

MAGDALENA SOKOŁOWSKA

## ZDROWIE JAKO ELEMENT WALKI ROBOTNIKÓW

### WPROWADZENIE

Sfera zdrowotności często wymyka się analizie socjologicznej. Organizatorzy Zjazdu zmienili tytuł tego referatu na *Robotnicy w walce o zdrowie*, co może sugerować, że kwestie związane ze zdrowiem stanowią jakąś odrębną kategorię i że należy je analizować oddzielnie. Nie wydaje się to trafne. Wprawdzie czynnik zdrowia w walce robotników ma pewne swoiste cechy (będzie o tym mowa poniżej), ale jest to integralna składowa całego kontekstu owej walki. Zdrowie zajmuje w niej wysoką pozycję.

Analizując strajki w roku 1980 i 1981, można wyróżnić trzy okresy. Pierwszy – typowy dla letnich strajków – odznaczał się postulatami głównie płacowymi, celami lokalnymi, ograniczonymi przeważnie do jednego przedsiębiorstwa. W okresie drugim, jesiennym, zmienił się charakter owych żądań oraz celów: objęły one mianowicie sferę zdrowia i oświaty<sup>1</sup>. Okres trzeci – bliższy chwili obecnej – jest jakby odzwierciedleniem przekonania, że kwestii zdrowia i oświaty nie da się rozwiązać bez zasadniczych zmian systemowych. W związku z tym wyraźnie zmniejszyło się zainteresowanie tą problematyką. Zostawiono ją „na potem”, kiedy zmieniają się już podstawowe struktury. Sądzę, że jest to poważny błąd, gdyż wiele kwestii związanych ze zdrowiem można rozwiązać w tzw. międzyczasie, a nawet trzeba – jeśli mamy ów „międzyczas” przeżyć. Jest to jedna ze specyficznych cech dziedziny zdrowotności, gdyż niektóre jej aspekty mają wymiar ponadczasowy, warunkujący egzystencję innych sfer życia społecznego.

W związku z poruszaną tu tematyką swoistość zdrowia polega jednak na tym, że reprezentantami żądań w tej dziedzinie nie są bezpośrednio robotnicy. W Gdańsku wystąpili zbliżeni do nich statusem pracownicy służby zdrowia. Na czele stanęła pielęgniarka ze Stoczni Gdańskiej i kilka innych osób, głównie spośród

---

<sup>1</sup> Typowy dla tego etapu był silnie wspomagany przez robotników listopadowy strajk okupacyjny w Urzędzie Wojewódzkim w Gdańsku pracowników służby zdrowia i oświaty.

tw. personelu pomocniczego. Oni też prowadzili pierwsze pertraktacje z Komisją Rządową pod przewodnictwem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej – profesora medycyny. Chciałabym zwrócić uwagę na ogromne różnice zachodzące między tymi partnerami, związane z ich odmienną pozycją w obrębie systemu medycyny. W późniejszym okresie nastąpiła nieuchronna profesjonalizacja żądań pierwotnie robotniczych. Postulaty dotyczące zdrowotności były przejmowane przez lekarzy, a skuteczność ich realizacji wielokrotnie zależała od stanowiska i prestiżu ich rzeczników, co w medycynie wiąże się przede wszystkim z czynnikiem fachowości.

Stefan Nowak powiedział w swym referacie na tym Zjeździe, że walka robotników podjęta była w imię uwiarygodnienia i realizacji niektórych haseł socjalizmu, haseł, które zostały zinternalizowane w społeczeństwie, mimo, że nie było „nadawcy”. W dziedzinie zdrowotności były to hasła socjalistycznej służby zdrowia: bezpłatność, powszechność, dostępność. Można tu przytoczyć wyniki badania przeprowadzonego przez amerykańskiego socjologa Marka Fielda; potwierdzają one omawianą kwestię. Mianowicie, bezpośrednio po zakończeniu II wojny światowej Field zbadał w Monachium, w obozie dla tzw. *displaced persons*, kilkuset pracowników służby zdrowia, uciekinierów ze Związku Radzieckiego. Ku swemu zdziwieniu stwierdził on, że znaczna większość badanych była przekonana o wyższości radzieckiej służby zdrowia (do modelu radzieckiego chcieli tylko dodać niemieckie wyposażenie). Co więcej – powtórzenie tego badania po kilku latach w USA dało odpowiedzi niemal identyczne.

Wśród żądań robotniczych objętych porozumieniami zawartymi przez Komisję Rządową i Międzyzakładowe Komitety Strajkowe w Gdańsku, Szczecinie i Jastrzębiu, na poczesnym miejscu znalazła się zdrowotność. Nigdy dotąd w powojennej historii Polski sprawy te nie zajmowały tak wysokiej pozycji, ich rzecznikami stali się robotnicy, a następnie poparł to w skali krajowej potężny ruch ogólnospołeczny. W eseju tym podjęłam próbę naszkicowania przyczyn, które sprawiły, że zdrowie wysunęło się na jedno z głównych miejsc w proteście społecznym. Będą również opisane niektóre formy owego protestu i jego skutki – po upływie roku. Należy pamiętać, że proces przemian zachodzących w Polsce daleki jest od zakończenia i że jest to pierwsza analiza jego aspektów „zdrowotnych”.

## SOCJALISTYCZNA SŁUŻBA ZDROWIA

Jedną z głównych sił atrakcyjnych nowego ustroju w Polsce po roku 1945 była służba zdrowia. Jej urokliwe hasła: powszechna, dostępna, bezpłatna, głęboko zapadły w duszę narodu wyczerpanego wojną, a przy tym pamiętającego czasy

przedwojenne, kiedy to bariery ekonomiczne utrudniały dostęp do służby zdrowia większości obywateli. Za nowym modelem opowiadała się również większość lekarzy, gdyż historyczne i kulturowe tradycje zawodu lekarza w Polsce były takie, że słabiej w porównaniu z wieloma innymi krajami występowały w nim elementy „wolnego zawodu”, natomiast silniej pierwiastki posłannictwa i służby społecznej. W opublikowanych przed wojną pamiętnikach lekarzy<sup>2</sup> często powtarza się wątek gorzkości lekarza bezsilnego wobec praw ekonomicznych rządzących jego stosunkiem do chorego człowieka. Nowy ustrój zapewniał lekarzom swobodę leczenia, a pacjentom swobodę poddawania się leczeniu. Była to ogromna siła przyciągająca.

