezradnością, w końcu nadużywaniem alkoholu i narkotyków.

Z tych też powodów zwiększają się zaburzenia takie jak nerwica oraz zaburzenia osobowości. Niedostosowanie społeczne, trudności w przewidywaniu przebiegu zjawisk gospodarczych, a w ślad za tym niepowodzenia gospodarcze, mają często związek z zaburzeniami psychicznymi i samobójstwami. Statystyka skrzętnie odnotowuje te ujemne zjawiska, zwłaszcza wśród bezrobotnych. Mówił o tym, jako specjalista, pan senator Jarmużek.

Stan zdrowia narodu zależy zatem od wielu czynników: od warunków ekonomicznych, świadomości społeczeństwa, od warunków, w jakich pracuje służba zdrowia, czyli właściwego wyposażenia placówek służby zdrowia, i wreszcie od lekarzy, adeptów Hipokratesa, odpowiedzialnych za ludzkie życie i zdrowie.

Dwa pierwsze zagadnienia dotyczą głównie warunków ekonomicznych całego społeczeństwa, współdziałania różnych organizacji charytatywnych w celu niesienia pomocy najbardziej potrzebującym. Istotne też jest uświadomienie, szkolenie z dziedziny higienicznych warunków życia i wprowadzanie profilaktyki. Bardzo ważne jest

w tym względzie właściwe odżywianie, gimnastyka zdrowotna, rehabilitacja, która zapobiega wielu schorzeniom.

Ze względu na obszerność tematu debaty zajmę się przede wszystkim problemem warunków ekonomicznych placówek służby zdrowia i pracujących w nich lekarzy. Wiadomo, że aby lekarz mógł skutecznie wykonywać swój zawód, musi dysponować godziwymi warunkami pracy. Zarówno społeczeństwo, jak i pacjenci upominają się o swoje prawa, zwłaszcza o prawo do dobrze zorganizowanej, nowoczesnej, odpowiadającej europejskim standardom ochrony ich zdrowia. W dużej mierze zależy to od pozycji lekarza, który za swoje zaangażowanie w ratowaniu zdrowia pacjentów musi być dobrze wynagradzany.

Większość lekarzy w średnim i młodym wieku żyje w bardzo trudnych warunkach, w ciągłych stresach. Często muszą podejmować decyzje wbrew własnej woli, komu przydzielić potrzebną aparaturę czy odpowiednie leki, których brakuje, a przecież chcą ratować wszystkich. Wymaga się też od lekarza, który jest po dyżurze, aby wykonywał trudne zabiegi, a nawet operacje. Wytrzymałość psychiczna i fizyczna lekarza jest wtedy ograniczona, a w takim stanie musi ratować życie pacjenta. Sytuacja ta deprawuje oraz upokarza młodych, ambitnych lekarzy i często zniechęca do zawodu, ma wpływ na ich zachowanie. Lekarz za bardzo odpowiedzialną pracę musi mieć godziwe wynagrodzenie. A jeśli zostanie mu trochę czasu, to nie na dodatkowe zajęcia, lecz na doksztalcenie. Postęp w medycynie jest ogromny. Chcąc dorównać Europie i należycie pomóc chorym, musi on stale uzupełniać swoją medyczną wiedzę i podnosić zawodowe kwalifikacje. W jego rękach jest przecież życie ludzkie. Zarówno niewłaściwe wynagrodzenie lekarzy, jak i pogarszająca się infrastruktura placówek służby zdrowia wpływają ujemnie na przyszłość zdrowia polskiego narodu.

Trudną sytuację finansową znam jako członek Rady Nadzorczej Szpitala Specjalistycznego Psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Jarosławiu. Przytoczę pokrótce niepokojące dane na przykładzie tego szpitala. Rada Nadzorcza SPZOZ uchwałą z dnia 29 kwietnia 1995 r. zapoczątkowała negatywnie przedłożony projekt planu wydatków budżetowych na rok 1995. Proponowane kredyty w budżecie zapewniały zaledwie w 50% pokrycie kosztów, przy bardzo oszczędnej i racjonalnej gospodarce. Proponowane wielkości groziły zaprzestaniem realizacji zadań statutowych SPZOZ. Podobną uchwałą podjęto w dniu 10 kwietnia 1996 r. z adnotacją, że zadłużenie szpitala wzrasta niewspółmiernie. Na posiedzeniu w dniu 24 kwietnia 1997 r., a więc dwa tygodnie temu, rada nadzorcza stwierdziła z niepokojem wzrost zadłużenia na poziomie rocznych wydatków szpitala. A środki przeznaczone

(senator M. Biliński)

na ten cel w 1997 r. pokrywają zaledwie w 45% poziom niezbędnych wydatków szpitala.

Wiadomo mi, że podobną sytuację finansową mają również inne szpitale w województwie przemyskim, gdzie istnieje zadłużenie oraz zagrożenie wstrzymania pracy szpitali – ten stan trwa już od ponad 2 lat – gdzie przydzielone środki kształtują się na poziomie 50% podstawowych potrzeb. Powoduje to systematyczne narastanie zobowiązań i zubożenie tych placówek.

Wobec tak katastrofalnej sytuacji całego leczenia przedstawione przeze mnie tendencje powinny wyznaczać kierunki polityki zdrowotnej państwa. Są to, moim zdaniem, między innymi: godziwe zarobki wszystkich lekarzy zatrudnionych w strukturach publicznej służby zdrowia, na miarę ich odpowiedzialności za zdrowie i życie chorego – tym samym przywróci się tej grupie zawodowej w hierarchii społecznej miejsce, na jakie zasługuje wśród zawodowych elit; zwiększenie udziału w budżecie państwa środków przeznaczonych na ochronę zdrowia; dostęp pacjenta do nowoczesnej diagnostyki i skutecznej terapii na poziomie aktualnej wiedzy medycznej i technicznych osiągnięć współczesnej medycyny; zlikwidowanie ciężaru długów paraliżujących egzystencję placówek ochrony zdrowia; promocja zdrowia i dostępność różnych form profilaktyki i rehabilitacji.

Proponowane nowe programy bez środków finansowych nie zapewnią prawidłowego rozwoju opieki zdrowotnej narodu. Realizacja tych założeń wymaga zwiększenia udziału wydatków na ochronę zdrowia w produkcie krajowym brutto. Dziękuję za uwagę.

Marszałek Adam Struzik:

Dziękuję bardzo.

Proszę panią senator Jadwigę Stokarską o wzięcie głosu.

(*Głos z sali:* Nie ma).

Nie ma.

W takim razie proszę bardzo pana senatora Henryka Krupę.

Senator Henryk Krupa:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Szanowni Goście!

Moi przedmówcy, przede wszystkim główni referenci problemów zdrowotności naszego społeczeństwa, przedstawili aktualną sytuację, główne zagrożenia i realizację polityki zdrowotnej państwa. Z analizy tej wynika, że wskaźniki, według których ocenia się stan zdrowotności, po okresie regresji stopniowo, ale statystycznie w sposób znamieny, ulegają w ostatnich latach

poprawie. Należy ten fakt przyjąć z zadowoleniem, ale jednocześnie te wskaźniki ilustrują, ile jest do zrobienia w zakresie zdrowotności społeczeństwa. Bezlitośnie pokazują, jak my wyglądamy na tle innych państw europejskich. Niestety, źle. Zawsze na końcu.

Obecnie wytworzyła się w kraju fatalna sytuacja. Społeczeństwo z dezaprobatą ocenia stan leczenia w Polsce, a pracownicy ochrony zdrowia, szczególnie grupa lekarzy, nie chcą w takich warunkach i za takie wynagrodzenie pracować. Trzecia strona, czyli Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, realizator polityki zdrowotnej rządu, mówi, że nie ma więcej środków niż zawarte w ustawie budżetowej. Kółko się zamknęło w parlamencie, bo to on uchwała budżet. Nakłady w budżecie w bieżącym roku są największe z dotychczasowych, a niezadowolony też osiągnęło, moim zdaniem, apogeum.

Większości społeczeństwa nie stać na leczenie w prywatnych gabinetach, a dostępność do państwowych placówek jest ograniczona, czasami ograniczana. Powstała szara strefa. W istniejącym konflikcie władzy państwowej z pracownikami ochrony zdrowia ci ostatni sięgnęli po oręż ostateczny – strajk. Obydwie strony deklarują publicznie wolę negocjacji, ale efektów nie ma. Samorząd lekarski i związki zawodowe lekarzy dyskryminują, negatywnie oceniają obowiązującą ustawę o ubezpieczeniach zdrowotnych, stanowiącą przecież fundament prawny wdrażanej reformy ochrony zdrowia. Jeszcze dokładnie nie wiadomo, jaka jest praktyczna wartość tejże ustawy, a już się ją odrzuca. Widać wyraźnie, że trudności istniejące w ochronie zdrowia i jej niedoinwestowanie wykorzystywane są do politycznych rozgrywek. A przecież to ta koalicja wdraża wreszcie reformę, która już jest, niestety, spóźniona o kilkanaście lat.

W tej skomplikowanej sytuacji należy z całą brutalnością postawić wszystkim stronom konfliktu pytanie: dokąd panowie zmierzacie? Odpowiedź jest, według mnie, jedna: zmierzacie donikąd. W tym zaciętrzewieniu coraz częściej zapomina się o podstawowym prawie: *salus aegroti suprema lex*, czyli dobro chorego jest najwyższym prawem. Z tej trybuny apeluję do wszystkich zwaśnionych stron, jako senator i jako lekarz: zacznijmy w sposób odpowiedzialny ze sobą rozmawiać, wspólnie pokonywać trudności, wdrażać pilnie reformę ochrony zdrowia ku zadowoleniu chorych, ale i pracowników ochrony zdrowia.

Musimy mieć również świadomość, że choroba jest skutkiem, a nie przyczyną zagrożenia zdrowia każdego z nas. Należy mieć wieloletnią strategię ukształtowania i przestrzegania postaw zdrowotnych w domu, w szkole, w pracy. To są właściwe działania profilaktyczne. Bez takiej polityki zdrowotnej państwa nawet największe na-

(senator H. Krupa)

kłady na ochronę zdrowia będą zawsze małe. Tymczasem nadal buduje się szkoły bez sal gimnastycznych, przedłuża się produkowanie materiałów o działaniu rakotwórczym, ale również dużo inwestuje się w poprawę stanu środowiska naturalnego, którego jakość też ma bezpośredni wpływ na nasze zdrowie.

Na tych przykładach, pozytywnych i negatywnych, pragnę wykazać brak spójności w polityce zdrowotnej państwa, brak ścisłej współpracy na płaszczyźnie: organizator ochrony zdrowia, wykonawca usługi zdrowotnej, to znaczy pracownicy, oraz konsument tej usługi, czyli chory. Tylko harmonia tych trzech elementów działań zdrowotnych daje optymalne rozwiązanie problemów i bezpieczeństwo zdrowotne. Tego wszystkim życzę. Dziękuję.

Marszałek Adam Struzik:

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, właściwie powinniśmy ogłosić teraz przerwę, ale ponieważ na liście mówców zostało jeszcze tylko kilka nazwisk, a chcielibyśmy dać możliwość zabrania głosu naszym gościom, to myślę, że jeszcze przez kilka minut będziemy naszą debatę kontynuowali.

Proszę pana senatora Stanisława Sikorskiego o zabranie głosu. Pan senator Ireneusz Michaś złożył swój głos do protokołu.* Następnie pani senator Janowska, jeżeli jest.

Senator Stanisław Sikorski:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Szanowni Państwo!

Wielu moich przedmówców poruszało wiele bardzo ciekawych tematów związanych z leczeniem. Ja powiem o sprawach prostszych, bardziej oczywistych, nie wymagających dużych pieniędzy, a więc nie aż tak bardzo trudnych do zrealizowania.

Mimo wielokierunkowych działań podjętych w ostatnich latach na rzecz poprawy zdrowia polskiego społeczeństwa, profilaktyka zdrowotna nadal jest niedoceniana, co ma groźne skutki dla stanu zdrowia młodego pokolenia. Instytucje państwowe i samorządowe, które ustawowo są zobowiązane do dbania o kulturę fizyczną społeczeństwa polskiego, nie wykazują należytej aktywności w promowaniu zdrowego stylu życia. Mimo że posiadamy bardzo dobrą ustawę o kulturze fizycznej, dzięki której wzrosła i wzrosnąć jeszcze liczba godzin wychowania fizycznego w tygodniu, poprawia się też baza sportowo-rekreacyjna dzięki odpisom 20% z gier liczbowych

* Wypowiedź złożona do protokołu – w załączeniu.

i totalizatora, to jednak spodziewane efekty są jeszcze mało widoczne, choć można już je dostrzec.

Wielu decydentów, dyrektorów i nauczycieli twierdzi, że zwiększenie zainteresowania ruchem zdrowotnym jest niemożliwe bez odpowiedniej bazy sportowej. Jest to jeden z podstawowych błędów myślowych, które należy szybko wyeliminować. Wielokrotnie rozmawialiśmy z naszym kolegą Janem Mulakiem, który jest nieobecny ze względów zdrowotnych. I doszliśmy obaj do jednego wniosku. Otóż wielokrotnie już udowodniono, że można częściowo rozwiązać problem w bardzo prosty sposób, mianowicie wprowadzić obligatoryjnie dla uczniów w ciągu roku szkolnego zajęcia na powietrzu w formie prostych zabaw biegowych. 20-30 minut tego typu zajęć jest doskonałą rozrywką połączoną z ruchem, a pozostałą część czasu można przeznaczyć na zajęcia higieniczno-wypoczynkowe. Nie istnieje w Polsce problem odpowiedniego stroju sportowego. Wystarczą tylko chęci, a wynik będzie szybki i zaskakująco pozytywny. Gołym okiem widać, że w społeczeństwie polskim istnieje nie zaspokojona potrzeba aktywności ruchowej oraz chęć współzawodnictwa. Widać to na poszczególnych imprezach masowych.

Jesteśmy narodem wielu złych nawyków. Kiepsko się odżywiamy, na domiar złego brak nam ruchu, czego wynikiem są różnego rodzaju schorzenia. Docierają do nas informacje o złym stanie zdrowia młodego pokolenia. Istnieje duża zachorowalność na schorzenia dotyczące narządów ruchu, układu krążenia i oddychania. Przytoczę tylko jeden przykład – zaburzenia układu ruchu. Przyczyny? Tych jest wiele: efekt skrzywienia kręgosłupa, wady postawy. Wiadomo, że w okresie dojrzewania pogarsza się sylwetka. Wraz ze wzrostem zmieniają się proporcje ciała. Następuje osłabienie mięśni. Zaniedbania z tego okresu nie dają na siebie długo czekać. Efekt to zła postawa, często przez całe życie, oraz leczenie. A wiemy, że dbanie o prawidłową sylwetkę winno trwać przez całe życie człowieka. Czego nie zrobiono za młodu, tego na starość ponosi się koszty.