Z początkiem lat 50. Polska wkroczyła w okres pospiesznej industrializacji. Wiązało się to z rozbudową przemysłowej służby zdrowia, która miała realizować postulaty polityki klasowej przez stworzenie uprzywilejowanych warunków opieki zdrowotnej dla klasy robotniczej. Ówczesny Minister Zdrowia pisał: „Nie odmawiając pomocy niezbędnej dla utrzymania życia lub uniknięcia kalectwa wszystkim grupom społecznym – będziemy prowadzili politykę klasową. Pamiętamy o niejednorodności społecznej szerokiej masy ubezpieczonych. Skupimy wysiłki i środki przede wszystkim na otoczeniu opieką klasy robotniczej i jej przodujących grup, górników i robotników wielkoprzemysłowych... Służba zdrowia, która kiedyś służyła w olbrzymiej większości tylko klasom posiadającym, ma obecnie za zadanie zdecydowanie przestawić swą działalność i zapewnić opiekę lekarską masom pracującym, budującym lepszą socjalistyczną przyszłość naszego kraju, a przede wszystkim przodującej klasie robotniczej...”<sup>3</sup>.

W tym czasie zostałam lekarzem naczelnym w kilkunastotysięcznym kombinacie włókienniczym w Łodzi i przystąpiłam do organizacji wzorcowej placówki służby zdrowia, mającej realizować owe założenia. Powstanie takiej nowej formy opieki zdrowotnej obudziło w pracownikach przemysłu nieznaną przedtem wymagania i potrzeby. Zbliżenie fachowej opieki do robotników nauczyło ich korzystać ze służby zdrowia, ale równocześnie odczuwać coraz dotkliwiej wszystkie jej niedomagania i braki. „Tam gdzie przed kilku laty domagali się pielęgniarki – dziś żąda się lekarza; tam gdzie niedawno przyjęcie jednego lekarza było żądaniem, jak się wydawało, ostatecznym, dziś odczuwa się potrzebę

<sup>2</sup> *Pamiętniki lekarzy*, ZUS 1939.

<sup>3</sup> J. S z t a c h e l s k i, *Plan 6-letni w służbie zdrowia*, „Zdrowie Publiczne” 1950, nr 9/12 oraz *Wtyczne pracy służby zdrowia na 1951 r.*, „Służba Zdrowia” 1951, nr 11/12.

zaangażowania kilku specjalistów<sup>4</sup>. Z tego punktu widzenia przemysłowa służba zdrowia realizowała zamierzone cele.

W skali kraju coraz wyraźniej odczuwano jednak różnicę między hasłami a rzeczywistością. Rzeczywista pozycja służby zdrowia zależała od obowiązującego podziału gospodarki narodowej na dwie sfery: produkcji i usług. Służba zdrowia (i oświata) były zaliczone do usług i jako takie uchodziły za mniej ważne sfery życia społecznego. Miało to rozmaite skutki, m.in. niewielki udział w budżecie państwa i podziale dochodu narodowego, niższe płace pracowników służby zdrowia w porównaniu z pracownikami działów produkcyjnych, wysoce niewystarczające liczby łóżek szpitalnych itd. Taka rzeczywistość kłóciła się z ideałami powszechnej dostępności i bezpłatności, tym bardziej, że chłopcy indywidualni aż do roku 1973 nie mieli prawa do tych świadczeń. Ponieważ zaś przestały istnieć rozmaite spółdzielcze i samorządowe formy inicjatywy oddolnej, to chłopom pozostawał wybór między lekarzem prywatnym a odpłatnymi świadczeniami zuniformizowanych placówek państwowych.

W przemyśle panował bezwzględny priorytet produkcji nad innymi postulowanymi rolami przedsiębiorstwa socjalistycznego, m.in. nad proklamowaną rolą humanizującą. Świadczenia przemysłowej służby zdrowia były wyłącznie dla pracowników, nie obejmowały ich rodzin. Jeden z głównych przywilejów, polegający na dowolnym wyborze między lekarzem terenowym a przemysłowym, został wycofany już po kilku latach. Odtąd – jeśli w zakładzie był lekarz, to poza przypadkami chorób obłożnych, robotnik musiał korzystać z jego usług. Zaś pracownicy służby zdrowia tracili czas i energię na działania w istocie pozorne, jak np. masowe badania profilaktyczne. Były to powierzchowne przeglądy, od lat uznane przez fachowców za mało użyteczne, gdyż wykrywalność schorzeń w tego typu badaniach jest bardzo niska, a wyegzekwowanie wynikających z nich zaleceń najczęściej nierealne, budzące opór nie tylko kierownictwa technicznego, ale i samych robotników. Istniały bowiem bodźce finansowe w postaci tzw. dodatku za szkodliwość (tj. za pracę na stanowiskach uznanych za szkodliwe dla zdrowia), podczas gdy przeniesienie do innej pracy najczęściej wiązało się ze zmniejszeniem zarobków.

Głównym zadaniem przemysłowej służby zdrowia, od początku jej istnienia, była tzw. walka z absencją chorobową. Cel ten został sformułowany już w roku 1950. Oto słowa ówczesnego dyrektora Departamentu Lecznictwa i Profilaktyki w Ministerstwie Zdrowia: „Zagadnienie absencji chorobowej musi stać się czołowym problemem całej służby zdrowia... Jednym z najpoważniejszych

<sup>4</sup> M. Sokołowska, *Aktualna sytuacja w przemysłowej służbie zdrowia w Polsce*, „Medycyna Pracy”, 1959, nr 1.

środków do walki z nieobecnością przy pracy na skutek choroby jest ochrona zdrowia w zakładach pracy. Stan ilościowy i jakościowy placówek musi być zwiększony...<sup>5</sup>.

Walkę z absencją chorobową prowadzono głównie metodami administracyjnymi. Np. w latach 50., a niekiedy i później, warunkiem uzyskania zwolnienia lekarskiego z pracy była wysoka temperatura. W roku 1958 weszła w życie ustawa o zwalczaniu nadużyć w zakresie wykorzystywania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy. Wprowadziła ona w zakładach przemysłowych zasadę limitowania kredytów na zasiłki chorobowe. Ustawa nakładała także obowiązek kontrolowania osób korzystających ze zwolnień lekarskich. Np. w latach 1958-1964 skontrolowano blisko 3 mln osób podejrzanych o naruszenie zaleceń lekarskich i ukarano z tego tytułu ponad 100 tys. osób pozbawieniem zasiłku lub wynagrodzenia za około 450 tys. dni<sup>6</sup>. Wraz z wprowadzeniem limitów na zasiłki chorobowe przyznano specjalny dodatek pieniężny dla lekarzy przemysłowych, co niektórzy z nich odczuli jako wynagrodzenie za rolę „dozorcy absencji chorobowej”<sup>7</sup>. Dla robotników wprowadzono zaś dodatek za pracę bez absencji (tzw. 14-tka) w oparciu o lansowaną tezę, że jeśli praca będzie się bardziej opłacać niż choroba, to zmniejszy się absencja chorobowa. Badania ankietowe przeprowadzone w roku 1979 w Hucie WARSZAWA i Zakładach Mechanicznych URSUS i potwierdzone w innych zakładach, wykazały, że połowa chorych robotników nie opuszcza pracy, a ponad 40% robotników stwierdziło, że na skutek zwolnień chorobowych ponoszą straty finansowe<sup>8</sup>. Absencja chorobowa była klasycznym „chłopcem do bicia”: każdy resort zwał pod koniec roku winę na absencję za niewykonanie planów produkcyjnych.

Szacunki przeprowadzone w przemyśle warszawskim wykazały, że na opiekę zdrowotną na jednego pracownika wydaje się rocznie około 40 zł<sup>9</sup>. Wprawdzie na początku lat 60. opracowano akty prawne, regulujące wysokość świadczeń przemysłu na ochronę zdrowia pracowników, ale nie zostały one zrealizowane.

Wszystkie istniejące materiały świadczą o dużym zagrożeniu dla zdrowia w przemyśle w Polsce. Ryzyko zdrowotne wiąże się zarówno ze specyficznymi szkodliwościami, jak z ogólnie złymi warunkami pracy i dojazdu do pracy,

<sup>5</sup> J. Wołański, *Pierwsze dane o absencji chorobowej*, „Służba Zdrowia” 1950, nr 5; oraz *Zdrowotny punkt w organizacji lecznictwa pracowniczego*, „Służba Zdrowia” 1951, nr 7.

<sup>6</sup> J. Stoberski, *Limitowanie kredytów na zasiłki chorobowe celem czy środkiem działania?*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 1966, nr 1.

<sup>7</sup> W. Zemanek, *Dlaczego absencja nie spada?*, „Służba Zdrowia” 1961, nr 1.

<sup>8</sup> K. Czabański, *Wywiad z dr Piotrem Krasuckim*, „Kultura” 3.XI.1980 r.

<sup>9</sup> *Ibidem*.

odżywianiem, itd. Za warunki pracy odpowiada pion bezpieczeństwa i higieny pracy, podlegający dykcjom przedsiębiorstw. Ponad 3/4 budżetu przeznaczona na środki ochrony osobistej (jak odzież ochronna, obuwie specjalne, sprzęt ochrony osobistej i odżywianie ochronne), tj. na środki niezbędne dla ochrony zdrowia i życia człowieka pracującego w szkodliwych warunkach, ale zbędnych kiedy warunki pracy ulegają poprawie. Koncentracja działalności bhp na środkach ochrony osobistej stwarza klimat uspokojenia lub wprowadza w błąd. Np. używana przez pion bhp nazwa „odżywianie ochronne” oznacza mleko, chociaż wiadomo, że mleko nie posiada właściwości chroniących przed skutkami pracy w warunkach szkodliwych dla zdrowia<sup>10</sup>. Oto barwna wypowiedź lekarza przemysłowego:

*„«Odżywianie ochronne» kojarzy mi się zawsze z rzędem brudnych baniek, w których chlupie rozwodnione mleko, stanowiące żelazną pozycję ochronnego odżywiania... Kiedyś, przerażony stanem higienicznym mleka czekającego na przegotowanie, wezwałem pracownika San-Epidu-u. Wspólnie wyłowiliśmy z bańki całą garść jakichś patyków i igliwia. Przystawałem się dziwić sygnałom, że większa część mleka wędruje w butelkach poza zakład, z przeznaczeniem dla podtrzymania hodowli świń. Razem z behapowcem doprowadziliśmy wreszcie do wybudowania osobnego pomieszczenia dla wydawania mleka i bhp sprowadziło kotły do gotowania, ale zawsze wydaje mi się, że razem ze strugą mleka wycieka wiele niewykorzystanych złotych... Biała „odtrutka” płynie szeroką rzeką. Potem, kiedy się okazało, że mleko nie jest „odtrutką”, na bańki z mlekiem nałożono bardziej odpowiedzialną rolę. Na moją propozycję zaprzestania wydawania mleka na wynos, oświadczone mi z oburzeniem, że mleko jest zdobyczą klasy robotniczej. I tak już pozostało”<sup>11</sup>.*

Poważnym problemem są wypadki. W roku 1971 przestano publikować w Rocznikach Statystycznych statystyki, niepełne zresztą, dotyczące wypadków. Dane te były wielokrotnie kwestionowane w ciągu ubiegłego 25-lecia, zarówno przez badania i sondaże przeprowadzane przez rozmaite placówki naukowe jak i przez liczne kontrole Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i organów związkowych. I tak np. badania sondażowe Centralnego Instytutu Pracy za rok 1970 wykazały, że w okresie roku wypadkom związanym z pracą ulega przeciętnie około 35% pracowników przemysłu, przy czym wzięto pod uwagę tylko te wypadki, na

<sup>10</sup> M. Sokołowska, *Funkcjonowanie przemysłu a zdrowie*, [w:] J. Szczepański (red.) *Przemysł a społeczeństwo w PRL*, Ossolineum 1969.

<sup>11</sup> R. Opoczyński, *Lekarze przemysłowi*, B. Nowakowski, M. Sokołowska, A. Sarapata (red.), Ossolineum 1965.



które było wystawione zwolnienie lekarskie. Wielokrotnie wskazywano również, że około 20–50% wypadków przy pracy rejestruje się jako wypadki poza pracą. Odnosi się to szczególnie do wypadków drobnych i lekkich; przeciętnie tylko około 30% takich wypadków uznaje się i rejestruje jako wypadki przy pracy. Według Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi wypadki drobne w przemyśle włókienniczym wynoszą ponad 90% wszystkich wypadków przy pracy. Jeśli przyjąć, że prawdziwa jest w sprawozdawczości oficjalnej liczba wypadków ciężkich i śmiertelnych, to według szacunku Centralnego Instytutu Ochrony Pracy – wypadkowość przy pracy w roku 1971 wynosiła trzykrotnie więcej niż wykazywał Rocznik Statystyczny z roku 1971. Statystyki GUS do roku 1977 obejmowały tylko takie wypadki przy pracy, które powodują co najmniej jeden dzień niezdolności do pracy, a od 1.01.1977 r. istnieje obowiązek zgłaszania do GUS tylko wypadków powodujących niezdolność do pracy powyżej 3 dni. W wyniku tych zarządzeń większość zakładów nie prowadzi obecnie nawet rejestru wypadków drobnych (powodujących niezdolność do pracy od 1 do 3 dni), a tym samym nie analizuje się ich okoliczności i przyczyn. Zatem poza oficjalnymi statystykami pozostaje olbrzymia nieuchwytna liczba wypadków przy pracy, które powodują przemijającą (może pozornie) niezdolność do pracy jednego pełnego lub niepełnego dnia pracy. Takie wypadki mogą również dawać odległe skutki zdrowotne i społeczne.