Zmiany stylu życia, które następują u nas bardzo szybko, spowodowały, mimo wielu pozytywnych prób, że jesteśmy narodem ubóstwa ruchowego. Jest to dla nas przykre, szczególnie finansowo. Wielu o tym dzisiaj mówiło. Tego problemu nie da się rozwiązać centralnie, przez działania ministerstwa zdrowia, MEN czy też Urzędu Kultury Fizycznej i Turystyki. Do zmian, które muszą nastąpić w świadomości społecznej, wszyscy musimy się włączyć. Najszybciej, najłatwiej i najtaniej można to zrobić w przedszkolach, szkołach i uczelniach. Czym skorupka za młodu nasiąknie, tym na starość trąci. Nieodłączna jest tutaj pomoc mediów. Kultura fizyczna

(senator S. Sikorski)

w tych instytucjach nie może być traktowana jak kula u nogi. Nie można traktować wychowania fizycznego jak przedmiotu, bo zdrowie nie jest przedmiotem. Według Światowej Organizacji Zdrowia określa się je tak: „Jest to stan pełnej świadomości fizycznej i psychicznej”. Przełożę to na język bardziej zrozumiały. Jest to zdolność organizmu do utrzymania równowagi pomiędzy nim samym a środowiskiem, do reagowania na zmianę środowiska i adaptację do niego. I w tym miejscu chciałbym zakończyć.

Chciałbym zarazem podziękować wszystkim inicjatorom dzisiejszej debaty. Jest ona bardzo ważna i należałoby ją częściej przeprowadzać, aby uświadamiać, jaki jest stan zdrowia polskiego społeczeństwa. Dziękuję bardzo za uwagę.

Marszałek Adam Struzik:

Dziękuję bardzo.

Nie widzę pani senator Janowskiej.

W związku z tym stwierdzam, że lista mówców została wyczerpana.

Chciałbym teraz zapytać, czy ktoś z zaproszonych gości chciałby zabrać głos? Wiem, że pan minister Zochowski...

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej Ryszard Zochowski:

Panie Marszałku! Wysoki Senacie! Szanowni Państwo!

Przede wszystkim chciałbym podziękować panu marszałkowi oraz Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia Senatu za cenną inicjatywę podjęcia debaty nad problemem stanu zdrowia naszego społeczeństwa. Tak w wystąpieniu pana marszałka, jak i w wystąpieniach pań i panów senatorów, przedstawione zostały podstawowe problemy zdrowotne i główne zagrożenia życia i zdrowia naszego społeczeństwa. Dały nam obraz faktycznej sytuacji w tej dziedzinie, wskazały na główne trendy, zarówno pozytywne, jak i negatywne oraz, co ważne, zawierały propozycje zmian, kierunków i sposobów naprawy. Sądzę, że taka publiczna, pogłębiona dyskusja pomoże ministrowi zdrowia i opieki społecznej w rozwiązywaniu problemów ochrony zdrowia w naszym kraju.

Głosy w dyskusji wskazywały na złożoność problemu i podkreślały fakt, że wspólne działania mogą dać najbardziej efektywne wyniki. Spraw zdrowia nie należy traktować jednostkowo, dotyczy to już całego społeczeństwa, nas wszystkich. Dlatego musi to być, i *de facto* jest,

rozpatrywane w wymiarze ogólnonarodowym. Wyrazem tego stał się Narodowy Program Zdrowia, jeden z pierwszych uchwalonych w Europie, dający wymierne efekty. Bo efekty tego programu już są. Mówili o tym moi przedmówcy. Wskazywali również oni na opinie rzetelnych naukowców i lekarzy, którzy absolutnie nie zgadzają się ze stwierdzeniami, że stan zdrowia Polaków w ostatnim okresie uległ poprawie. Nie wiem, w imieniu jakich rzetelnych naukowców i rzetelnych lekarzy się wypowiadali. Teraz niech przemówią liczby, niech przemówią fakty.

Dlatego chcę zwrócić uwagę nie na fakt, który był wielokrotnie podkreślany, że w Polsce zwiększa się długość życia u kobiet i u mężczyzn o rok, półtora od 1991 r., ale na to, że zdaniem ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia miało to nastąpić około roku 2020. Nie zakładano, że Polska, jako jedyny kraj dawnej Europy Wschodniej, Środkowej, tak szybko będzie starał się dołączyć do grona państw europejskich, gdzie te wskaźniki są znacznie lepsze. Słuchałem z uwagą, jak porównywano Polskę do Holandii, do Stanów Zjednoczonych, ale również i do Albanii, do Zairu. Muszę powiedzieć, że w obecnej świadomości przeciętnego obywatela w Europie, na świecie i w Polsce, przy obecnym poziomie wiedzy i rozwoju techniki medycznej, nie ma kraju, gdzie można byłoby zaspokoić zapotrzebowanie na najbardziej wyrafinowane świadczenia medyczne, faktycznie ratujące życie, faktycznie przedłużające życie jednostkom. Medycyna stała się bardzo droga. Medycyna nowoczesna będzie coraz droższa.

I dlatego równocześnie z rozwojem medycyny naprawczej należy szukać takich rozwiązań, żebyśmy mieli jak najmniej do czynienia z ludźmi, których trzeba leczyć, a szczególnie z pacjentami, którzy muszą być leczeni z powodu chorób cywilizacyjnych – układu krążenia, nowotworowych. To są choroby, których diagnostyka i leczenie są najdroższe. I dlatego przyszłość leży w zapobieganiu im, w wychowaniu zdrowego społeczeństwa, a nie wyłącznie w szukaniu pieniędzy na poprawę medycyny naprawczej.

Zdaję sobie sprawę, że chcielibyśmy szybciej, chcielibyśmy więcej, lepiej. Ale niewątpliwe są pewne osiągnięcia. Osiągnięcia całego społeczeństwa. Wszyscy są zgodni, iż to, że w Polsce spada zachorowalność i śmiertelność z powodu chorób układu krążenia, nie narasta epidemia chorób nowotworowych, że nastąpiło pewne *plateau*, to osiągnięcie nas wszystkich. Wynikło ono ze zmiany stylu życia, wzrostu poziomu kultury zdrowotnej, eliminacji środowiskowych zagrożeń zdrowotnych, a także z postępu w zakresie opieki zdrowotnej. W tym ostatnim przypadku chodzi przede wszystkim o znaczny rozwój wczesnej diagnostyki chorób, którym tyle poświęcono dzisiaj czasu, a które stanowią główne zagrożenia

(minister R. Żochowski)

zdrowotne. Wymienić tu można chociażby rozwój w Polsce diagnostyki obrazowej. Stworzona została kompleksowa sieć tomografii komputerowej. Aktualnie w publicznych zakładach opieki zdrowotnej znajduje się 160 mammografów. Dążymy do tego, aby w najbliższym czasie było 200 mammografów. Niestety, około 40 trzeba wymienić, gdyż są one starej generacji, a przecież mammografia i diagnostyka ultradźwiękowa oznaczają wczesne rozpoznanie u kobiet chorób nowotworowych, które są wyleczalne. W 1997 r. choroby nowotworowe są na świecie wyleczalne. Dlatego równolegle powinniśmy realizować dwie drogi, doprowadzić do takiej sytuacji, aby zapadalność na nie była coraz mniejsza, a wykrywalność coraz większa.

Między innymi dzięki takim działaniom mogliśmy przystąpić do lepszej realizacji w Narodowym Programie Zdrowia takich celów operacyjnych, jak usprawnianie wczesnej diagnostyki, zwiększenie efektywności leczenia nowotworów złośliwych szyjki macicy i sutka czy usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami z ryzykiem rozwoju niedokrwiennej choroby serca. Inne realizowane cele to wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej, przeszkolenie prawie 1400 lekarzy rodzinnych, utworzenie specjalizacji z medycyny rodzinnej, w której programie problemy promocji zdrowia, profilaktyki, wczesnej diagnostyki są szczególnie eksponowane. Znacznie zwiększa to dostępność do świadczeń, zwłaszcza we wczesnych okresach choroby. Ale to jest tylko połowa sukcesu. Rozwijane są również badania przesiewowe w celu wykrywania chorób układu krążenia, nowotworów, zaburzeń lipidowych. W obecnej chwili włączamy do tych celów wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne. Stacje te, wspólnie z jedną z podstawowych komisji Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, komisją profilaktyki, prowadzą nie tylko szeroką akcję edukacyjną, jeżeli chodzi o choroby układu krążenia, ale również rozpoczynają badania przesiewowe w kierunku zaburzeń lipidowych oraz działania w celu odpowiedniego leczenia dietetycznego, czyli nauczania prawidłowej diety.

W ostatnim czasie opracowany został narodowy program zwalczania nowotworów. Jest to nowy program, przewiduje on komplementarne wyposażenie w aparaturę medyczną 21 regionalnych, ponadwojewódzkich ośrodków onkologicznych w okresie 3-4 lat. Mam głęboką nadzieję, że w roku bieżącym, w ramach linii kredytowej K-200, zostanie dokonany zakup komplementarnej aparatury dla radioterapii oraz 40 wysokiej klasy mammografów dla akademickich i regionalnych ośrodków onkologicznych, jak również dla wybranych zakładów opieki zdrowotnej.

Ze środków pochodzących z realizacji zapisanego w ustawie budżetowej kredytu K-200, mamy szansę wyposażyć polską służbę zdrowia w aparaturę do diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych.

Dofinansowanie kardiologii inwazyjnej i kardiologii w 1996 r. w ramach Narodowego Programu Ochrony Serca, pozwoliło na znaczące zwiększenie liczby procedur medycznych, a dzięki temu nastąpił wzrost dostępności do nowoczesnego i skutecznego leczenia choroby wieńcowej. Chciałbym, żeby te liczby padły z tej trybuny. Mianowicie w latach 1993-1996 liczba badań koronarograficznych zwiększyła się o 200%, angioplastyk wieńcowych o 250%, operacji w krążeniu pozaustrojowym – o 150%.

Proszę państwa, jak mówił pan profesor Religa, to ciągle mało w stosunku do oczekiwań społecznych i problemu, z jakim mamy do czynienia. Ale proszę spojrzeć na te liczby. To jest skok. Chciałbym, żeby udało się nam utrzymać takie tempo, wtedy będziemy się bardzo szybko zbliżali do krajów takich jak Holandia, a coraz bardziej oddalali od takich jak Albania.

W 1996 r. zakupiono aparaturę na potrzeby ośrodków kardiologicznych oraz rehabilitacji kardiologicznej. Były to przetargi na skalę krajową, dotyczące nie pojedynczych zakupów, ale czasami setek i tysięcy. W ciągu ostatnich 5 lat przybyło 360 stanowisk dializacyjnych i 32 stacje dializ. Objęto leczeniem 5 tysięcy 464 osoby. Stanowi to dwukrotny wzrost liczby chorych, korzystających z leczenia nerkozastępczego, w porównaniu z latami poprzednimi, z 1992 r.

Wskaźnik dializowanych, na 1 milion osób, w 1992 r. wynosił 79,1, a w 1996 r. – 141,5. To są konkretne liczby, a nie opinie rzetelnych naukowców i lekarzy. To są liczby.

Teraz to, o czym państwo i ja często czytamy, niepotrzebnie się denerwując. Otóż wzrasta liczba przeszczepów szpiku, szczególnie u dzieci. W 1994 r. – 108 przeszczepów, 1996 r. – 149. Za tymi zabiegami kryją się ludzie, ale również i pieniądze.

W 4 regionach kraju, bydgoskim, poznańskim, łódzkim, wrocławskim, wdrażany jest program opieki prenatalnej, szkoleni są lekarze i średni personel. Wyraźnie poprawiło się wyposażenie oddziałów położniczych i noworodkowych w aparaturę i sprzęt, w szczególności do intensywnego nadzoru noworodków. Światowa Organizacja Zdrowia przyznała 18 szpitalom w Polsce tytuł „Szpital przyjazny dziecku”. W 1997 r. przygotowano do wdrożenia tego programu dalsze 4 regiony: białostocki, krakowski, szczeciński i lubelski.

W 1995 r. została uchwalona długo oczekiwana ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, akt prawny regulujący w sposób nowatorski całokształt zagadnień związanych z ochroną zdrowia

(minister R. Żochowski)

psychicznego. Wprowadzono też w życie program ochrony zdrowia psychicznego. Ustawa ta włączyła do działań promocyjnych na rzecz zdrowia psychicznego także wiele różnych instytucji, nie tylko rządowych i samorządowych. Poprzez swoje regulacje zagwarantowała, między innymi, pełną ochronę praw obywatelskich osobom z zaburzeniami psychicznymi. Działania na przyszłość zostały ujęte w szczegółowych programach polityki zdrowotnej, są to wymieniane tutaj programy: ochrony serca, zwalczania nowotworów złośliwych u kobiet, profilaktyki pierwotnej, zwalczania chorób odtytoniowych polskiej populacji, a także program poprawy rozwoju dializoterapii, ochrony zdrowia psychicznego i opieki prenatalnej.

Państwo zadali pytanie, czy są pieniądze na te programy. Na programy zdrowotne w 1997 r. przeznaczono w budżecie odpowiednio więcej środków, czyli od 82,1% więcej na programy rozwoju dializoterapii, poprzez 76,7% na programy zwalczania chorób nowotworowych, do 60,2% na Narodowy Program Ochrony Serca. Średnio na realizację programów polityki zdrowotnej przeznaczono około 30% więcej pieniędzy w porównaniu do roku ubiegłego. Pozostałe wymagające rozwiązania problemy zdrowotne, dla których nie opracowano programów, staną się przedmiotem dalszej dyskusji i prac w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej. Przykładem są problemy związane z leczeniem urazów kręgosłupa i rdzenia kręgowego.

Panie Marszałku! Szanowni Państwo! Mili Goście! Wysłuchałem dzisiejszej debaty z wielkim zadowoleniem i satysfakcją, ale także ze smutkiem. Dostrzegam częściową aprobatę dla przyjętych przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej kierunków działania na rzecz poprawy stanu zdrowia społeczeństwa i potwierdzenie słuszności zapisów ich nowej edycji na lata 1996 – 2005. Przypomnę państwu, że podstawą Narodowego Programu Zdrowia na te lata jest promocja zdrowia, a celem strategicznym – jego poprawa, jak również poprawa związanego z nim poziomu życia ludności. Ma być to realizowane przez zmianę stylu życia, kształtowanie jego środowiska, a także środowiska pracy sprzyjającego zdrowiu fizycznemu i psychicznemu, oraz zmniejszenie różnic, jeśli chodzi o stan zdrowia i dostęp do świadczeń zdrowotnych. Jest to podejście nowe, zgodne z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia. Temu strategicznemu celowi służy 18 celów operacyjnych i zadań szczegółowych.

Szanowni Państwo! Wiedzieć, chcieć, móc – tak powinniśmy stawiać przed sobą i przed społeczeństwem zagrożenie zdrowia Polaków, naszych dzieci, naszych wnuków. Od rządu, od parlamentu, od Senatu należy oczekiwać, że te trzy filary będą wspierać określone działania.

Najpierw wiedzieć – społeczeństwo musi wiedzieć, jak ma postępować, przed czym się bronić, czego unikać.

Chcieć – musimy wszelkimi metodami doprowadzić do tego, żeby za wiedzą poszła chęć, żeby w społeczeństwie była świadomość, że za zdrowie moje, moich dzieci, moich wnuków nie odpowiada mój lekarz, moja pielęgniarka, ale w pierwszym rzędzie ja sam.