W dodatku oficjalne dane nie obejmują działów gospodarki znajdujących się poza statystyką GUS. Chodzi tu głównie o wypadki przy pracy oraz choroby związane z pracą osób prowadzących własne zakłady pracy, a także członków ich rodzin. Wypadki przy pracy i choroby zawodowe tej grupy ludności nie są rejestrowane, gdyż z punktu widzenia prawnego nie są wypadkami przy pracy. Tymczasem liczba osób zatrudnionych w gospodarce nieuspołecznionej stanowi prawie 1/4 ogółu zatrudnionych. Najistotniejszą pozycją w zatrudnieniu w gospodarce nieuspołecznionej jest rolnictwo. Badania naukowe, tylko wycinkowe zresztą, rzucają światło na zagadnienie wypadków oraz chorób i ich skutków, związanych z pracą w rolnictwie. Badania te nie odnoszą się na ogół do indywidualnych gospodarstw rolnych, które stanowią ponad 90% ogółu gospodarstw. Nie ma również danych dotyczących prawie pół miliona osób zatrudnionych w gospodarce nieuspołecznionej poza rolnictwem, głównie w rzemiośle i w drobnej wytwórczości. Ponieważ park maszynowy jest tam stary, a pomieszczenia do pracy nieodpowiednie, można przypuszczać, że liczba wypadków i chorób związanych z pracą jest tam znaczna<sup>12</sup>. Przez ostatnie lata na łamy prasy tylko

---

<sup>12</sup> *Sytuacja ludzi niepełnosprawnych i stan rehabilitacji w PRL*, Ekspertyza PAN, 1978.

z rzadka dostawały się wiadomości o wypadkach w zakładach przemysłowych. Był to temat tabu.

Lekarze przemysłowi bezskutecznie usiłowali przeciwstawiać się tej sytuacji. Oto wspomnienia jednego z lekarzy:

*„Dzisiaj miałem niezbyt przyjemną rozmowę telefoniczną z behapowcem pewnego wydziału. Poszło o to, że jednemu z pracowników wypisałem na druku L4 symbol wypadku przy pracy.*

– *Pan nie ma prawa wypisywać takiego symbolu, o ile wpierv pracownik nie spisze protokołu wypadkowego! Skąd pan wie, że to było w czasie pracy?*

– *Panie inżynierze, jeżeli chory przychodzi w ubraniu roboczym i twierdzi, że przed chwilą coś go uderzyło w oko, a ja stwierdzam, że w rogówce jest świeża rana, to chyba wystarczy, aby nabrać pewności, że wypadek nastąpił w czasie pracy.*

*Na razie byłem spokojny.*

– *My mamy inne zarządzenia, a poza tym pacjent nie ma świadków na to, że wypadek miał miejsce w czasie pracy. My tego nie uznamy.*

– *A jeżeli pracownik zginie w czasie pracy i nie będzie na to świadków, czy także nie uznacie tego jako wypadku przy pracy?*

*Powoli zaczęła mnie ponosić.*

– *Jeżeli pan taki mądry, to my z panem inaczej tę sprawę załatwimy.*

– *My, to znaczy kto?*

*Brak odpowiedzi, słyhać stuk odkładanej na widelki słuchawki. Rozmowa skończona – ale nie koniec sprawy.*

*Za kilkanaście minut zaterkotał telefon, dzwonił główny inżynier bhp.*

– *Panie doktorze, ja tu do pana z pewną sprawą z wydziału N. Pan nie miał prawa tak postąpić. Proszę zrozumieć, że jeżeli pracownik nie ma świadków, to my nie możemy tego uznać jako wypadek przy pracy i prosimy bardzo, aby pan raczył zmienić symbol – inżynier tłumaczył mi spokojnie pewnym siebie głosem.*

– *Ależ panie inżynierze, proszę zrozumieć, że to jest naprawdę wypadek przy pracy i trudno mi dać inny symbol.*

– *Ja jednak proszę, aby pan raczył zastosować się do obowiązujących u nas przepisów.*

*Rozmowa skończyła się spokojnie i grzecznie. Ale co ja miałem robić? Poszedłem do kierowniczkii centralnej przychodzi.*

– *Pani doktor, co mam zrobić z tym fantem? – dokładnie wyjaśniłem o co chodzi.*

– *Kolego, właściwie to pan ma rację, ale z „tymi” z zakładu nie wiadomo, jak postępować. Trudno z nimi zadzierać. Najlepiej zróbcie jak uważacie.*



- Podziękowałem za radę... i powoli zaczynałem się łamać.  
Częściowo dobił mnie pracujący ze mną felczer Wladek.*
- *Panie, co się pan upiera. Przecież nic panu z tego nie przyjdzie, narazi się pan zakładowi – a chory tylko na tym straci.  
Miał rację. Ostatnie, słabe zresztą opory, przelamał we mnie sam pacjent.*
  - *Panie doktorze, niech pan da symbol wypadku poza pracą, bo mi nie wypłacą zasiłku albo wpiszą, że to moja wina i potrącą premię.  
Spokojnie skreśliłem symbol „p” i numer statystyczny, wpisałem do rubryki „wypadki poza miejscem pracy”. Pacjent odszedł zadowolony”<sup>13</sup>.*

W miarę upływu lat utraciły sens pierwotne założenia, w myśl których uprzywilejowaną opieką zdrowotną otacza się robotników w przemyśle. Coraz częściej przemysłowa służba zdrowia była utożsamiana z zakładową służbą zdrowia, organizowaną wprawdzie w miejscu pracy, ale takim jak biura i urzędy. Sytuacja w tej dziedzinie odzwierciedlała rosnącą patologię całego systemu.

Rozwinął się system uprzywilejowanego leczenia – dla elity władzy z rodzinami – i było o tym coraz głośniejsze, choć milczały oficjalne przekazy. Nie było mowy o zbadaniu owego zjawiska; ci, którzy korzystali z tego systemu nie kwapili się do ujawniania informacji. Jak się wydaje, panowały tam ściśle podziały, odpowiadające zajmowanej pozycji, a może i innym wyznacznikom. Niektórzy byli uprawnieni do użytkowania tylko polikliniki, a inni mogli także położyć się do łóżka w Lecznicy Ministerstwa Zdrowia (w zróżnicowanych zresztą pokojach i piętrach), czy korzystać ze specjalnych domów wypoczynkowych, sanatoriów i innych świadczeń. W sytuacji gwałtownie pogarszających się warunków w ogólnej służbie zdrowia „przecieki” o luksusach dla elity były szczególnie irytujące. Najgłośniejsza była sprawa budowy nowej lecznicy w Aninie. Zapisem cenzury objęto ten fakt od samego początku, zakazując pisanie o wycinaniu lasu pod budowę owego obiektu, przy równoczesnym wręcz natarczym reklamowaniu powstającego w bliskim sąsiedztwie giganta – Centrum Zdrowia Dziecka. Dochodziły wieści o luksusowym wyposażeniu lecznicy i odpowiednich do tego kosztach, wielokrotnie przewyższających koszt normalnego szpitala. Sprawa lecznicy stała się jawna dopiero w początku roku 1980, kiedy ówczesny premier podarował ją ówczesnemu ministrowi zdrowia na Instytut Kardiologii, co zostało ogłoszone przez wszystkie publikatory i potraktowane jako osiągnięcie socjalistycznej służby zdrowia.

---

<sup>13</sup> R. Poczeciński, *Lekarze przemysłowi*, B. Nowakowski, M. Sokołowska, A. Sarapata (red.), Ossolineum 1965.

Zakazem publikacji objęte były dane mające podstawowe znaczenie dla zdrowia publicznego. M.in. wszelkie informacje o masowych zatruciach i zachorowaniach, o masowych zatruciach pokarmowych w jadłodajniach i stołówkach, w zakładach pracy, ośrodkach wczasowych i koloniach letnich, o występowaniu w kraju epidemii chorób zakaźnych (w tym również grypy). Zakaz dotyczył również informacji o zagrożeniu zdrowia i życia spowodowanym przez przemysł i środki chemiczne stosowane w rolnictwie. Nie wolno było pisać o zanieczyszczeniach atmosfery, wody, gleby i środków spożywczych, jak również o lokalizacji zakładów przemysłowych, wpływających niekorzystnie na środowisko naturalne. Zakaz obejmował poza tym oddzielnie wyszczególnione zagrożenie zdrowia pracowników zatrudnionych przy produkcji polichlorku winylu oraz niebezpieczeństwo wynikające ze stosowania go w budownictwie, bądź wprowadzania na rynek w wyrobach przemysłu chemicznego.

Zakazem publikowania „krytycznych” materiałów objęta była również służba zdrowia. Źródłem widzenia rzeczywistości w tej dziedzinie były głównie intuicje i spekulacje, a jeśli badania empiryczne – to zwykle motywacji, postaw i opinii, a nie faktycznego funkcjonowania. Panował styl frazeologiczno-apologetycznego podchodzenia do socjalistycznej służby zdrowia. Jej „bólczkami” stosunkowo najczęściej zajmowali się dziennikarze, usiłujący opisywać niedomagania występujące w takich czy innych placówkach służby zdrowia, braki w zaopatrzeniu, czekanie na lekarza w dzielnicy N, na łóżko w szpitalu w miejscowości X, itd. Nie było materiałów umożliwiających orientację w najważniejszych sprawach dotyczących działalności i efektywności całego systemu opieki zdrowotnej. Nie mam na myśli czegoś tak informatywnego jak np. raport na temat Państwowej Służby Zdrowia w Wlk. Brytanii z roku 1979<sup>14</sup>. Chodziło o najbardziej podstawowe dane, obrazujące kwestie dostępności do rozmaitych rodzajów leczenia różnych grup ludności, wydatków na służbę zdrowia ponoszonych przez państwo i przez obywateli, rozdziału środków w obrębie resortu zdrowia, funkcjonowanie leczenia spółdzielczego i prywatnego itd.

Opracowania naukowe ukazujące rzeczywistą sytuację w określonych sferach życia społecznego, odpowiadające na pytanie „jak jest?”, a także „co robić?”, nie były rozpowszechnione. W dziedzinie zdrowotności znany mi jest los dwóch takich opracowań: *Raportu o problemach polityki wobec alkoholu* i ekspertyzy *Sytuacja ludzi niepełnosprawnych i stan rehabilitacji w PRL*. Pierwsze opracowanie zostało wykonane przez Zespół Ekspertów przy Stałej Komisji Rady Ministrów ds. Walki z Alkoholizmem w 1978 r. Na okładce istniał napis „Do użytku wewnętrznego”,

<sup>14</sup> *Report of the Royal Commission on the National Health Service*, London 1979.

a nakład wynosił 120 egzemplarzy. Raport był objęty zakazem rozpowszechniania<sup>15</sup>. Drugie opracowanie, wykonane przez Komitet Rehabilitacji i Adaptacji Człowieka PAN, miało nadruk „Do użytku służbowego” i było traktowane jako wewnętrzne wydawnictwo PAN. Nakład wynosił 300 egzemplarzy.

W roku 1979 powstała *Ocena sytuacji zdrowia społeczeństwa oraz stanu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej*, wykonana przez Sejmową Komisję Zdrowia i Kultury Fizycznej – pierwsza prawdziwa, wszechstronna analiza. Ponieważ nie opublikowano jej, to nigdy nie dotarła do opinii publicznej. Po urzędach i instytucjach krążyły rozmaite materiały „do użytku wewnętrznego”, ale dostęp do nich był trudny lub wręcz niemożliwy, nawet dla wąskich kręgów fachowców z zewnątrz; najczęściej nie wiedzieli oni, że takie czy inne opracowania w ogóle istnieją. Wątpię, czy był ktoś, kto panował nad całością, tj. znał wszystkie takie materiały. Tę sytuację poprawiła nieco podjęta przez socjologów analiza wtórna wyników badań międzynarodowych<sup>16</sup>, która umożliwiła przeprowadzenie wieloaspektowego porównania naszej służby zdrowia z innymi krajami. Wnioski wynikające z tej analizy były dla nas niepomysłne<sup>17</sup>.

### **PRZEBIEG WALKI ROBOTNIKÓW: SIERPIEŃ – GRUDZIEŃ 1980<sup>18</sup>**

Strajk robotników rozpoczęty w sierpniu 1980 tym różnił się od protestów robotniczych z roku 1956, 1970 i 1976, że podjęty był w imię interesów całego społeczeństwa i obejmował najżywniejsze problemy ogólnonarodowe, m.in. problemy zdrowotności, czego nie było poprzednio. Rozlał się też na cały kraj, obejmując wszystkie grupy i zbiorowości społeczne. Jeśli chodzi o pracowników służby zdrowia, to zgodnie z polską tradycją historyczną i kulturową, strajk nie uchodzi za właściwą dla nich formę protestu. Służba zdrowia jest w świadomości społecznej służbą społeczną o humanitarnym, ogólnoludzkim charakterze. Jako taka nie może przerwać swojej pracy, bez względu na pobudki. O ile mi wiadomo, to w powojennej Polsce był tylko jeden protest pracowników służby

<sup>15</sup> W tej chwili jest w druku 30 000 egzemplarzy w Instytucie Wydawniczym Związków Zawodowych.

<sup>16</sup> W badaniach tych ze strony polskiej uczestniczył zespół z Instytutu Medycyny Społecznej AM w Łodzi pod kierunkiem J. Indulskiego.

<sup>17</sup> A. R y c h a r d, *Opieka zdrowotna w regionie Łodzi w latach 1967–1969 na tle jedenastu wybranych regionów zagranicznych. Potrzeby, zasoby i wzory korzystania. Analiza wtórna*, „Zdrowie Publiczne” 1980, nr 10 i 11.

<sup>18</sup> Szczegółowy opis znajdzie się w opracowywanych obecnie raportach z badań prowadzonych przez socjologów z Gdańska (Marek Latoszek i współprac.) i ze Szczecina (Teresa Makowska).

zdrowia w postaci strajku, a mianowicie odizolowany strajk pielęgniarek warszawskich w roku 1963, żądających podwyższenia płacy, lepszych warunków pracy i wyższej pozycji swojego zawodu. Ślady po tym strajku zostały zresztą skrętnie zatarte<sup>19</sup>.