Wreszcie móc – te warunki musimy stworzyć my, żebyśmy mogli inwestować w zdrowie.

Zatem cele operacyjne Narodowego Programu Zdrowia to modyfikacja stylu życia, edukacja zdrowotna, eliminacja bądź redukcja zagrożeń, usprawnienie działań zapobiegawczych i rozwoju wczesnej diagnostyki w chorobach, które stanowią główne zagrożenia dla zdrowia.

To są zagadnienia, z którym spotykamy się i musimy je spotykać zarówno w przedszkolu, jak i w szkole, w telewizji i na billboardach. Musimy uczyć dzieci, musimy przekonywać rodziców, musimy brutalnej kampanii nikotynowej przeciwstawić głośną kampanię antynikotynową. Z przyjemnością chciałbym powiedzieć, że nie jest prawdą, iż prowadzona jest polityka pronikotynowa. Po wiem coś przeciwnego, w ostatnim czasie możemy powiedzieć z pełną odpowiedzialnością, że spada liczba osób palących papierosy. Przemysł tytoniowy zaczyna się niepokoić, że spada sprzedaż produktów tytoniowych. Nie ma działania obliczonego na efekt protytoniowy.

W odróżnieniu od poprzednich wersji Narodowego Programu Zdrowia jego znowelizowany wariant kierowany jest przede wszystkim do samorządów i społeczności lokalnych oraz organizacji pozarządowych, nakłada jednocześnie określone zadania na administrację państwową. Tekst Narodowego Programu Zdrowia został przekazany zainteresowanym resortom, wojewodom, sejmikom samorządowym, jednostkom służby zdrowia do rozpowszechnienia w terenie. Wojewodowie w uzgodnieniu z sejmikami samorządowymi powołali swych pełnomocników do realizacji Narodowego Programu Zdrowia w terenie. Są oni i będą koordynatorami programu, a ich kompetencje, wiedza i doświadczenie stanowią podstawę dobrej prognozy i działań.

Liczymy na efektywne działanie całego społeczeństwa, a w szczególności organizacji społecznych i wszystkich osób dotychczas zaangażowanych w ruch prozdrowotny w terenie. W najbliższym czasie, najprawdopodobniej w ostatnich dniach maja albo w pierwszych dniach czerwca, planujemy rozpoczęcie cyklu szkoleń dla pełnomocników. Mamy informacje o pozytywnym odbiorze programów w terenie, niektóre województwa przygotowały własny system wdrażania Narodowego Programu Zdrowia, biorąc pod uwagę sytuację zdrowotną i specyfikę województw. Spotkanie pełnomocników a także wspólne szkolenia będą, moim zdaniem, dobrą sposobnością do

(minister R. Żochowski)

wymiany między województwami doświadczeń w tym zakresie. Liczymy, że instytucja pełnomocnika do spraw realizacji Narodowego Programu Zdrowia będzie osią skutecznego wdrażania programu.

W resorcie zdrowia i opieki społecznej bliskie ukończenia są prace nad harmonogramem realizacji Narodowego Programu Zdrowia i nad programem monitorowania jego celów operacyjnych. Celowe byłoby podniesienie go do rangi strategicznego programu rządowego.

Panie Marszałku! Szanowni Państwo! Lepiej być zdrowym niż najlepiej leczonym. Chciałbym, abyśmy o tym pamiętali przez całe nasze normalne życie w domu i przez cały okres naszej aktywności politycznej. Chciałbym również, żebyśmy pamiętali, jak ważne jest to, byśmy sami podjęli działania w tym celu, aby żyło się nam lepiej i zdrowiej.

Biskup Ignacy Krasicki przed wielu laty przewidywał działania, które powinny nam przyświecać, gdy mówimy o profilaktyce:

„W jedną stronę szli razem i człowiek, i zdrowie.
Na początku biegł człowiek, a zdrowie mu
powie:

«Nie spiesz się, bo ustanieś.»
Biegł jeszcze tym bardziej.
Widząc zdrowie, że człowiek jego
towarzystwem gardzi,

szło za nim, ale z wolna.
Przyszli na pół drogi,
aż człowiek, że z początku nadwyręził nogi,
zelżył kroku.

Za jego rozkazem
przybliżyło się zdrowie i odtąd szli razem.
Coraz człowiek ustawał, aż się zadyszał.
«Prowadź mnie. Iść nie mogę.» – rzekł
do towarzysza.

«Było zrazu mnie słuchać» – natenczas mu
rzekło.

Człowiek chciał odpowiedzieć, lecz zdrowie
ucieкло”.

Nie dopuścimy, żeby tak się stało! Dziękuję
bardzo. (Oklaski).

Marszałek Adam Struzik:

Dziękuję bardzo panu ministrowi za wystąpienie.

O umożliwienie mu zabrania głosu prosił pan
Lech Drożdżyński, wiceprezes Urzędu Kultury
Fizycznej i Turystyki.

Bardzo proszę, Panie Prezesie.

Wiceprezes Urzędu Kultury Fizycznej i Turystyki Lech Drożdżyński:

Panie Marszałku! Wysoka Rado! Szanowni
Państwo!

Reprezentuję Urząd Kultury Fizycznej i Turystyki, który na co dzień zajmuje się tym, o czym

państwo z taką żarliwością mówicie w dniu dzisiejszym. My chcemy mówić o ofercie. Chcemy mówić w dalszym ciągu, ale w przyjemniejszych kategoriach, o tym jaką rolę powinna odgrywać kultura fizyczna w społeczeństwie, aby nie dochodziło do sytuacji, o których z taką pasją mówił przed chwileczką pan minister.

Chciałem poinformować, że Urząd Kultury Fizycznej i Turystyki razem z resortami zdrowia i edukacji prowadzi wspólną batalię na rzecz upowszechniania kultury fizycznej, sportu i rekreacji w całym społeczeństwie. Podstawą tych działań są założenia rozwoju kultury fizycznej do 2004 r., nowa ustawa o kulturze fizycznej, która została wdrożona, oraz wykładnia Narodowego Programu Zdrowia w tych częściach, które dotyczą spraw upowszechniania kultury fizycznej w środowisku. Chciałbym również wspomnieć o innym opracowaniu. Jeżeli można, to przypomnę pewien wspólny dokument, przygotowany podczas interdyscyplinarnej krajowej konferencji „Prozdrowotne wychowanie fizyczne i sport dzieci i młodzieży”. Dokument ten powstał właśnie z inicjatywy państwa, Senatu Rzeczypospolitej Polskiej, Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej i Wojskowej Akademii Medycznej przy naszym, to znaczy Urzędu Kultury Fizycznej i Turystyki, wsparciu, a jego założenia były realizowane i wdrażane.

Chciałbym, z upoważnienia prezesa Urzędu Kultury Fizycznej i Turystyki, podzielić się z państwem pewnymi ogólnymi uwagami, które dotyczą aktualnych problemów kultury fizycznej w aspekcie Narodowego Programu Zdrowia. Wiele spraw, o których tu mówiono, to konsekwencja poczynań, które leżą w sferze działania Urzędu Kultury Fizycznej i Turystyki, resortu zdrowia, oświaty, różnych podmiotów, stowarzyszeń i organizacji pozarządowych, które zajmują się tymi sprawami.

Urząd, który reprezentuję, prowadził w Polsce przez wiele lat badania sprawności fizycznej Polaków. Wyniki badań profesorów Cześniowskiego i Przewędy nie do końca potwierdzają, czy też nie potwierdzają w ogóle, powszechnej opinii o spadku sprawności fizycznej młodych pokoleń, ale we wnioskach panowie profesorowie nakazują zwrócić szczególną uwagę na młodzież, tak jak już tutaj mówiono, zwłaszcza na tę ze środowisk wiejskich i z rodzin o niskim statusie społecznym. W naszym przekonaniu optymizmu nie budzi także stan zdrowia i sprawność polskich studentów. Około 40% z nich kwalifikuje się do grup dyspanseryjnych. Niekorzystnie oceniono też sprawność i zdrowie młodzieży rozpoczynającej służbę wojskową.

Liczbę osób niepełnosprawnych w Polsce szacuje się na około 4,8 miliona. Najczęściej występują schorzenia układu ruchu, układu krążenia, uszkodzenia narządu ruchu, choroby neurologi-

(wiceprezes L. Drożdżyński)

czne, narządu wzroku, upośledzenie umysłowe. W naszym przekonaniu, niepokojące są również patologiczne zjawiska występujące wśród młodzieży: chuligaństwo, narkomania, alkoholizm, agresja i przemoc. Ten niekorzystny obraz dopełniają statystyki, mówiące o niskim poziomie aktywności sportowej Polaków. Chciałbym tu przytoczyć pewne dane: około 60-70% młodzieży w wieku szkolnym ma kontakt ze sportem, aktywnie w nim uczestniczy, ale już w szkołach ponadpodstawowych wielkość ta spada do 30-35%, z tym że w zdecydowanej większości grupę tę stanowią chłopcy, bo sportem zajmuje się około 35% z nich, a tylko 17% dziewcząt. Wśród trzynaściopięciolatek wskaźnik ten spada do 13%! Tylko 8% kobiet aktywnie uczestniczy w rekreacji ruchowej, różnych jej formach. U ludzi w wieku emerytalnym obserwujemy proces biernego uczestnictwa w wypoczynku, oglądanie telewizji, odwiedzanie rodzin, w niewielkim stopniu mamy do czynienia z rekreacją fizyczną.

Urząd Kultury Fizycznej i Turystyki w ciągu ostatnich 3 lat wyszedł zatem z propozycją wdrożenia 9 programów: programu sportu wszystkich dzieci, szkolenia młodzieży uzdolnionej sportowo, sportu wyczynowego, sportu dla wszystkich, sportu wyczynowego studentów, kultury fizycznej w środowisku akademickim, a w bieżącym roku dużego programu upowszechniania sportu w środowisku wiejskim, jak również sportu osób niepełnosprawnych. Oddzielnym wielkim programem, również prowadzonym dzięki Wysokiemu Senatowi, jest program inwestycyjny z odpisu od gier losowych, z którego realizowane są inwestycje sportowe.

W ciągu ostatnich 2 lat nastąpił znaczny procentowy wzrost liczby dzieci i młodzieży w grupie wiekowej 12-15 lat, które uczestniczą w rekreacji sportowej. Wskaźnik ten osiągnął poziom 29-30% i mam nadzieję, że w najbliższym czasie zdecydowanie wzrośnie. Do końca kwietnia bieżącego roku zarejestrowano 3 tysiące 223 stowarzyszeniowe uczniowskie kluby sportowe. Planowane jest powstanie w najbliższym czasie ponad 400 uczniowskich klubów sportowych w środowisku wiejskich szkół rolniczych. Wspólnie z radą główną Ludowych Zespołów Sportowych przygotowujemy program powszechnego uczestnictwa dzieci i młodzieży ze środowisk wiejskich w różnych formach aktywności. W jej nowych formach, takich jak igrzyska młodzieży szkolnej, uczestniczyło czynnie ponad 2 tysiące dzieci, a w olimpiadzie młodzieży – ponad 14 tysięcy osób już wybranych do działalności sportowej.

Wiele problemów inwestycyjnych, o których mówi się na co dzień, dotyczy obiektów sportowych. W 1995 r. na realizację inwestycji sportowych przekazano kwotę 47 milionów złotych

z dopłat od gier losowych, z totalizatora; w 1997 r. – 170 milionów złotych. Środki te przeznaczono na budowę sal gimnastycznych o różnych parametrach, zbudowano 29 pływalni, 96 jest w budowie, zbudowano 49 stadionów i 60 pełnowymiarowych hal sportowych. W tym roku zostaną oddane 74 duże obiekty sportowe, 76 mniejszych hal sportowych, 31 stadionów itd. To są nowe miejsca, które znajdują się na mapie Polski w odniesieniu do oferty zagospodarowania wolnego czasu dzieci i młodzieży.

Chciałbym poinformować Wysoką Izbę, że akademie wychowania fizycznego, podległe nam resortowo, kształcą około 2 tysięcy 800 studentów, a w latach 1994-1996 wykształciły 18,5 tysiąca absolwentów. Wielkim problemem jest los tych absolwentów, gdyż nie wszyscy podejmują pracę w szkolnictwie.

Znamienna jest sprawa trzeciej godziny wychowania fizycznego oraz oferty, która wynika z ustawy o kulturze fizycznej, a dotyczy czwartej i piątej godziny wychowania fizycznego. Urząd Kultury Fizycznej uważa, że wprowadzenie czwartej i piątej godziny wychowania fizycznego nie powinno zostać zakłócone. Kształcimy i szkolimy trenerów, nauczycieli i instruktorów. Powstał też nowy obszar związany z wolontariuszami działającymi w różnych grupach wiekowych społeczeństwa uczestniczącego w kulturze fizycznej.

Integralną częścią wszystkich naszych programów jest również współpraca z naukowcami, w tym z kadrą naukowo-badawczą uczelni, instytutów i innych ośrodków kształcenia.

Panie Marszałku! Wysoka Izbo! Dokonując bardzo wielkiego skrótu, chciałbym poinformować Senat, że działania związane z realizacją programu sportu dzieci i młodzieży do 2004 r., sprawy dotyczące osób ujętych w poszczególnych zadaniach, wynikających z 9 programów, dają asumpt, aby o sprawach kultury fizycznej, rekreacji i rehabilitacji ruchowej oraz rekreacji fizycznej, turystyki i krajoznawstwa w pewnych aspektach mówić z optymizmem. Dziękuję bardzo.

Marszałek Adam Struzik:

Dziękuję bardzo, Panie Prezesie.

Ponieważ w czasie debaty zostały zgłoszone wnioski o charakterze legislacyjnym, proponuję, na podstawie art. 63a ust. 1 Regulaminu Senatu skierować projekt uchwały do Komisji Inicjatyw i Prac Ustawodawczych oraz Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia.

Jeżeli nie usłyszę innych propozycji, uznam, że Senat przyjął propozycję Prezydium Senatu skierowania projektu uchwały do wymienionych komisji senackich, w których będą odbywały się dalsze prace.

(marszałek A. Struzik)

Wobec braku innych propozycji stwierdzam, że Senat skierował projekt uchwały do Komisji Inicjatyw i Prac Ustawodawczych oraz Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia.

Chciałbym jeszcze przypomnieć, że zgodnie z art. 63a ust. 2 Regulaminu Senatu komisje obradują nad projektem wspólnie i w posiedzeniu tych komisji obowiązany jest uczestniczyć przedstawiciel wnioskodawców. Prawo udziału w posiedzeniu komisji, zgodnie z art. 53 ust. 2 Regulaminu Senatu, mają senatorowie, którzy nie są jej członkami. Mogą oni zabierać głos w dyskusji i składać wnioski, ale nie mają prawa udziału w głosowaniach.

Dziękuję serdecznie wszystkim naszym gościom, a także tym senatorom, którzy zaangażowali się w przygotowanie tej ważnej debaty.