W sierpniu 1980 r. pracownicy służby zdrowia w Trójmieście zostali zwolnieni ze strajku. W ich imieniu strajkowali robotnicy. Wszystkie pionierki służby zdrowia funkcjonowały normalnie. („Nie odnotowuje się nieobecności lekarzy i personelu średniego, mimo że szczątkowo działająca komunikacja utrudnia im bardzo dotarcie do pracy”<sup>20</sup>). Co więcej, dyżury lekarsko-pielęgniarskie w stoczniach i innych większych strajkujących zakładach zostały wzmocnione i przedłużone na całą dobę<sup>21</sup>. Pracownicy służby zdrowia nosili opaski o barwach narodowych i inne insygnia na znak, że solidaryzują się z ogólnospołeczną akcją. Zwyczaj ten utrwał się zresztą podczas kilkumiesięcznej fali strajków, jaka ogarnęła kraj: czynne szpitale, przychodnie i apteki były udekorowane chorągiewkami, hasłami i emblematami Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego „Solidarność” – już od początku września, tj. od chwili powstania tej organizacji. Regionalne strajki i protesty w różnych częściach Polski, zwłaszcza w początkowym okresie, miały zresztą często za cel poprawę warunków lecznictwa: chodziło mianowicie o uzyskanie budynków zajmowanych przez rozmaite urzędy i władze z przeznaczeniem na szpitale czy domy opieki społecznej<sup>22</sup>. W niektórych regionach kraju sytuacja lecznictwa przedstawia się po prostu tragicznie.

<sup>19</sup> M. F i g i e l s k a, *Strajk pielęgniarek z roku 1963 – próba analizy*, (praca magisterska) Instytut Socjologii UW, Warszawa 1981.

<sup>20</sup> „Głos Wybrzeża”, 27.08.1980.

<sup>21</sup> T. S i e n k i e w i c z, *Trójmiasto – sobota i niedziela*, „Służba Zdrowia” 29.08.1980.

<sup>22</sup> Słyszany się niekiedy opinie, że organizatorom strajków chodziło nie tyle o uzyskanie pomieszczeń dla służby zdrowia i poprawę warunków leczenia ludności, ile o odebranie budynków ich dotychczasowym użytkownikom; budynki te należały głównie do organów milicji, komitetów partyjnych i Urzędu Rady Ministrów. Te ostatnie – najczęściej luksusowe domy wypoczynkowe dla grupy rządzącej zajmowały ogromne tereny (np. łowieckie), a powstały w tajemnicy (np. w dewastowanych w tym celu rezerwatach przyrody), poza wszelką kontrolą społeczną. Innymi słowy, według powyższych opinii, odbieranie owych budynków było aktem głównie politycznym. Istotnie, jeśli aktem politycznym nazwać działanie, które występuje jako skutek zbiorowego zapiekłego poczucia niesprawiedliwości, a polega na odebraniu własności społecznej nieprawnym właścicielom i przekazaniu jej społeczeństwu. Budynków tych nie przeznaczono na restauracje ani nawet na pomieszczenia sportowe, tylko na szpitale, gdyż te właśnie były najbardziej potrzebne w odczuciu społecznym. Świadczenie owych „aktów politycznych” jednogłośnie podkreślają ogromne osobiste zaangażowanie ówczesnych regionalnych przywódców, pragnących uzyskać możliwie szybką poprawę warunków leczenia ludności w swoich regionach.

Warto wspomnieć, jaki był stosunek władzy robotniczej w Trójmieście do alkoholu. Otóż od samego początku strajku istniał bezwzględny zakaz sprzedaży alkoholu z piwem włącznie i zakaz ten był w pełni respektowany. Zaś w samej stoczni każdy wjeżdżający tam pojazd był dokładnie kontrolowany. Jeśli znajdowano wódkę (mniejsza z tym, skąd się tam brała), to ją publicznie wylewano. Ten niezwykle nastrój spowodował, że „solidny, dwupiętrowy gmach izby wytrzeźwień jest pusty... Starszy lekarz pogotowia... szczególnie akcentuje brak kłopotów z awanturującymi się i porozbijanymi osobnikami w stanie nietrzeźwym. Pogotowie gdańskie nie wyjeżdżało dzisiaj do wypadków drogowych; po prostu nie było wezwań... Także na chirurgii jest spokojniej niż zwykle... przede wszystkim nie ma pacjentów przywiezionych w stanie upojenia alkoholowego i awanturujących się”<sup>23</sup>.

Nowopowstała organizacja miała charakter proletariacki. Kiedy w początku września 1980 Międzyzakładowe Komitety Strajkowe przekształciły się w Międzyzakładowe Komitety Założycielskie NSZZ „Solidarność” z Krajową Komisją Porozumiewawczą w Gdańsku, na czele pracowników służby zdrowia zrzeszonych w „Solidarności” stanęła wspomniana już pielęgniarka i podjęła rozmowy z kierownictwem resortu zdrowia i opieki społecznej, mające na celu uściślenie i realizację postulatów objętych „umową społeczną”, tj. podstawowym porozumieniem podpisanym w stoczni Gdańskiej w dniu 31 sierpnia 1980 r. Jak wiadomo, obejmuje ono 21 punktów. Punkt 16 odnosi się bezpośrednio do pracowników służby zdrowia i brzmi: „Poprawić warunki pracy służby zdrowia, co zapewni pełną opiekę medyczną osobom pracującym”. Podpisując porozumienie, obie strony „uznały za niezbędne natychmiastowe zwiększenie mocy wykonawczych na inwestycje służby zdrowia, poprawę zaopatrzenia w leki drogą dodatkowego importu surowców, podwyżki płac wszystkich pracowników służby zdrowia oraz pilne przygotowanie programów rządowego i resortowego dla poprawienia zdrowia społeczeństwa”. Opracowano także załącznik do postulatu 16, obejmujący 30 punktów szczegółowych żądań. Niemal wszystkie odnoszą się do warunków pracy i płacy personelu służby zdrowia, głównie niższego i średniego.

Podano również do wiadomości publicznej protokół ustaleń w sprawie wniosków i postulatów Międzyzakładowego Komitetu Strajkowego z Komisją Rządową w Szczecinie z dnia 30 sierpnia 1980 r. Zawiera on ważny ustęp dotyczący ochrony zdrowia. W przeciwieństwie do dokumentu gdańskiego mówi się tu nie o pracownikach służby zdrowia, lecz o jej użytkownikach: „Uzgodniono za niezbędną dalszą poprawę leczenia w Polsce, a w szczególności zaopatrzenia

<sup>23</sup> T. Sienkiewicz, *Trójmiasto...*, *op. cit.*

w leki i ujednoczenia opłat za leki dla ubezpieczonych. Utrzymać w mocy dotychczasową nieodpłatność za leki dla rencistów, emerytów, kolejarzy i wojska”.