Uważam, że powinniśmy oceniać sytuację obiektywnie, na podstawie rzeczywistych danych naukowych. Powinniśmy poszukiwać praktycznych rozwiązań również poprzez działania na rzecz zwiększenia finansowania medycyny naprawczej, ale przede wszystkim poprzez programy profilaktyczne. Dziękuję bardzo.

Proszę pana sekretarza o odczytanie komunikatów.

Senator Sekretarz Eugeniusz Grzeszczak:

Posiedzenie Klubu Polskiego Stronnictwa Ludowego odbędzie się po ogłoszeniu przerwy w sali nr 23 w budynku G.

Druga część posiedzenia Komisji Samorządu Terytorialnego i Administracji Państwowej, na którym przeprowadzone zostaną głosowania nad poprawkami zgłoszonymi do ustawy „Prawo o ruchu drogowym”, rozpocznie się po ogłoszeniu przerwy w sali nr 182.

Wspólne posiedzenie Komisji Ochrony Środowiska oraz Komisji Samorządu Terytorialnego i Administracji Państwowej w celu dokończenia głosowania nad wnioskami zgłoszonymi do ustawy o odpadach odbędzie się 30 minut po ogłoszeniu przerwy w sali nr 182.

Posiedzenie Komisji Gospodarki Narodowej, poświęcone ustawie „Prawo drogowe” oraz ustawie o odpadach, odbędzie się po ogłoszeniu przerwy w sali nr 179. Dziękuję.

Marszałek Adam Struzik:

Dziękuję bardzo.

Zarządzam przerwę do godziny 17.30.

Proszę przybyć na salę niezwłocznie, ponieważ przystąpimy do głosowań. Dziękuję bardzo.

(Przerwa w obradach od godziny 15 minut 46
do godziny 17 minut 35)

Marszałek Adam Struzik:

Proszę państwa senatorów na salę. Proszę włączyć gong i wezwać senatorów.

Powracamy do punktu pierwszego porządku dziennego: stanowisko Senatu w sprawie ustawy o Inspekcji Celnej.

Przypominam, że w czasie przerwy w obradach odbyło się posiedzenie Komisji Inicjatyw i Prac Ustawodawczych, Komisji Samorządu Terytorialnego i Administracji Państwowej, Komisji Gospodarki Narodowej oraz Komisji Spraw Zagranicznych i Międzynarodowych Stosunków Gospodarczych, które ustosunkowały się do wszystkich wniosków przedstawionych w trakcie debaty.

Przypominam, że debata nad rozpatrywaną ustawą została zakończona i obecnie, zgodnie z art. 45 ust. 3 Regulaminu Senatu, głos mogą zabrać jedynie sprawozdawcy i wnioskodawcy.

Proszę o zabranie głosu i przedstawienie uzgodnionych na posiedzeniu wniosków sprawozdawcy połączonych komisji, panią senator Elżbietę Solską.

Senator Elżbieta Solska:

Panie Marszałku! Wysoki Senacie!

W imieniu czterech połączonych komisji, to jest Komisji Samorządu Terytorialnego i Administracji Państwowej, Komisji Spraw Zagranicznych i Międzynarodowych Stosunków Gospodarczych, Komisji Inicjatyw i Prac Ustawodawczych oraz Komisji Gospodarki Narodowej, mam zaszczyt przedstawić Wysokiemu Senatowi sprawozdanie zawarte w druku nr 503Z.

Na dzisiejszym posiedzeniu komisje, po rozpatrzeniu wniosków zgłaszanych w trakcie przeprowadzonej 14 maja debaty nad ustawą o Inspekcji Celnej, rekomendują Wysokiemu Senatowi poprawki: pierwszą, drugą, trzecią, piątą, szóstą, siódmą, dziewiątą, dziesiątą, jedenastą, dwunastą, trzynastą, czternastą, piętnastą, siedemnastą, osiemnastą, dziewiętnastą, dwudziestą, dwudziestą pierwszą, dwudziestą drugą, dwudziestą trzecią, dwudziestą czwartą, dwudziestą piątą, dwudziestą szóstą, dwudziestą siódmą, dwudziestą ósmą, dwudziestą dziewiątą, trzydziestą, trzydziestą drugą, trzydziestą trzecią, trzydziestą czwartą, trzydziestą piątą, trzydziestą szóstą, trzydziestą dziewiątą, czterdziestą, czterdziestą drugą, czterdziestą trzecią, czterdziestą piątą, czterdziestą szóstą, czterdziestą siódmą, czterdziestą ósmą, pięćdziesiątą, a więc większość poprawek zgłoszonych podczas debaty oraz w sprawozdaniach poszczególnych komisji.

W związku tym nie będę ich omawiała ani wskazywała, które są najważniejsze, bo wszystkie są ważne. Proszę o ich przyjęcie. Dziękuję.

Marszałek Adam Struzik:

Dziękuję.

Głos może jeszcze zabrać pan senator Andrzejewski, pan senator Madej, pani senator Solska oraz sprawozdawcy: pan senator Daraż, pan senator Strażewicz oraz również pani senator Elżbieta Solska. Czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos? Nie widzę zgłoszeń.

Przechodzimy do głosowania w sprawie ustawy o Inspekcji Celnej.

Przypominam, że w tej sprawie w trakcie debaty komisje oraz senatorowie wnioskodawcy przedstawili wnioski o wprowadzenie poprawek do ustawy. Informuję, że zgodnie z art. 47 ust. 1 Regulaminu Senatu kolejne głosowania nad przedstawionymi wnioskami zostaną przeprowadzone według kolejności przepisów ustawy.

Przystępujemy do głosowania nad przedstawionymi poprawkami. Państwo mają druki senackie. Poprawki są zamieszczone w druku nr 503Z.

Poprawka pierwsza. „W art. 1 ust. 1 wyraz «skutków» skreśla się”. Poprawka usuwa zbędny wyraz z przepisów art. 1 ust. 1, ograniczający kompetencje inspekcji celnej. Została poparta przez połączone komisje.

Proszę o naciśnięcie przycisku obecności.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki, proszę o naciśnięcie przyciska „za” i podniesienie ręki.

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na obecnych 62 senatorów wszyscy głosowali za. **(Głosowanie nr 1).**

Stwierdzam, że Senat przyjął poprawkę pierwszą.

Poprawka druga. „W art. 1 w ust. 2 w pkt 1 lit. c otrzymuje brzmienie: «wprowadzania na polski obszar celny i wyprowadzania z tego obszaru środków płatniczych pochodzących z przestępstw»”. Poprawka druga powiększa katalog przestępstw, wymienionych w art. 1 w ust. 2 w pkt 1 ustawy, których wykrywanie należy do zadań Inspekcji Celnej. Poprawka zyskała poparcie połączonych komisji.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki, proszę o naciśnięcie przycisku „za” i podniesienie ręki.

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał od głosu?

Jeszcze jedna osoba nie głosowała.

Dziękuję. Proszę o wynik.

Na obecnych 65 senatorów 64 głosowało za, 1 osoba nie głosowała. **(Głosowanie nr 2).**

Stwierdzam, że Senat przyjął poprawkę drugą.

Poprawka trzecia. „W art. 1 w ust. 2 pkt 2 otrzymuje brzmienie: «kontrola legalności pochodzenia towarów dopuszczonych do obrotu na

polskim obszarze celnym lub do wywozu za granicę, albo mających inne przeznaczenie celne, w wypadkach gdy zostały zakończone procedury celne»”. Jest to poprawka poparta przez połączone komisje. Zmierza do precyzyjnego wskazania, że zadaniem Inspekcji Celnej nie jest kontrola towarów, ale kontrola legalności pochodzenia towarów.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki, proszę o naciśnięcie przycisku „za” i podniesienie ręki.

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał od głosu?

Damy jeszcze panom szansę, bardzo proszę. Mogą panowie głosować, bo jeszcze nie zakończyłem.

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na obecnych 72 senatorów wszyscy głosowali za. **(Głosowanie nr 3).**

Stwierdzam, że Senat przyjął poprawkę trzecią.

Poprawka czwarta. „W art. 1 w ust. 2 pkt 4 otrzymuje brzmienie: «ochrona życia i zdrowia funkcjonariuszy celnych oraz mienia znajdującego się w dyspozycji administracji celnej, na wniosek organu celnego i w wypadkach wystąpienia okoliczności wskazujących na realne zagrożenie bezprawnym zamachem»”. Poprawka senatora Andrzejewskiego doprecyzowuje jedno z zadań Inspekcji Celnej i dostosowuje jego brzmienie do terminologii innych ustaw.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki, proszę o naciśnięcie przycisku „za” i podniesienie ręki

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na obecnych 73 senatorów 28 głosowało za, 37 – przeciw, 8 wstrzymało się od głosu. **(Głosowanie nr 4).**

Stwierdzam, że Senat nie przyjął poprawki czwartej.

Poprawka piąta. „W art. 1 w ust. 2 w pkt 7 po wyrazach «współpraca i współdziałanie z» dodaje się wyrazy «Głównym Urzędem Cel oraz»”. Poprawka, poparta przez połączone komisje, wskazuje Główny Urząd Cel jako najważniejszy urząd, z którym współpracuje Inspekcja Celna.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki, proszę o naciśnięcie przycisku „za” i podniesienie ręki.

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na obecnych 73 senatorów wszyscy głosowali za. **(Głosowanie nr 5).**

Stwierdzam, że Senat przyjął poprawkę piątą.

Poprawka szósta. „W art. 1 w ust. 2 w pkt 7 wyraz «dla» zastępuje się wyrazem «do»”. Poprawka ma charakter językowy, została poparta przez połączone komisje.

(marszałek A. Struzik)

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki, proszę o naciśnięcie przycisku „za” i podniesienie ręki.

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na obecnych 75 senatorów 65 głosowało za, 7 – przeciw, 2 wstrzymało się od głosu, 1 nie głosował. (**Głosowanie nr 6**).

Stwierdzam, że Senat przyjął poprawkę szóstą.

Nad poprawkami siódmą, czterdziestą drugą i czterdziestą piątą będziemy głosowali łącznie. Nie będę ich czytał, państwo mają je w druku.

Poprawka siódma zmierza do jednoznacznego wskazania, że funkcjonariusze Inspekcji Celnej nie prowadzą postępowań przygotowawczych, lecz wykonują czynności w tych postępowaniach.

Poprawka czterdziesta druga zmierza do jednoznacznego wskazania, że dochodzenie w niektórych sprawach karnych może prowadzić Inspekcja Celna i ma ona uprawnienia procesowe Policji.

Poprawka czterdziesta piąta zmierza do jednoznacznego wskazania, że dochodzenie w niektórych sprawach karnych skarbowych może prowadzić Inspekcja Celna.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tych poprawek, proszę o naciśnięcie przycisku „za” i podniesienie ręki.

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 76 obecnych senatorów 73 głosowało za, 1 – przeciw, 1 wstrzymał się od głosu, 1 nie głosował. (**Głosowanie nr 7**).

Poprawki zostały przyjęte.

W poprawce ósmej zmierza się do tego, aby wszystkie osoby zatrudnione w Inspekcji Celnej na stanowiskach kierowniczych były funkcjonariuszami tej inspekcji. Jest to poprawka Komisji Gospodarki Narodowej.

Umówmy się, proszę państwa, że ja już nie będę czytał treści poprawek, bo to jest zawarte w druku.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 78 obecnych senatorów 23 głosowało za, 47 – przeciw, 8 wstrzymało się od głosu. (**Głosowanie nr 8**).

Poprawka nie została przyjęta.

W poprawce dziewiątej wyłącza się stosowanie przepisów o służbie cywilnej do Inspekcji Celnej. Poprawka jest poparta przez połączone komisje.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał od głosu?

Dziękuję.

Proszę o wyniki.

Na 78 obecnych senatorów 74 głosowało za, 2 – przeciw, 1 się wstrzymał od głosu, 1 nie głosował. (**Głosowanie nr 9**).

Poprawka została przyjęta.

Poprawka dziesiąta ma charakter stylistyczny, została poparta przez połączone komisje.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 80 obecnych senatorów 76 głosowało za, 1 – przeciw, 3 się wstrzymało od głosu. (**Głosowanie nr 10**).

Poprawka została przyjęta.

Poprawka jedenasta również ma charakter stylistyczny, też została poparta przez połączone komisje.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał od głosu?

Jeszcze dwie osoby nie głosowały.

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 81 obecnych senatorów 78 głosowało za, nikt nie głosował przeciw, 2 wstrzymało się od głosu, 1 nie głosował. (**Głosowanie nr 11**).

Poprawka została przyjęta.

Nad poprawkami dwunastą i czternastą będziemy głosowali łącznie.

W poprawce dwunastej nakłada się na funkcjonariuszy Inspekcji Celnej obowiązek ponownego umieszczania zamknięć celnych, a poprawka czternasta jest konsekwencją poprawki dwunastej. Obie poprawki zostały poparte przez połączone komisje.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tych poprawek?

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 81 obecnych senatorów wszyscy głosowali za przyjęciem poprawek. (**Głosowanie nr 12**).

Poprawki zostały przyjęte.

Poprawka trzynasta ma charakter stylistyczny, została poparta przez połączone komisje.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 81 obecnych senatorów 75 głosowało za, 1 – przeciw, 3 wstrzymało się od głosu, 2 nie głosowało. (**Głosowanie nr 13**).

Poprawka została przyjęta.

Nad poprawką czternastą już głosowaliśmy.

(marszałek A. Struzik)

W poprawce piętnastej usuwa się zbędną delegację dla ministra finansów. Poprawka została poparta przez połączone komisje.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 81 obecnych senatorów 78 głosowało za, nikt nie głosował przeciw, 3 wstrzymało się od głosu. (**Głosowanie nr 14**).

Poprawka została przyjęta.

Poprawka..., momencik, proszę państwa.

Proszę państwa, niestety, nie mam w scenariuszu tekstu dwóch poprawek, ale państwo mają to w druku.

Chodzi o poprawkę pani senator Elżbiety Solskiej, która proponuje nowe brzmienie ust. 1 w art. 10: „Generalny Inspektor Celny ma prawo żądać od banków informacji o obrotach i stanach rachunków bankowych w związku z toczącą się sprawą karną lub karną skarbową o przestępstwo popełnione w zakresie działalności osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nie posiadającej osobowości prawnej, która jest posiadaczem rachunku”.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 79 obecnych senatorów 21 głosowało za, 45 – przeciw, 13 się wstrzymało od głosu. (**Głosowanie nr 15**).

Poprawka nie została przyjęta.

Poprawka siedemnasta brzmi: „w art. 15 w-razy «zgodnie z terytorialnym zasięgiem swego działania» skreśla się”. Została poparta przez połączone komisje.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 75 obecnych senatorów 72 głosowało za, 2 – przeciw, nikt się nie wstrzymał od głosu, 1 nie głosował. (**Głosowanie nr 16**).

Poprawka została przyjęta.

Poprawka osiemnasta ma charakter stylistyczny, została poparta przez połączone komisje.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 79 obecnych senatorów 76 głosowało za, nikt nie głosował przeciw, 1 wstrzymał się od głosu, 2 nie głosowało. (**Głosowanie nr 17**).

Poprawka została przyjęta.