Jeszcze inny charakter mają postulaty odnoszące się do zdrowotności w protokole porozumienia zawartego przez Komisję Rządową i Międzyzakładowy Komitet Strajkowy w dniu 3 września 1980 r. w Kopalni Węgla Kamiennego „Manifest Lipcowy” w Jastrzębiu na Śląsku. Odnoszą się one wyłącznie do górników i górniczej służby zdrowia, np.: Ustalono zwiększenie kontroli Związków Zawodowych nad pracą służby zdrowia oraz uzależnić przyznanie wszystkich nagród dla zakładowej służby zdrowia od opinii Związków Zawodowych”; „Ustalono uniezależnienie przywilejów w formie 14 pensji i dodatkowej Karty Górnika od ustalonych urlopów okolicznościowych, absencji powypadkowej, okresu rehabilitacji oraz absencji chorobowej wynikającej z choroby zawodowej”; „Zalicza się pylicę płuc do chorób zawodowych, zaliczenie innych chorób do chorób zawodowych uzależnia się od opinii Związków Zawodowych”.

Niech nas nie dziwi obfitość i różnorodność tych wszystkich postulatów, chropawych i chaotycznych. Należy je traktować jako katalog nabrzmiałych problemów, wyrażonych przez ludzi nieprzywykłych do werbalizowania swych żądań (zwłaszcza w tak specjalnej dziedzinie jak zdrowie i medycyna), zredagowanych na gorąco, w okolicznościach dających po raz pierwszy szansę pozytywnego załatwienia. Wiele tych spraw od lat powtarzało się w wypowiedziach przedstawicieli wszystkich grup zawodowych w służbie zdrowia, bez skutku, gdyż niewystarczająca była „siła przebicia”. Nie należy się również dziwić, że tak dużo miejsca, zwłaszcza w pierwszych postulatach gdańskich, zajmują płace. W końcu roku 1978 średnia miesięczna płaca w służbie zdrowia wynosiła 3614 zł; salowe otrzymywały średnio 2622 zł, pielęgniarki – 3212. Płacę niższą od średniej krajowej miało 82,2% pracowników służby zdrowia; w szpitalach brakowało 40% personelu pomocniczego.

Rozpoczęte we wrześniu 1980 r. negocjacje w sprawie płac i innych problemów wymagały nowego stylu pracy administracji państwowej. Ówczesne kierownictwo Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej (a także Ministerstwo Oświaty) nie umiało temu sprostać. Postulaty objęte podpisanymi porozumieniami nie były realizowane. Dwukrotnie dochodziło do rozmów, które kończyły się niczym. Wreszcie w listopadzie 1980 r. pracownicy służby zdrowia w Gdańsku (oraz pracownicy oświaty) podjęli strajk okupacyjny w Urzędzie Wojewódzkim. Uczestniczyli w nim przedstawiciele służby zdrowia ze wszystkich regionów kraju, a studenci akademii medycznych w Gdańsku i Szczecinie wraz z przedstawicielami kadry asystenckiej i sympatyzującymi profesorami przystąpili do strajków solidarnościowych. Był to pierwszy właściwie w naszej historii strajk



pracowników służby zdrowia, w dodatku był to strajk o zasięgu ogólnokrajowym, a także o ogólnospołecznym charakterze postulatów. Oto fragment apelu wystosowanego przez strajkujących do władz:

*„Chcemy być rzecznikami wszystkich obywateli naszego kraju, których narodzinom, życiu i śmierci towarzyszymy w codziennej naszej pracy. Chcemy mówić o interesie:*

- najmłodszych członków społeczeństwa, którzy przychodzą na świat często na wózkach lub noszach z powodu braku łóżek szpitalnych dla rodzających, są narażeni na śmierć lub groźne choroby z powodu katastrofalnego stanu epidemiologicznego naszych szpitali i klinik,*
- wszystkich chorych nie przyjmowanych do szpitali z powodu braku miejsc, mimo że cierpią na groźne, zagrażające życiu schorzenia,*
- chorych nieuleczalnie, którzy nie mogą znaleźć miejsca godnej śmierci,*
- wszystkich chorych, stłoczonych na korytarzach, w przedsionkach pomieszczeń, leżących na wózkach, materacach rozłożonych na podłodze, połamanych leżakach naszych szpitali i klinik,*
- chorych narażonych na śmierć z powodu braku leków niezbędnych do podtrzymywania pracy ich serca, wyleczenia groźnych zakażeń, uchronienia przed nagłym wylewem krwi do mózgu,*
- w imieniu ludzi starych, samotnych, niedołączonych, zdanych na opiekę społeczną,*
- wreszcie w imieniu wszystkich członków społeczeństwa systematycznie zaturbowanych wskutek zanieczyszczeń środowiska naturalnego,*
- chcemy mówić w interesie średniego i niższego personelu służby zdrowia, najgorzej opłacanych pracowników w naszym kraju – pracujących w niezmiernie ciężkich warunkach, przy stałym niedoborze personelu, często bez podstawowego sprzętu potrzebnego do wykonywania pracy. W imieniu osób, które obarcza się tak dużą odpowiedzialnością za zdrowie powierzonych im chorych, a które są bezradne w swoim sprawiedliwym proteście przeciwko tak nędznym warunkom pracy i życia”.*

Strajk skończył się po 10 dniach. Nowy kierownik resortu zdrowia podpisał w dniu 16 listopada 1980 r. porozumienie z Delegacją Pracowników Służby Zdrowia zrzeszonych w NSZZ „Solidarność” z Gdańska, Szczecina i Regionu Górnośląskiego. Protokół tego porozumienia wraz z licznymi załącznikami, dotyczącymi rozmaitych aspektów ochrony zdrowia, został podany do wiadomości publicznej. Powołano mieszane zespoły robocze przygotowujące koncepcję wykonania poszczególnych porozumień.

Na tym kończy się właściwie esej na temat zdrowia jako elementu walki robotników. Przedstawiłam w skrócie przyczyny, które do tego doprowadziły oraz pierwszy okres po podpisaniu porozumień w Gdańsku, Szczecinie i Jastrzębiu<sup>24</sup>. W następnych miesiącach sprawy przedstawiały się już zupełnie inaczej. Protest robotniczy z Wybrzeża, przekształcony w ruch ogólnospołeczny, uruchomił reakcje łańcuchowe, w których trudno jest doszukać się odległego czynnika sprawczego. Nie ma już w pierwszych szeregach pielęgniarzy ze Stoczni Gdańskiej (pozostała na filmach i w pamięci wielu ludzi). Szereg pierwotnych porozumień wymaga renegocjacji. W przeciwieństwie do ubiegłej jesieni nikt nie strajkuje obecnie dlatego, że zbyt opieszale przekazuje się służbie zdrowia i zagospodarowuje obiekty administracyjne<sup>25</sup>. Polityka społeczna i zdrowotna zeszła od kilku miesięcy na dalszy plan – także w NSZZ „Solidarność”. Lecz wyraźnie już widać, jaką ogromną drogę przebyła służba zdrowia przez ubiegły rok, jakie głębokie zaszły w tej dziedzinie przemiany.

### **NIEKTÓRE SKUTKI PROTESTU ROBOTNICZEGO W DZIEDZINIE ZDROWOTNOŚCI<sup>26</sup>**

Należy tu odróżnić służbę zdrowia od zdrowia. Robotnicze strajki z ubiegłej jesieni toczyły się o jedno i o drugie, lecz tutaj poroszę tylko kwestie służby zdrowia, gdyż będę mówić o skutkach, a nie ma takich instrumentów naukowych, które umiałyby zoperacjonalizować zmienną niezależną, taką jak np. „socjalistyczna odnowa”, a następnie przyjąć określony czynnik patologiczno-medyczny, np. spadek wagi, wzrost ciśnienia krwi, wysypka – i określić któryś z tych objawów lub wszystkie jako zmienną zależną, a cały stosunek jako przyczynowo-skutkowy. Odkładając jednak naukę na bok, gołym okiem można dostrzec, że zdrowia nam przez ten rok nie przybyło, choć może ta prawda nie dotyczy zdrowia psychiczne-

<sup>24</sup> Opis ten uzupełniają wspomniane już prace M. Latoszka i T. Makowskiej, które będą opublikowane oddzielnie.

<sup>25</sup> Według danych rządowych, resort zdrowia przejął dotąd 177 budynków, z których zagospodarował 32. Nasuwa się uwaga, że takie budynki na ogół nie nadają się na szpitale i że ich przebudowa jest bardzo kosztowna, wątpliwe czy opłacalna. Pamiętam wczesne lata 50., kiedy jako naczelną lekarz zakładów im. J. Stalina (wcześniej: Scheiblera i Grohmana) uczestniczyłam w przejmowaniu pałacu na żłobek fabryczny. Dzieci wprawdzie przebywały w komnatach ze złoceniami i boazerią, ale za to nie było dostatecznego zaplecza sanitarnego. Przypuszczam, że po przezwyciężeniu kryzysu ekonomicznego, zaniechamy takich praktyk i przystąpimy do budowania nowoczesnych szpitali, co w ostatecznym rachunku niewątpliwie będzie bardziej opłacalne.

<sup>26</sup> Pisane w sierpniu 1981 r.

go, które miało szanse, żeby u wielu ludzi się poprawić. Za to w służbie zdrowia zaszły bardziej jednoznaczne, korzystne przemiany. Wprawdzie zaraz powstaje pytanie, czy ma coś z tego chory człowiek, na co trzeba odpowiedzieć, że na razie nic, że przeciwnie – z powodu znanych materialnych braków jest jeszcze gorzej, ale że zachodzące procesy, o ile pójdą w kierunku przez niemal wszystkich oczekiwanym, to wreszcie chyba dotrą do cierpiącego człowieka.

Stopień zaawansowania przemian w służbie zdrowia odpowiada sytuacji w innych strukturach społecznych. Nie są to jeszcze zmiany systemowe. Na razie głośno mówi się o konieczności zasadniczej reformy czy też reform i omawiane są rozmaite projekty w tym zakresie. Niezliczonych „reorganizacji” i „usprawnień” wszyscy już mają dość. Osiągnięty został częściowo niezbędny do tego szczebel, a mianowicie pewien stopień demokratyzacji, na co składają się: 1) znacznie lepsze informacje i ich obieg, 2) pluralizm organizacji związkowych i nowych samorządnych organizacji zawodowych (NSZZ „Solidarność”, NSZZ Pracowników Służby Zdrowia, Polski Związek Lekarzy i chyba już niedługo Izby Lekarskiej) oraz 3) niezależni doradcy i eksperci. Uruchomiony został potężny ładunek inicjatywy i chęci samorządnego działania. Jeszcze ciągle przejawia się to głównie jako postulaty, które do niedawna spływały wielką rzeką do prasy, do Rad Narodowych i do Sejmu. Należy jednak podkreślić, że mimo ciężkiej sytuacji ekonomicznej na rok 1981 przewidziano na ochronę zdrowia i opiekę społeczną nakłady finansowe wyższe o 36% w porównaniu z rokiem 1980. Zabezpieczono również 2% nakładów inwestycyjnych państwa na rozwój bazy materiałowej służby zdrowia i opieki społecznej. Uporządkowano gospodarkę Narodowym Funduszem Ochrony Zdrowia i zmieniono jej zasady. Należy także podkreślić wysiłki mające na celu zmniejszyć niedobór leków, chociaż nie może to być jeszcze traktowane jako realizacja zapisu z zeszłorocznych porozumień o poprawie zaopatrzenia w leki, co będzie możliwe dopiero po dłuższym czasie.

Zmianie uległ styl informowania na temat zdrowotności w środkach masowego przekazu. W prasie pojawiają się ciągle nowe, solidne opracowania, które poruszają tematy nawet tak wstydliwe, jak głodowy strajk pacjentów w Instytucie Reumatologicznym w roku 1979, czy choroby dzieci na niektórych osiedlach mieszkaniowych i w szkołach w Gdańsku, spowodowane wydzielaniem się szkodliwych składników, używanych do budowy i wykańczania domów.

Prasa zamieszcza również dłuższe opracowania autorstwa rozmaitych ekspertów i fachowców. Unikalną pozycją pod tym względem jest raport grupy medycznej konwersatorium *Doświadczenie i Przyszłość* pt. *Stan zdrowia i ochrony zdrowia ludności Polski*, w całości opublikowany przez „Życie i Nowoczesność” w numerze specjalnie temu poświęconym (2.04.1981).

Inną zdobyczą zdrowotności w okresie posierpniowym jest to, że jej problemy stały się udziałem ogólnospołecznym, a nie wyłącznie resortowym i profesjonalnym. Dotychczas dziedzina ta istniała w pewnej izolacji od ogólnego kontekstu społecznego. Składała się na to m.in. tradycyjna niechęć medyków do ujawniania „laikom” swoich spraw i szczególna wrażliwość na krytykę, także niezawinioną. Pod tym względem dużo się zmieniło. Lecz główny impuls przyszedł z drugiej strony, a mianowicie od laików, wyrażając się integracją problemów zdrowotności z innymi problemami, stanowiącymi treść protestu robotniczego. Należy sobie życzyć, żeby ta integracja utrzymała się w płaszczyźnie nie tylko symbolicznej, lecz głównie praktycznej, a przede wszystkim, żeby potężna organizacja „Solidarność” traktowała problemy polityki społecznej i zdrowotnej tak, jak wyraził je protest robotniczy i umowa społeczna sprzed roku.

*Magdalena Sokółowska*

#### HEALTHCARE AND THE WORKERS' STRUGGLE

(Summary)

The healthcare and educational issues were among the 1980–81 strike demands. The workers insisted on greater availability of health care and labour protection undermined by productivity as the sole priority. The above issues were negotiated in the course of the strike action and activity of NSZZ „Solidarność” (the ‘Solidarity’ Independent Self-governing Trade Union) in health service.