Poprawka dziewiętnasta również ma charakter stylistyczny, została poparta przez połączone komisje.

Przystępujemy do głosowania.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 79 obecnych senatorów wszyscy głosowali za przyjęciem poprawki. (**Głosowanie nr 18**).

Poprawka została przyjęta.

W poprawce dwudziestej wprowadza się wyjątek od zasady uczestniczenia kontrolowanego w czynnościach kontrolnych. Jest to poprawka senatora Andrzejewskiego poparta przez połączone komisje.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 79 obecnych senatorów 67 głosowało za, 10 – przeciw, 1 wstrzymał się od głosu, 1 nie głosował. (**Głosowanie nr 19**).

Poprawka została przyjęta.

Poprawka dwudziesta pierwsza ma charakter językowy, została poparta przez połączone komisje.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 79 obecnych senatorów 70 głosowało za, 6 – przeciw, 3 wstrzymało się od głosu. (**Głosowanie nr 20**).

Poprawka została przyjęta.

W poprawce dwudziestej drugiej daje się kontrahentom kontrolowanego prawa przysługujące kontrolowanemu i nakłada na nich obowiązki kontrolowanego w przypadku sprawdzania u nich prawidłowości i rzetelności dokumentów. Jest to poprawka senatora Andrzejewskiego poparta przez połączone komisje.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto wstrzymał się od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 79 obecnych senatorów 69 głosowało za, 8 – przeciw, 2 wstrzymało się od głosu. (**Głosowanie nr 21**).

Poprawka została przyjęta.

Poprawka dwudziesta trzecia ma charakter językowy. Została poparta przez połączone komisje.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

(marszałek A. Struzik)

Kto wstrzymał się od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 79 obecnych senatorów 67 głosowało za, 10 – przeciw, 2 wstrzymało się od głosu. (**Głosowanie nr 22**).

Poprawka została przyjęta.

Poprawka dwudziesta czwarta eliminuje możliwość wykorzystania wyników kontroli do formułowania wniosków w zakresie postępowania egzekucyjnego w administracji. Jest to poprawka poparta przez połączone komisje.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto wstrzymał się od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 81 obecnych senatorów 72 głosowało za, 1 – przeciw, 6 wstrzymało się od głosu, 2 nie głosowało. (**Głosowanie nr 23**).

Poprawka została przyjęta.

Poprawka dwudziesta piąta eliminuje możliwość podejmowania czynności operacyjno-rozpoznawczych w celu uzyskania rozpoznania w zakresie ewentualnego naruszenia prawa lub innego rodzaju narażenia interesów i praw majątkowych skarbu państwa. Jest to poprawka poparta przez połączone komisje.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto wstrzymał się od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 81 obecnych senatorów 78 głosowało za, 3 – przeciw, nikt nie wstrzymał się od głosu. (**Głosowanie nr 24**).

Poprawka została przyjęta.

Poprawka dwudziesta szósta ma charakter językowy. Jest poparta przez połączone komisje.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto wstrzymał się od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 81 obecnych senatorów 62 głosowało za, 13 – przeciw, 5 wstrzymało się od głosu, 1 nie głosował. (**Głosowanie nr 25**).

Poprawka została przyjęta.

Poprawka dwudziesta siódma daje prokuratorowi prawo do żądania informacji dotyczących czynności operacyjno-rozpoznawczych Inspekcji Celnej. Jest to poprawka poparta przez połączone komisje.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto wstrzymał się od głosu?

Dziękuję.

Proszę o wyniki.

Na 80 obecnych senatorów 74 głosowało za, 2 – przeciw, 4 wstrzymało się od głosu. (**Głosowanie nr 26**).

Poprawka została przyjęta.

Poprawka dwudziesta ósma ma charakter językowy. Jest poparta przez połączone komisje.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki?

(Senator Dorota Simonides: Nie działa.)

(Senator Ryszard Jarzembowski: Nie działa przycisk „za”).

(Senator Jerzy Madej: Aparatura przegrzała się.)

Widzę, że nie działa, momencik.

Kto jest przeciw?

Kto wstrzymał się od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 79 obecnych senatorów 66 głosowało za, 9 – przeciw, 3 wstrzymało się od głosu, 1 nie głosował. (**Głosowanie nr 27**).

Poprawka została przyjęta.

Poprawka dwudziesta dziewiąta rozszerza delegację dla ministra finansów zawartą dotychczas w art. 29 ust. 5. W myśl poprawki odszkodowanie z funduszu operacyjnego będzie przysługiwało także tym osobom lub członkom ich rodzin, które utraciły życie albo poniosły uszczerbek na zdrowiu lub mieniu w związku z pomocą, o której mowa w art. 7 w pktach 6 i 7. Jest to poprawka senatora Andrzejewskiego poparta przez połączone komisje.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto wstrzymał się od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 82 obecnych senatorów 66 głosowało za, 13 – przeciw, 3 wstrzymało się od głosu. (**Głosowanie nr 28**).

Poprawka została przyjęta.

Poprawka trzydziesta zmierza do tego, aby nie określać w ustawie wysokości dodatku inspekcijnego do wynagrodzenia funkcjonariuszy Inspekcji Celnej. Jest to poprawka poparta przez połączone komisje.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto wstrzymał się od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 82 obecnych senatorów 70 głosowało za, 6 – przeciw, 6 wstrzymało się od głosu. (**Głosowanie nr 29**).

Poprawka została przyjęta.

Przechodzimy teraz do poprawki trzydziestej drugiej i trzydziestej trzeciej. Głosujemy nad obiema poprawkami łącznie.

Poprawka trzydziesta druga wprowadza kolejny warunek powołania na stanowisko funkcjonariusza Inspekcji Celnej, a następna poprawka

(marszałek A. Struzik)

jest jej konsekwencją. Są to poprawki poparte przez połączone komisje.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tych poprawek?

Kto jest przeciw?

Kto wstrzymał się od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 81 obecnych senatorów 70 głosowało za, 6 – przeciw, 4 wstrzymało się od głosu, 1 senator nie głosował. (**Głosowanie nr 30**).

Poprawki zostały przyjęte.

Poprawka trzydziesta czwarta eliminuje obowiązek dalszego zatrudniania w Inspekcji Celnej funkcjonariusza odwołanego z powodu złożenia rezygnacji lub dwukrotnego otrzymania negatywnej oceny kwalifikacyjnej. Poprawka jest poparta przez połączone komisje.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto wstrzymał się od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 81 obecnych senatorów 79 głosowało za, nikt nie był przeciw, 2 senatorów wstrzymało się od głosu. (**Głosowanie nr 31**).

Poprawka została przyjęta.

Poprawka trzydziesta piąta ogranicza możliwość wykonywania dodatkowych prac zarobkowych przez funkcjonariuszy Inspekcji Celnej do działalności publicystycznej i dydaktycznej oraz prac na zlecenie organu administracji państwowej. Jest to poprawka poparta przez połączone komisje.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto wstrzymał się od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 82 obecnych senatorów 77 głosowało za, 4 – przeciw, 1 senator wstrzymał się od głosu. (**Głosowanie nr 32**).

Poprawka została przyjęta.

Poprawka trzydziesta szósta usuwa błąd stylistyczny. Jest poparta przez połączone komisje.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto wstrzymał się od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 82 obecnych senatorów 78 głosowało za, 1 – przeciw, 1 wstrzymał się od głosu, 2 nie głosowało. (**Głosowanie nr 33**).

Poprawka została przyjęta.

Przechodzimy do poprawki trzydziestej dziewiątej. Zmierza ona do jednoznacznego wskazania, iż dodatkowe środki finansowe, uzyskane w wyniku przeprowadzonych kontroli, będą w dyspozycji generalnego inspektora celnego.

Poprawka została poparta przez połączone komisje.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto wstrzymał się od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 82 obecnych senatorów 66 głosowało za, 14 – przeciw, 1 wstrzymał się od głosu, 1 nie głosował. (**Głosowanie nr 34**).

Poprawka została przyjęta.

Poprawka czterdziesta ma charakter językowy, usuwa zbędny wyraz. Jest poparta przez połączone komisje.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto wstrzymał się od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 82 obecnych senatorów 80 głosowało za, nikt nie był przeciw, 1 senator wstrzymał się od głosu, 1 nie głosował. (**Głosowanie nr 35**).

Poprawka została przyjęta.

Przechodzimy do głosowania nad poprawką czterdziestą trzecią, która zmierza do ujednoczenia pisowni w ustawie karnej skarbowej i została poparta przez połączone komisje.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto wstrzymał się od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 81 obecnych senatorów 79 głosowało za, głosów przeciw nie było, 1 wstrzymał się od głosu, 1 nie głosował. (**Głosowanie nr 36**).

Poprawka została przyjęta.

Teraz będziemy głosowali nad poprawką czterdziestą szóstą. Zmienia ona nowelizowany przepis ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, precyzując w ten sposób zasady płacenia podatku od wynagrodzeń z tytułu udzielania pomocy funkcjonariuszom Inspekcji Celnej. Poprawka ta została poparta przez połączone komisje.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto wstrzymał się od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 80 obecnych senatorów 78 głosowało za, głosów przeciw nie było, 1 senator wstrzymał się od głosu, 1 nie głosował. (**Głosowanie nr 37**).

Poprawka została przyjęta.

Poprawa czterdziesta siódma ma na celu dodanie do ustawy przepisu nowelizującego ustawę o kontroli skarbowej, dający organom Inspekcji Celnej dostęp do informacji wynikającej z akt kontroli skarbowej. Jest to poprawka senatora Andrzejewskiego poparta przez połączone komisje.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki?

(marszałek A. Struzik)

Kto jest przeciw?

Kto wstrzymał się od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 81 obecnych senatorów 71 głosowało za, 8 – przeciw, 1 wstrzymał się od głosu, 1 nie głosował. **(Głosowanie nr 38)**.

Poprawka została przyjęta.

Poprawka czterdziesta ósma zmierza do tego, aby pracownicy i funkcjonariusze celni dotychczasowego departamentu Głównego Urzędu Cel pod nazwą Generalny Inspektorat Celny i wszystkich jego komórek organizacyjnych, mogli zostać pracownikami Inspekcji Celnej dopiero po złożeniu odpowiedniego oświadczenia. Jest to poprawka poparta przez połączone komisje.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto wstrzymał się od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 82 obecnych senatorów 81 głosowało za, 1 – przeciw, nikt nie wstrzymał się od głosu. **(Głosowanie nr 39)**.

Poprawka została przyjęta.

Poprawka pięćdziesiąta precyzuje procedurę przekazania generalnemu inspektorowi celnemu środków finansowych, składników majątkowych, etatów i dokumentów, przewidując wzięcie pod uwagę wykazu ewidencyjnego etatów pozostających w dyspozycji departamentu – Generalny Inspektorat Celny, według stanu na dzień 1 stycznia 1997 r. Poprawka została poparta przez połączone komisje.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto wstrzymał się od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 82 obecnych senatorów 81 głosowało za, głosów przeciw nie było, 1 senator wstrzymał się od głosu. **(Głosowanie nr 40)**.

Poprawka została przyjęta.

Przystępujemy do głosowania nad całością projektu uchwały w sprawie ustawy o Inspekcji Celnej wraz z przyjętymi przez Senat poprawkami.

Proszę o naciśnięcie przycisku „obecny”.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem projektu uchwały w całości wraz z przyjętymi przez Senat poprawkami, proszę o naciśnięcie przycisku „za” i podniesienie ręki.

Kto jest przeciw?

Kto wstrzymał się od głosu?

Nie głosowało jeszcze dwóch senatorów...

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 81 obecnych senatorów 80 głosowało za, głosów przeciw nie było, 1 senator nie głosował. **(Głosowanie nr 41)**.

Wobec wyników głosowania stwierdzam, że Senat podjął uchwałę w sprawie ustawy o Inspekcji Celnej.

Powracamy do punktu drugiego porządku dziennego: stanowisko Senatu w sprawie ustawy o zmianie ustawy o gospodarce gruntami i wywłaszczeniu nieruchomości.

Przypominam, że debata nad rozpatrywaną ustawą została zakończona i obecnie możemy przystąpić do głosowania.

Przypominam, że Komisja Inicjatyw i Prac Ustawodawczych, Komisja Ochrony Środowiska oraz Komisja Samorządu Terytorialnego i Administracji Państwowej przedstawiły jednobrzmiące poprawki do uchwały, w których wносиły o przyjęcie tej ustawy bez poprawek. Projekty te zawarte są w drukach o nrach 504A, 504B, 504C.

Przystępujemy do głosowania nad przedstawionym projektem uchwały w sprawie ustawy o zmianie ustawy o gospodarce gruntami i wywłaszczeniu nieruchomości.

Proszę o naciśnięcie przycisku „obecny”.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem przedstawionego projektu, proszę o naciśnięcie przycisku „za” i podniesienie ręki.

Kto jest przeciw?

Kto wstrzymał się od głosu?

Dziękuję. Proszę o wyniki.

Na 81 obecnych senatorów 80 głosowało za, głosów przeciw nie było, 1 senator wstrzymał się od głosu. **(Głosowanie nr 42)**.

Wobec wyników głosowania stwierdzam, że Senat podjął uchwałę w sprawie ustawy o zmianie ustawy o gospodarce gruntami i wywłaszczeniu nieruchomości.

Powracamy do punktu trzeciego porządku dziennego: stanowisko Senatu w sprawie ustawy o ujawnieniu pracy lub służby w organach bezpieczeństwa państwa lub współpracy z nimi w latach 1944-1990 osób pełniących funkcje publiczne.

Przypominam, że w przerwie w obradach odbyło się posiedzenie Komisji Inicjatyw i Prac Ustawodawczych oraz Komisji Praw Człowieka i Praworządności, które ustosunkowały się do wszystkich wniosków przedstawionych w trakcie debaty.

Obecnie o zabranie głosu proszę sprawozdawcę Komisji Inicjatyw i Prac Ustawodawczych oraz Komisji Praw Człowieka i Praworządności, pana senatora Pawła Jankiewicza, i przedstawienie uzgodnionych na posiedzeniu wniosków.

Senator Paweł Jankiewicz:

Panie Marszałku! Panie i Panowie Senatorowie!

W druku nr 505Z komisje, Komisja Inicjatyw i Prac Ustawodawczych oraz Komisja Praw Człowieka i Praworządności, przedstawiają państwu sprawozdanie zawierające rekomendację wielu poprawek.

(senator P. Jankiewicz)

Wniosek pierwszy, o przyjęcie ustawy bez poprawek, nie spotkał się z poparciem komisji z uwagi na to, iż ustawa ta odpowiada na dosyć szerokie zapotrzebowanie społeczne. Jest ustawą kontrowersyjną, przypomnę, że mówi się o niej od kilku lat. Wydaje się, że jej przyjęcie byłoby zgodne z postulatami wysuwanymi zarówno w kręgach politycznych, jak i przez dużą część społeczeństwa. Dlatego też, mimo wielu wad tej ustawy, komisje nie zdecydowały się na jej odrzucenie, lecz postanowiły wprowadzić wiele poprawek różnej rangi, które mają na celu poprawienie kształtu, treści tej ustawy, a nie jej odrzucenie w ogóle.

Chciałbym zwrócić szczególną państwa uwagę na kilka spośród pozostałych wniosków, w grupie wniosków o dokonanie poprawek przede wszystkim na wniosek pierwszy. Połączone komisje proponują w nim, aby zrezygnować w tej ustawie z terminu „zgodności z prawdą oświadczeń składanych przez osoby podlegające działaniu tej ustawy” na rzecz wyrazu „fałszywości”. Podstawowa różnica pomiędzy zwrotem „zgodność z prawdą” a terminem „fałszywość” dotyczy aspektu wolicjonalnego zależnego od osoby składającej oświadczenie. W pierwszym przypadku, w przypadku użycia zwrotu zawartego w ustawie, mamy do czynienia z oceną stanu pomiędzy złożonym oświadczeniem a prawdą – z obiektywnego punktu widzenia. Abstrahujemy od jakiegokolwiek woli osoby składającej to oświadczenie.

Z uwagi na to, iż w obowiązującej konstytucji, jak i w konstytucji, którą niedawno uchwaliliśmy, wszelka odpowiedzialność karna, a nawet zbliżona do karnej, oparta jest na zasadzie winy, również połączone komisje podzieliły pogląd, iż termin „fałszywość” – zawierający w sobie element subiektywny, a więc negatywne nastawienie psychiczne – powinien znaleźć odbicie przy ocenie zarzucalności czy też naganności złożenia oświadczenia sprzecznego ze stanem faktycznym, sprzecznego z prawdą. W związku z tym proponujemy w kilku przepisach zrezygnować z tego zwrotu „zgodność z prawdą” na rzecz zwrotu określającego fałszywość oświadczenia.

Poprawki, zwłaszcza druga i następne, są wyrazem odmiennego podejścia do kręgu osób wyłączonych spod działania tej ustawy. Chodzi tu również o dosyć głośno i szeroko rozważane kwestie wyłączenia spod działania tej ustawy osób będących funkcjonariuszami czy też pracownikami jednostek organizacyjnych wywiadu i kontrwywiadu. Sejm w swojej ustawie nie podzielił tego poglądu i jednocześnie pracowników tych jednostek włączył w zakres działania ustawy. Komisje połączone, uwzględniając wiele wcześniejszych głosów, a także odpowiadając na uwagi skierowane pod adresem Senatu przez

prezydenta Rzeczypospolitej Aleksandra Kwaśniewskiego, postanowiły spod działania tej ustawy wyłączyć ten właśnie krąg osób, tak aby nie przeszkadzało to w normalnym funkcjonowaniu jednostek wywiadu i kontrwywiadu oraz w pełnieniu przez nie swoich powinności w takim zakresie, w jakim dzieje się to w innych państwach.

W poprawce piątej połączone komisje dały również wyraz swojej akceptacji zmiany dotychczasowej definicji współpracy. Uznaliśmy, iż dotychczasowa definicja tej współpracy jest zbyt wąska, bo nie obejmuje wszystkich możliwych rodzajów zachowań, które można by określać tym mianem. W związku z tym komisje pozwalają sobie zaprezentować Wysokiej Izbie definicję zawartą w pktcie 5 naszego sprawozdania.

Poprawki szósta, piętnasta i siedemnasta generalnie mają na celu ujednoczenie zakresu podmiotowego działania tej ustawy, a więc przede wszystkim określenie w sposób jednolity kręgu osób wymienionych zwłaszcza w dwóch podstawowych przepisach określających ten krąg, mianowicie w art. 3 i 7. W tej chwili zakresy te się nie pokrywają. Przyjęcie zaś tych poprawek spowoduje, iż zakresy tych dwóch przepisów i krąg osób w całej ustawie będą określane jednakowo.

Jest również kilka poprawek, które zmierzają do odmiennego określenia kręgu dowodów, a więc do nowelizacji art. 5 w dotychczasowej ustawie, z uwagi na to, iż artykuł ten wyraża słuszną zasadę, ale zdaniem połączonych komisji jest nieprecyzyjnie sformułowany. W poprawkach, zwłaszcza w poprawce dziesiątej, połączone komisje proponują odmienne sformułowanie tego przepisu przy utrzymaniu dotychczasowej zasady tych dowodów.

Znowu na szczególną uwagę zasługuje proponowana przez połączone komisje poprawka dwunasta, która jest odpowiedzią zarówno na propozycje prezydenta Rzeczypospolitej, jak i na od kilku lat powtarzające się uwagi, iż lustracja nie powinna obejmować jedynie bardzo wąskiego kręgu osób, lecz powinna być szeroko pojętą lustracją powszechną. Wyrazem tego jest poprawka zgłoszona przez Komisję Praw Człowieka i Praworządności oraz poparta w rezultacie, po dyskusji, przez komisje połączone. Zmierza ona do tego, aby każda osoba mogła skorzystać z własnej – że tak powiem – lustracji, czyli z dostępu do akt, które znajdują się w posiadaniu organów państwowych. Ten przepis odpowiada zwłaszcza na ust. 3 art. 51 nowej konstytucji, który właśnie przewiduje możliwość dostępu wszystkich obywateli do wszelkiego rodzaju zbiorów dokumentów, akt znajdujących się w dyspozycji organów władzy państwowej i samorządowej.

Połączone komisje proponują państwu także przyjęcie szeregu poprawek, które sprowadzają

(senator P. Jankiewicz)

się do określenia procedury wyłaniania sądu lustracyjnego, a także rzecznika interesu publicznego i jego zastępców. Z uwagi na to, iż w obecnej ustawie, zdaniem połączonych komisji, te zagadnienia zostały potraktowane – przepraszam za pewną przenośnię – nieco po macosze, a więc poza przepisami określającymi, że tego rodzaju sąd bądź rzecznik będzie powołany i będzie działał, pominięta jest też kwestia precyzyjnej procedury wyłaniania. Ponieważ mówimy o sędziach, przypomnę, że nie wspomina się tu chociażby o zgodzie sędziów na oddelegowanie, a jest to jedna z fundamentalnych zasad prawa o ustroju sądów powszechnych i wyrażaniu przez każdego sędziego zgody na oddelegowanie na czas dłuższy.

Te wnioski proszę zatem potraktować jako wręcz niezbędne, by można było sąd lustracyjny wyłonić w terminie 60 dni od daty wejścia w życie ustawy, nie narażając się na perturbacje związane z interpretacją tych przepisów – chodzi tu zwłaszcza o przepisy art. 12 i następujących. Uważamy, że źle by było, gdyby funkcjonowanie tej ustawy w życiu publicznym rozpoczynało się od kontrowersji związanych z interpretacją tych przepisów.

Proponujemy państwu również nieco inne ukształtowanie art. 17 ust. 4, który mówi o zakresie uprawnień rzecznika interesu publicznego oraz jego zastępców. W pierwowzorze, czyli w ustawie, w zakres tego przepisu włączeni są również upoważnieni pracownicy biura rzecznika interesu publicznego. W dzisiejszym przepisie wszystkie te osoby mają pełny i swobodny dostęp do materiałów archiwalnych Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, administracji oraz MON. Uważamy, iż takie określenie uprawnień tych osób to zbyt wiele. Jeśli bowiem możemy podzielić pogląd, iż rzecznik interesu publicznego oraz jego zastępcy powinni mieć takie uprawnienie, to uprawnienie nie powinno być szersze aniżeli uprawnienie sądu lustracyjnego, a w dzisiaj ukształtowanym przepisie dostęp do tych akt rzecznika i jego zastępcy, a także pracowników jego biura jest znacznie szerszy niż dostęp samego sądu lustracyjnego. Uważamy poza tym, iż upoważnienie do tego pracowników biura rzecznika interesu publicznego, osób, które niekoniecznie muszą mieć przygotowanie prawnicze – ponadto nie jest sprecyzowana ich liczba – byłoby zbyt daleko idącym przyzwoleniem na wertowanie akt, zwłaszcza tajnych.

W związku z proponowanym nieco innym ukształtowaniem art. 21, skreśleniem art. 22, skreśleniem art. 25, z nieco innym określeniem art. 28 komisje proponują także zrezygnowanie w art. 20 z ograniczenia liczby obrońców każdej

osoby lustrowanej. W artykule tym jest dzisiaj ograniczenie mówiące, że można skorzystać z pomocy tylko jednego obrońcy. Ograniczenie takie, zwłaszcza w świetle przepisów nowej konstytucji, ale także wszelkich zasad odpowiedzialności karnej w Polsce, jest naszym zdaniem niedopuszczalne.

Jesteśmy również za tym, aby całość orzeczenia sądu lustracyjnego, a więc orzeczenia zawierającego rozstrzygnięcie i uzasadnienie, nie była podawana do publicznej wiadomości, albowiem w uzasadnieniu mogą znajdować się kwestie objęte klauzulą tajności czy też nawet tajności specjalnego znaczenia i mielibyśmy wówczas do czynienia z nadmiernym upublicznieniem tego rodzaju danych. Uważamy, że upublicznienie orzeczenia powinno się ograniczyć do pierwszej części, czyli do części zawierającej samo rozstrzygnięcie i związane z tym kwestie.

Proponujemy wreszcie zrezygnowanie ze skutków tej daleko idącej – trzeba przyznać – ustawy, określonych w art. 30, gdzie mowa jest o utracie przez osoby lustrowane na 10 lat pewnych przymiotów osobistych, co powodowałoby ograniczenie ich uprawnień obywatelskich.

Takiego samego zdania jesteśmy, jeżeli chodzi o propozycję skreślenia art. 34, zawierającego przepisy karne. Kodeks karny zawiera bowiem wystarczającą regulację kwestii odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń, czyli poświadczanie nieprawdy, zatajanie prawdy i wszelkich innych kwestii, które związane są z utajnianiem pewnych informacji bądź materiałów.

Wreszcie też komisje połączone dały wyraz pogładowi, iż przepisy przewidujące utratę mandatu przez posła, senatora czy też utratę uprawnień do sprawowania funkcji prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej są przepisami zbyt daleko idącymi, przede wszystkim sprzecznymi z przyjętymi niedawno przepisami nowej konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Proponujemy więc poprzestanie na jedynie takich skutkach tej ustawy, dzięki którym w świadomości wszystkich obywateli odnotowany zostanie fakt, że określone osoby mają w swoim życiorysie pewne naganne fragmenty, a jednocześnie pozostawi się społeczeństwu swobodny wybór, czy tego rodzaju zarzuty będą przeszkadzały przy wyborze na funkcje – a mówimy tu przede wszystkim o funkcjach i stanowiskach z wyboru – czy też nie. Przyjęcie natomiast skutków prawnych w postaci utraty mandatu byłoby już ingerencją w nasze uprawnienia związane z prawem wyborczym.

A zatem, Panie Marszałku, Panie i Panowie Senatorowie, w imieniu połączonych komisji pozwalam sobie rekomendować przyjęcie ustawy wraz z zaprezentowanymi przed chwilą poprawkami. Dziękuję bardzo.

Marszałek Adam Struzik:

Dziękuję bardzo.

Proszę o zabranie głosu sprawozdawcę mniejszości połączonych komisji, pana senatora Krzysztofa Kozłowskiego, i przedstawienie wniosku mniejszości połączonych komisji.

Senator Krzysztof Kozłowski:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo!

O czym my właściwie dyskutujemy? Przecież nie o poprawianiu tej ustawy. Gdybyśmy rzeczywiście chcieli ją poprawić legislacyjnie, nie byłoby między nami sporu i byłoby co poprawić. Nie mogę natomiast, i mniejszość komisji nie mogła, zgodzić się z sytuacją, w której niektóre zapisy mogą podlegać różnorodnym interpretacjom. Trzeba je uściślić, doprowadzić do doskonalszej formy.

Na przykład z zimną krwią wpisuje się w jednym artykule tak zwaną dostępność do akt, co urąga pracy legislacyjnej. W oparciu o ten artykuł nikt niczego nie zobaczy, bo nie może zobaczyć. W ten sposób nie można tego zapisać. Tam nawet nie ma odesłania do aktów wykonawczych. To jest tak wpisane, po pierwsze, żeby storpedować inicjatywę sejmową i pracę posła Pęka nad nową ustawą w tej sprawie, a po drugie, żeby z tego dostępu naprawdę nic nie wyszło. Ponieważ jednak zostało to skumulowane w jednym akcie ustawodawczym, to każdy, od kogo zażąda się podpisania deklaracji na temat swojej ewentualnej przeszłej współpracy ze Służbą Bezpieczeństwa, powie: przepraszam, najpierw proszę mi udostępnić moje akta. A tych akt się nie udostępni, ponieważ ten zapis to uniemożliwia. Proszę mi też nie mówić, że ustawa przyjęta przez Sejm grozi służbom specjalnym, wywiadowi i kontrwywiadowi. Tak sformułowany zapis o dostępie do akt – dostępie przed wydzieleniem, przed ochroną akt operacyjnych – to dopiero zagroziłby tym służbom.

Tak więc gra idzie nie o ewidentne i bezdyskusyjne poprawki legislacyjne. Gra idzie o to, czy ta ustawa ma wejść w życie w tym roku, przed wyborami i w okresie powyborczym, czy też lustracja i dostęp do akt, blokując się wzajemnie, uniemożliwią jej funkcjonowanie. I to jest ten punkt, który decyduje o losach tej ustawy.

Skonstruowana w poprawkach definicja współpracy powoduje, że z czystym sumieniem każdy współpracownik będzie mógł napisać, że nie współpracował, dlatego że każe mu się przyznawać do czegoś, do czego się nigdy nie przyzna i nikt mu tego nie udowodni. Szkodzenie ma być świadome, rzeczywiste, szkodzące państwu czy Kościołowi. Mówiłem o tym wcześniej w dyskusji, że tego typu deklaracja będzie, w myśl ustawy, z reguły brzmiała tak: dnia tego i tego nie byłem

współpracownikiem, ponieważ nie wypełniam równocześnie tych wszystkich znamion.

I wreszcie trzecia grupa poprawek, które absolutnie uważamy za nie do przyjęcia, dotyczy zawężenia obszaru działania ustawy. Chodzi przede wszystkim o wywiad i kontrwywiad. Powiem to brutalnie. Minister Siemiątkowski ubolewał nad perspektywicznymi, kształcącymi się za granicą młodzieńcami z lat siedemdziesiątych, osiemdziesiątych, że przecież nie można im robić krzywdy. A ja sądzę, że lustracja powinna być, jeżeli się na nią decydujemy, dla wszystkich – i dla członków „Solidarności”, i dla chłopów polskich, i dla ówczesnych, dobrze zapowiadających się, kształconych z móżdżkiem na wyższych uczelniach zachodnich, młodych ludzi. Dla wszystkich.

(Głos z sali: To nie jest dyskusja.)

(Poruszenie na sali).

Panie Marszałku, zdaje się, że niektórzy senatorowie chcą zabrać głos, może więc ja w tej chwili im ustąpię.

Marszałek Adam Struzik:

Panie Senatorze, proszę kontynuować. Myślę, że pan senator jako wnioskodawca mniejszości ma prawo się wypowiedzieć. Ja nie traktuję tego jako próby zabrania głosu.

Proszę państwa o spokój.

Senator Krzysztof Kozłowski:

Dziękuję za przywołanie do porządku, bo na ogół takich obyczajów w tej izbie nie było. Proszę więc rozważyć, o co tu idzie, kto kogo chroni i co naprawdę chcemy uzyskać. Reszta jest zasłona dymną. Dziękuję. *(Oklaski).*

Marszałek Adam Struzik:

Dziękuję bardzo.

Czy senatorowie wnioskodawcy lub pozostali senatorowie sprawozdawcy chcą jeszcze zabrać głos?

Przypominam, że wnioski zgłosił pan senator Jan Adamiak, ponadto sprawozdawcą Komisji Praw Człowieka i Praworządności był senator Lech Czerwiński. Dziękuję bardzo.

Przystępujemy do głosowania w sprawie ustawy o ujawnieniu pracy lub służby w organach bezpieczeństwa państwa lub współpracy z nimi w latach 1944-1990 osób pełniących funkcje publiczne.

Przypominam, że w tej sprawie w trakcie debaty przedstawiono następujące wnioski. Mniejszość Komisji Praw Człowieka i Praworządności przedstawiła wniosek o przyjęcie ustawy bez poprawek. Komisja Inicjatyw i Prac Ustawodawczych, Komisja Praw Człowieka i Praworządności

(marszałek A. Struzik)

oraz senator Adamiak wnosili o wprowadzenie poprawek do ustawy.

Informuję, że zgodnie z art. 47 ust. 1 Regulaminu Senatu, w pierwszej kolejności zostanie przeprowadzone głosowanie nad wnioskiem o przyjęcie ustawy bez poprawek – jest to punkt oznaczony rzymską jedyneką w druku nr 505Z. Następnie, w przypadku odrzucenia tego wniosku, nad przedstawionymi poprawkami, według kolejności przepisów ustawy.

Przystępujemy do głosowania.

Proszę o naciśnięcie przycisku obecności.

Kto z państwa, pań i panów senatorów, jest za przyjęciem wniosku o przyjęcie bez poprawek ustawy o ujawnieniu pracy lub służby w organach bezpieczeństwa państwa lub współpracy z nimi w latach 1944-1990 osób pełniących funkcje publiczne, proszę o naciśnięcie przycisku „za” i podniesienie ręki.

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał?

Dziękuję. Proszę o wynik.

Na 81 obecnych senatorów... (oklaski) 47 głosowało za wnioskiem, 33 – przeciw, 1 wstrzymał się od głosu. (**Głosowanie nr 43**). (Ogólne poruszenie na sali).

Proszę o spokój, proszę państwa.

Stwierdzam, że Senat podjął uchwałę w sprawie ustawy o ujawnieniu pracy lub służby w organach bezpieczeństwa państwa lub współpracy z nimi w latach 1944-1990 osób pełniących funkcje publiczne.

Informuję, że porządek dzienny dziewięćdziesiątego dziewiątego posiedzenia Senatu w trzeciej kadencji został wyczerpany.

Przystępujemy do oświadczeń i wystąpień senatorów poza porządkiem dziennym.

Przypominam, że zgodnie z art. 42 ust. 2 Regulaminu Senatu wystąpienie takie nie może trwać dłużej niż 5 minut.

Proszę o zabranie głosu senatora Zbigniewa Kulaka.

Proszę o ciszę.

Oświadczenia, proszę państwa.

Senator Zbigniew Kulak:

Panie Marszałku! Panie i Panowie Senatorowie!

Kilka dni temu, 8 maja, jako gość brałem udział w walnym zebraniu Koła Związku Kombatantów Rzeczypospolitej Polskiej i Byłych Więźniów Politycznych w Poniecu. Po wysłuchaniu sprawozdania prezesa zarządu koła, pana Jana Więclawskiego, stwierdziłem, że w związku z wygłaszanymi także w naszej izbie różnymi interpretacjami wydarzeń historycznych sprzed kilkudziesięciu lat, kilka zdań z tego sprawozdania powinno zostać odczytanych przez senatora

ziemi leszczyńskiej tu i teraz. Tak bowiem myślą i wspominają coraz mniej liczni kombatanci.

„Dzień 8 maja 1997 r. to Dzień Zwycięstwa, to pierwszy dzień wolności po sześcioletniej okupacji. Za gwałt, za upokorzenie, za zbrodnie, za śmierć gdańskich pocztowców, za Westerplatte, za płonące noce Warszawy 1939 r. i jej powstańczą śmierć, za gipsowanie ust rozstrzeliwanym, za stosy dziecięcych zabawek i kobiecych włosów w obozach zagłady, za męczarnie w lochach Pawiaka i kazamatach Alei Szucha, za getta, za wolność szli walczyć żołnierze wszystkich frontów. Na mogiłach tych, którzy polegli za tę świętą sprawę Polaków, składamy dziś wieńce i kwiaty oraz zapalamy znicze w pięćdziesiątą drugą rocznicę zwycięstwa nad faszyzmem.

Cześć i chwała obrońcom tragicznego września 1939 r., którzy nie mogli pogodzić się z poniesioną klęską, początkiem okupacji hitlerowskiej. Składamy hołd pamięci bohaterskich partyzantów Armii Krajowej i Armii Ludowej, Batalionów Chłopskich i żołnierzy innych organizacji antyhitlerowskich, poległych w bojach pod Ewiną i Hodczą, w Lasach Parczewskich, Lipskich, Janowskich i Suchedniowskich, w Warszawie, Łodzi, na Śląsku i na całej polskiej ziemi; Polaków walczących w oddziałach na Ukrainie i Białorusi, w Słowacji, we Francji i w Jugosławii. Składamy hołd pamięci tych, którzy nie doszli do kraju, którym nie dane było doczekać dnia dzisiejszego i polegli w walkach pod Narwikiem, w powietrznej bitwie o Anglę, pod Tobrukiem i Monte Cassino.

Składamy dzisiaj hołd pamięci bohaterów I i II Armii Ludowego Wojska Polskiego, poległych w bitwach pod Lenino i Darnicą, na Przyczółku Warecko-Magnuszewskim i pod Puławami, w Warszawie, na Wale Pomorskim, pod Kołobrzegiem, nad Odrą i Nysą, pod Budziszynem, Dreznem, w Sudetach i w Berlinie. Tobie, żołnierzu I i II Armii, przypadł zaszczyt zatknięcia flagi biało-czerwonej na murach Reichstagu.

Tym, którzy polegli, oddajemy dzisiaj hołd, a tych, którzy żyją, kochamy i szanujemy. Większość z nich odpoczywa już po trudach walki i pracy. Niewielu z nich jeszcze pracuje w fabrykach i urzędach, w szkolnictwie i na polu. Rozmiary przeżyć, jakie noszą w sobie, jakie pielęgnuje każdy z nich, wystarczyłyby, aby obdzielić nimi niejedno życie.

Wszyscy z nas zapewne pamiętają historyczne ostatnie dni i godziny drugiej wojny światowej. Każdy Polak miał w tym dniu uśmiech i radość w sercu, mówiąc: Polska znowu żyje. Bo przecież z morza krwi i łez, poniżenia i cierpienia, ze zgłiszcz i popiołów, odradzała się ku wolności i niepodległości nasza Ojczyzna. Kombatanci i ludzie w podeszłym wieku pamiętają lata wojny i okupacji, łapanie uliczne i rozstrzeliwania, gehennę ludobójstwa, jaką naród przeżył. Od tragicznego

(senator Z.. Kulak)

września 1939 r. aż do zwycięskiego maja 1945 r. Polacy nigdy się nie załamali, walczyli nieugięcie w ruchu oporu w kraju i za granicą, w tej najstraszliwszej drugiej wojnie światowej.

Z najgłębszą czcią wspominamy przy każdej okazji, wczoraj i dziś, tych najlepszych i najdzielniejszych, którzy oddali swe życie w walce z faszyzmem. Chylimy czoło przed naszymi żyjącymi kombatantami, których mamy w naszym kole już zaledwie 80.

Dziś, 8 maja, składamy hołd obrońcom Września, męstwu żołnierzy wszystkich frontów, w mundurach i kombinezonach, na Zachodzie i na Wschodzie, których społeczeństwo polskie witało łzami i kwiatami przed pięćdziesięcioma dwoma laty.

Trudna była droga naszego narodu od wyzwolenia ku obecnej pozycji. I trzeba było wielkiej ofiarności i żarliwości, aby to wszystko pokonać. Trzeba było pracy milionów ludzi, aby zabliznić rany wojenne, nakarmić głodnych i nagich, przygarnąć bezdomnych, otoczyć opieką setki tysięcy kalek i osiercone dzieci, dźwignąć z ruin fabryki, huty, porty, kopalnie, szlaki komunikacyjne i uruchomić nasze polskie szkoły. Przywrócić życie miastom i wsiom, zagospodarować ziemię odzyskane i przyjąć w ojczyście progi repatriantów ze wszystkich stron świata."

Panie i Panowie Senatorowie! Uznałem, że tych kilka minut refleksji potrzeba Senatowi w pięćdziesiątą drugą rocznicę kapitulacji Trzeciej Rzeszy. Dziękuję.

Marszałek Adam Struzik:

Dziękuję bardzo.

Pan senator Jerzy Cieślak złożył oświadczenie do protokołu.*

Proszę o zabranie głosu pana senatora Leszka Lackorzyńskiego.

Senator Leszek Lackorzyński:

Panie Marszałku! Wysoki Senacie!

Zostałem zobligowany przez Koło Rodzin Byłych Pracowników Poczty Polskiej w Gdańsku do przekazania ministrowi spraw zagranicznych Dariuszowi Rosatiemu słów wdzięczności za natychmiastowe podjęcie działań dyplomatycznych na rzecz rehabilitacji przez niemieckie sądownictwo wszystkich 36 rozstrzelanych pocztowców. Rodziny te pragną Pana poinformować, że zdołały już skompletować dalszych 12 wniosków o wznowienie procesu i skierować je do kancelarii adwokackiej pana Grotha w Hamburgu. Starają się również skompletować dokumentację dotyczącą pozostałych pocztowców.

*Oświadczenie złożone do protokołu - w załączeniu.

Niemniej jednak na podstawie poczynionych przez nie ustaleń już teraz można przyjąć, że w 10 przypadkach, z uwagi na brak wiadomości o żyjących osobach uprawnionych, zgodnie z niemieckim prawem nie będzie można spowodować wznowienia postępowania. Rodziny pocztowców oraz ja prosimy i oczekujemy, że pan minister na drodze dyplomatycznej doprowadzi do tego, że prokurator generalny Federalnej Republiki Niemiec z urzędu podejmie stosowne kroki prawne, tak aby wszyscy pocztowcy polscy zostali zrehabilitowani przez niemieckie sądy.

W tej sprawie spotkałem się już z konsulem generalnym Republiki Federalnej Niemiec w Gdańsku, panią Dorothee Boden, i przekazałem jej, oprócz dokumentów senackich, wyroki sądu niemieckiego, dotyczące Maksymiliana Cygalskiego i Alfonsa Flisykowskiego. Pani konsul zapewniła mnie, że dołoży wszelkich starań, aby rehabilitacja wszystkich pocztowców nastąpiła bez zbędnej zwłoki. Władzom niemieckim zależy na stworzeniu atmosfery życzliwości, zwłaszcza ze względu na zadrażnienia, jakie wystąpiły po nieumiejętnie podejmowanych przez kombatantów niemieckich próbach zbliżenia do żyjących jeszcze bohaterów z Westerplatte.

Panie Ministrze! Przekazuję panu od koła rodzin wykaz 12 osób, które złożyły stosowne wnioski do kancelarii adwokackiej, stenogram z posiedzenia Senatu RP, na którym przeprowadzono debatę nad projektem uchwały senackiej, oraz wyrok sądu dotyczący Maksymiliana Cygalskiego. Pozostałe dokumenty, które mam w biurze w Gdańsku, przedłożę panu niezwłocznie.

Jestem przekonany, że przy roztropnym postępowaniu wszystkich zainteresowanych stron szybka rehabilitacja polskich pocztowców może być aktem doniosłym, również w wymiarze międzynarodowym, a na tym mi szczególnie zależy. Dziękuję za uwagę.

Panie Marszałku, to jest właśnie dokumentacja dla pana ministra spraw zagranicznych. W pierwszym przypadku zginęła i nie dotarła do ministerstwa. Dlatego nie mam drugiego wyroku, a zależy mi na tym.

Panie Marszałku, mam jeszcze jedno oświadczenie.

Marszałek Adam Struzik:

Proszę bardzo, Panie Senatorze.

Senator Leszek Lackorzyński:

Dziękuję.

Panie Marszałku! Wysoki Senacie!

Swoje wystąpienie kieruję do prokuratora generalnego, profesora Leszka Kubickiego.

Przed kilkoma dniami opinię publiczną Wybrzeża zbulwersowały doniesienia o zajściu, do jakiego doszło w Gdańsku podczas imprezy mi-

(senator L. Lackorzyński)

lenijnej pomiędzy senatorem Lechem Czerwińskim a studentem Uniwersytetu Gdańskiego. Student ów podjął dodatkowe zatrudnienie, aby zdobyć środki finansowe na studia. W wyniku tego zdarzenia od kilku dni przebywa w gdańskim szpitalu z urazami uzasadniającymi podejrzenie wstrząśnienia mózgu.

Co prawda, miejscowa prokuratura wszczęła już stosowne postępowanie karne, ale w świetle moich doświadczeń zawodowych oraz parlamentarnych obawiam się, a myślę, że ta obawa jest uzasadniona, iż ta prosta sprawa może zostać celowo tak zagmatwana, aby śledztwo nie zostało zakończone przed wyborami parlamentarnymi. Przykłady dyspozycyjności prokuratur oraz niezrozumiałego przewlekania śledztw są, niestety, nadal liczne.

Dlatego zwracam się do pana prokuratora z prośbą, aby zechciał objąć tę szczególną sprawę osobistym nadzorem oraz spowodował, by postępowanie karne zostało przeprowadzone bez zbędnej zwłoki i zakończone decyzją merytoryczną jeszcze w tym miesiącu. Dziękuję za uwagę.

Marszałek Adam Struzik:

Dziękuję.

Proszę panią Wandę Kustrzebę o zabranie głosu, następny będzie pan senator Ryszard Jarzembowski.

Senator Wanda Kustrzeba:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo!

Moje oświadczenie kieruję do ministra obrony narodowej, ministra kultury i sztuki, ministra spraw wewnętrznych i administracji, ponieważ to od szefów tych resortów będzie zależał los Wojskowego Liceum Muzycznego w Gdańsku. Szkole tej grozi likwidacja z powodu braku środków z budżetu Ministerstwa Obrony Narodowej. Już od dwóch lat nie przyjmuje się uczniów do liceum.

W szkole kształcą się kadry nie tylko dla orkiestr wojskowych, ale także dla Policji, Straży Granicznej, straży pożarnej, orkiestr kolejowych i innych dętych orkiestr zakładowych. Zwracam się więc także do ministra spraw wewnętrznych i administracji o pomoc w utrzymaniu tej szkoły. Proszę również ministra kultury i sztuki o pozytywną opinię, co do celowości utrzymywania tej unikalnej szkoły.

Historia Wojskowego Liceum Muzycznego sięga roku 1930. Wówczas to decyzją marszałka Piłsudskiego została utworzona Wojskowa Szkoła Muzyczna w Katowicach. Od 1977 r. siedzibą szkoły jest Gdańsk. Jest to jedyna szkoła artystyczna Wojska Polskiego.

W szkole działają trzy orkiestry dęte, kilka zespołów kameralnych i chór na bardzo wysokim

poziomie artystycznym. Orkiestry uświetniają rocznie około 90 imprez, uroczystości wojskowych albo patriotyczno-religijnych. Uczniowie i kadeci Wojskowego Liceum Muzycznego uczestniczą w wielu konkursach, przeglądach, festiwalach, uzyskując zawsze bardzo wysokie oceny fachowców.

Łącznie, w powojennym okresie, istnienia szkoła wykształciła 930 muzyków wojskowych w stopniu chorążych lub podoficerów Wojska Polskiego. Obecnie z powodu braku naboru od dwóch lat w szkole są tylko trzy ostatnie roczniki, czyli 140 uczniów.

System kształcenia muzyków instrumentalistów w Wojskowym Liceum Muzycznym dla orkiestr dętych trwa 5 lat, jest sprawdzony i nie powinno się go zmieniać. Liceum jest także szansą dla utalentowanych muzycznie dzieci z małych miejscowości i z rodzin uboższych.

Ratujmy Wojskowe Liceum Muzyczne w Gdańsku, a tym samym utrwalone w polskiej tradycji, lubiane przez wszystkich, orkiestry dęte.

Szybkie podjęcie decyzji w sprawie kształcenia muzyków do orkiestr dętych stworzyłoby szansę przyjęcia uczniów do pierwszej, a może także do drugiej klasy liceum jeszcze w tym roku. Dziękuję bardzo.

Marszałek Adam Struzik:

Dziękuję bardzo.

Proszę pana senatora Jarzembowskiego, a następnie będzie pan senator Stanisław Sikorski.

Senator Ryszard Jarzembowski:

Panie Marszałku! Panie i Panowie Senatorowie!

W związku z zamiarem przeniesienia zbiorów Wydziału Historii Społecznej Biblioteki Sejmowej poza kompleks budynków parlamentu, pragnę poinformować Wysoką Izbę o negatywnych skutkach takich bulwersujących poczynań i zwrócić się do marszałka Sejmu o ich poniechanie.

Trzon księgozbioru wydziału powstał ze zbiorów bibliotecznych Instytutu Historii Najnowszej i byłego Centralnego Archiwum KC PZPR, poświęconych w części spuściźnie wydawniczej Polskiej Partii Socjalistycznej i Polskiej Partii Robotniczej, które w 1991 r. zostały przejęte przez Bibliotekę Sejmową. Jest to jedyny w kraju księgozbiór specjalizujący się w historii polskiego i międzynarodowego ruchu robotniczego od połowy XIX wieku, powstały w wyniku ponad czterdziestoletnich systematycznych wysiłków poszukiwawczych, kwerendy bibliotek polskich i zagranicznych, dotyczących zwłaszcza bogatych zbiorów prasy, broszur i książek, związanych z działalnością partii, organizacji społecznych, środowisk robotniczych, ruchu zawodowego, ludowego, spółdzielczego, młodzieżowego i kobiecego.

Skatalogowane zbiory dotyczą najpełniejszych zestawów dokumentów źródłowych, wydanych

(senator R. Jarzembowski)

w Polsce do 1918 r. i w latach 1918-1939 w postaci wydawnictw zwartych. Wśród 2 840 pozycji znajdują się cenne pierwodruki dziewiętnastowiecznych wydawnictw emigracyjnych oraz największy, w porównaniu z innymi bibliotekami, zasób prasy konspiracyjnej i powstańczej z lat 1939-1945.

Wypracowany w Bibliotece Sejmowej profil gromadzenia zbiorów Wydziału Historii Społecznej, podtrzymujący ich tradycyjną specjalizację, a jednocześnie poszerzany o aktualne prace dotyczące procesów przeobrażeń demokratycznych sprawia, że ten księgozbiór jest logicznym uzupełnieniem zbiorów głównych Biblioteki Sejmowej. Dzięki nieprzerwanemu uzupełnianiu stanowi on nadal unikatowy warsztat naukowy dla historyków i badaczy myśli politycznej w szeroko ujmowanym poznawaniu procesów, dziejów kultury politycznej w Polsce.

Kuriozalny wydaje się pomysł, aby racje i potrzeby administracyjne Kancelarii Sejmu przesądzały o selektywnym wyłączaniu części zasobów Biblioteki Sejmowej. W świetle takiej praktyki powstaje pytanie, czy w zależności od potrzeby chwili kolejne integralne zbiory tej biblioteki nadal będą rugowane?

W całym cywilizowanym świecie zbiory bibliotek parlamentarnych dają świadectwo rozumienia i obiektywnego poznania historii ojczystego parlamentaryzmu, dowodzą, z jaką pieczołowitością odnosili się do tej kwestii poprzednicy i współczesne pokolenie.

Jak się ma ten fakt do szczytnej, wielowiekowej tradycji parlamentaryzmu polskiego, do której tak często i chętnie się odwołujemy?

Zwracam uwagę na to, że szczególną troską szanownych państwa posłów i senatorów powinno być zachowanie istniejących zasobów Biblioteki Sejmowej, a zamiast redukować te zasoby, powinniśmy je poszerzać, gdyż tylko wówczas pozwolą poprawić funkcjonalność i użyteczność Biblioteki Sejmowej w pracy nas, posłów, senatorów, środowisk naukowo-badawczych oraz każdego obywatela zainteresowanego problematyką parlamentarną i polityczną.

Zwracam się do marszałka Sejmu, posła Polskiego Stronnictwa Ludowego, pana Józefa Zycha, z nadzieją na ogarnięcie problemu i na zapobieżenie wyeksmitowaniu z gmachu parlamentu zasobów Wydziału Historii Społecznej. Dziękuję.

Marszałek Adam Struzik:

Dziękuję.

Proszę pana senatora Stanisława Sikorskiego o zabranie głosu, następny będzie pan senator Ceberek.

Senator Stanisław Sikorski:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo!

Swoje oświadczenie kieruję do Ministerstwa Edukacji Narodowej.

Podczas ostatnich dyżurów senatorskich wpłynęło do mnie wiele interwencji dotyczących tegorocznych matur. Wiele zainteresowanych osób, maturzystów, rodziców oraz nauczycieli, pytało, czym kierowano się, wprowadzając podczas tegorocznych matur jednakowe zadania z matematyki dla wszystkich klas, o różnych wszak profilach nauczania. Wiele osób czuło się pokrzywdzonych przez ujednoczenie zdawanej matury z matematyki. Dla uczniów i ich rodziców oraz nauczycieli matura jest ukoronowaniem wieloletniego wysiłku. Pytano, po co poszerzano programy, kiedy finał jest taki, jaki przed chwilą przedstawiłem?

Drugi problem, który poruszono, to matury dla „wieczorówek”, które rozpoczynały się w godzinach popołudniowych, a kończyły się często późno wieczorem. Dla wielu zdających i ich rodzin oraz nauczycieli z komisji egzaminacyjnych był to wysiłek olbrzymi pod każdym względem.

Wielogodzinne oczekiwanie na pisemne matury jest bardzo wyczerpujące i stresujące. Dodać należy, że wszyscy zdający mieli w tym dniu dzień wolny od pracy w związku z pisaniem matury. Zachowań piszących i wyników ich prac można wywnioskować, że ta pora jest nieszczęśliwa. Było widać, jak opadali z sił podczas pisania prac. Wynika to również z samych prac, które nauczyciele sprawdzili.

Wiele szkół może przeprowadzić matury dla „wieczorówek” w godzinach rannych, to znaczy do południa, jest to tylko organizacyjny problem. Sądzę, że można to w przyszłym roku szkolnym rozwiązać w należyty sposób, z korzyścią dla wszystkich stron. Dziękuję bardzo za uwagę.

Marszałek Adam Struzik:

Dziękuję.

Proszę pana senatora Ceberka.

Senator Stanisław Ceberek:

Panie Marszałku! Wysoka Izbo!

Temat, o którym chcę mówić na wstępie, przedstawiałem niejednokrotnie. Jednak ze względu na to, że zarówno nauczyciele, jak i osoby duchowne i świeckie zwracają się z tą sprawą do mnie, to powtarzam raz jeszcze – niech telewizja zaprzestanie w swoich programach propagandy demoralizującej nie tylko dzieci i młodzież, ale w ogóle społeczeństwo.

Programy, szczególnie przoduje w tym Polsat, w większości pokazują morderstwa, i to ohydne,

(senator S. Ceberek)

dokładnie uczą tych, którzy chcą kiedyś tego dokonać, gdzie i jak uderzyć, uczą kraść. Zamiast propagować, jak pracować, jak się uczyć, jak budować, jak być dobrym i pożytecznym dla otoczenia, nad wszystko stawia się goliznę. Jeżeli tych wartości nie zmienimy, to społeczeństwo, które mamy wychowywać tak, aby nas kiedyś zastąpiło, będzie chyba daremnym oczekiwaniami. To jest pierwsza sprawa.

Właściciel Polsatu chce kupić stocznnię. Nie wiem, co się dzieje w telewizji. Jest tam tyle spółek, komitetów i ludzi, którzy, nie wiadomo po co, tam pracują. Dlaczego płacimy za to, jeżeli podobno za wodę mineralną podaje się nam wiadomości, a szczególnie o pogodzie? Może ktoś powiedziałby, ilu ludzi jest zatrudnionych w Telewizji Polskiej i jakie są ich zarobki.

Panie Marszałku, mówiłem o Stoczni Gdańskiej. Przed chwilą mówiono również o walce pocztowców polskich. Trzeba jeszcze powiedzieć o walce o Stocznnię Gdańską, o Gdańsk przez 1000 lat. Chciałbym, aby ten bardzo czuły, bardzo narosły, bardzo krzykliwy problem został wreszcie wyjaśniony.

Dlatego, Panie Marszałku, jeszcze raz proponuję, aby Komisja Gospodarki Narodowej pojechała tam i na miejscu ten problem rozwiązała albo go wyjaśniła, bo wygląda na to, że komisja Senatu boi się tam pojechać. To budzi podejrzenia. Bardzo proszę, nie będę tego problemu poruszał. Wydaje mi się, że Senat jest najwyższą izbą kontroli w tym państwie i należy to do naszej powinności. Coś się tam dzieje, my o tym słyszymy, ale się nie włączamy.

Następna sprawa to zamykanie boisk, chuliganstwo młodzieży. Może należałoby się zwrócić do generalnego prokuratora, sądów i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, i zwracam się z tym, aby przywrócić dawny sposób sądenia młodocianych przestępców. Mamy kamery i bardzo łatwo możemy ustalić, kto rozpoczyna bójkę, bo rozpoczęta bójka jest właśnie tym żądłem, które klóci cały stadion i doprowadza nie tylko do strat materialnych, ale moralnych i zdrowotnych. Należy oddać chuliganów – nie tylko tych, ale wszystkich, którzy łamią ławki, wywracają kosze – kolegom orzekającym. Dać tym panom miotelki do garści i to, co w tych burdach zrobili, niech pięknie zamiotą i przeproszą. Jest to bardzo proste, niekosztowne.

Wczoraj byłem na stadionie, to aż się prosi, żeby ci panowie... Jest to sprawa do załatwienia. Jest to bardzo prosta, humanitarna, ludzka kara. Naśmiecilesz – napraw, przeproś. Proszę, aby wrócić do tej sprawy jak najszybciej.

Chciałbym powiedzieć o jeszcze jednej sprawie. Sytuacja na wsi jest zła. Jeżeli przestaną od nas brać mleko, to umrzemy. To nie jest narze-

kanie. My chcemy produkować dla ojczyzny mięso, zboże, warzywa i owoce. Tylko dlatego rząd nie stwarza tej sytuacji? Proponuję, aby wszystkimi siłami ratować i odbudowywać – ale nie uchwałą, która nie wskrzesza, nie pomaga spółdzielczości polskiej – związki rolników. Przywrócić kontraktację płodów rolnych. Nie narzekać, że my się nie znamy. Powiedzcie tylko, czego od nas chcecie.

Spółdzielczość polska musi otrzymać tanie kredyty, musi być zwolniona, w pewnym sensie, od podatków. Jako spółdzielcy przez 10 lat ponosimy wszelkie ciężary, jakie tylko może państwo nałożyć na jakąś organizację. Od 10 lat w Myszyńcu, gdzie jestem, 35 spółdzielczych sklepów ma kasy fiskalne, a teraz 70, prawie 80. Nie mówię już o tych, którzy obracają ogromnymi miliardowymi sumami w handlu zagranicznym i prawie nie płacą podatku. Mało tego, likwiduje się firmy, likwidują się same, upadają, a następnym płaci się za budowę, rzekomo, nowych miejsc pracy.

Jeżeli tego nie uczynimy, to zostawimy w spadku po sobie bezrobocie większe o około dwa miliony.

I ostatnia sprawa.

Panie Marszałku! Wysoka Izbo!

Moi poprzednicy mówili o kombatantach – był 8 maja. Zwracali się do mnie moi koledzy z Armii Krajowej. Dom Pasty w Warszawie – relikwia żołnierzy Armii Krajowej, relikwia Powstania Warszawskiego został przekazany, nie wiem za ile, Issenbaumom. Mało tego, panowie Issenbaumowie mają możliwość produkowania i rozlewania wódki. Dorobili się na tym. Jadąc pekaesem do domu rozmawiałem z ludźmi, którzy pracują na, podobno, 10-hektarowym placu budowy instytucji Issenbaumów.

To co wywalczyło czterdziestu czterech ludzi, osiemdziesięciu rannych... Niewiele nam życia zostało. Dajcie nam, dajcie ludziom to, żeby tym następnym pokoleniom powiedziano, że ktoś docenił tę krew. A tak zdeptano naszą godność, naszą walkę za naród i naszą ojczyznę, Polskę. Dziękuję bardzo, Panie Marszałku.

Senator Stanisław Sikorski:

Panie Marszałku, *ad vocem*.

Chciałbym poprawić kolegę senatora. Chodziło zapewne o fundację Zygmunta Nissenbauma. (Senator Stanisław Ceberek: Proszę, nie zrozumiałem co pan powiedział?)

Poprawiłem tylko nazwisko.

Marszałek Adam Struzik:

Informuję, że protokół z dziewięćdziesiątego dziewiątego posiedzenia Senatu Rzeczypospolitej Polskiej w trzeciej kadencji, zgodnie z art. 34

(marszałek A. Struzik)

ust. 3 Regulaminu Senatu, będzie udostępniony senatorom w terminie 21 dni po posiedzeniu Senatu w Biurze Prac Senackich, pokój nr 253.

Zamykam pięćdziesiątą dziewiątą posiedzenie Senatu Rzeczypospolitej Polskiej w trzeciej kadencji.

(Marszałek trzykrotnie uderza laską marszałkowską).

(Koniec posiedzenia o godzinie 19 minut 05)