
Wypowiedź senatora Stanisława Sikorskiego w debacie nad punktem trzecim porządku dziennego

Panie Marszałku! Wysoka Izbo!

Omawiana dzisiaj ustawa jest ze wszech miar potrzebna, nastał bowiem już czas zaprzestania bezpodstawnego atakowania obywateli, a także straszenia ich teczkami.

Wejście w życie tej ustawy z odpowiednimi poprawkami da możliwość stworzenia czystej atmosfery w życiu politycznym i społeczno-gospodarczym.

W trakcie tworzenia ustawy powiedziano wiele, padło wiele wzajemnych oskarżeń, ale wynikały one z chęci przygotowania dobrej ustawy, by nie była ona narzędziem do wyrządzania krzywd, czy instrumentem do jakiegokolwiek gry. Ona powinna być instrumentem sprawiedliwego osądzania ludzi, a nie odwetem politycznym, jak to miało miejsce w poprzedniej kadencji w 1992 r.

Zdaję sobie sprawę, że materia jaką zawiera omawiana ustawa jest bardzo delikatna.

Uważam, że prawem każdego obywatela RP jest prawo do wglądu w akta zgromadzone przez SB. Ustawa powinna dawać możliwość wglądu do tych akt.

Bardzo ważną kwestią jest definicja współpracownika SB, dlatego że wytrąci ona „nalot”, sztucznie utworzony do wykorzystania go w odpowiednich okazjach.

Jestem przekonany, że proponowana poprawka prezydenta RP do art. 4 ust. 1 jest zasadna.

Każdy z obywateli RP powinien być przekonany, że ustawa, która wyjdzie z parlamentu przyczyni się do wyjaśnienia wielu niejasności, oczyści gęstą atmosferę polityczną i wytrąci broń krzykaczom, dla których jest ona najważniejszym argumentem.

Dziękuję za uwagę.

Wypowiedź senatora Mieczysław Włodyki w debacie nad punktem trzecim porządku dziennego

Panie Marszałku! Panie i Panowie Senatorowie!

Staję dziś przed Wami jako ofiara pierwszych działań represyjnych, wynikających z lustracyjnej idei. Jako jeden z wielu parlamentarzystów zostałem wpisany na tak zwaną listę Macierewicza. Nikt nie dbał o to, że domniemana teczka senatora Włodyki, to akta KW MO Wydziału Przystępstw Gospodarczych ani też o to, czy ja byłem agentem, czy też mnie, jako rzemieślnika, inwigilowano.

Małym pocieszeniem są późniejsze przeprosiny ministra w centralnej i regionalnej pasie, bowiem niewielu zauważyło zdawkowe noty na ostatnich stronach gazet. Wszyscy zaś widzieli ogromne tytuły na pierwszych stronach, że senator był agentem bezpieczeństwa.

Nikt też nie wróci honoru mojej rodzinie, mojemu bratu i bratankowi pracującym w kopalni „Jastrzębie”, gdzie wywieszono pełną listę domniemanych agentów, a ich wytykano palcami jako rodzinę Judasza.

W Sodomie i Gomorze Chrystus szukał tylko dziesięciu sprawiedliwych, aby uratować miasto. My chcemy odnaleźć wszystkich. Ale pamiętajmy też, że pierwszy rzucić kamieniem winien ten, kto sam jest bez winy.

Wskutek utraty poparcia przez bezzasadne pomówienie o działalność agenturalną w Senacie obecnej kadencji nie zasiadają tak znamienici senatorowie, jak Jan Jesionek, Krzysztof Horodecki oraz Stanisław Kostka – więzień i syberyjski zesłaniec, który powrócił do Polski dopiero w roku 1957. W jego teczce widniał tylko zapis „odmówił współpracy”, ale lista o tym nie wspomniała.

Panie i Panowie! Prawdziwych i ważnych agentów nie odnajdziemy już nigdy, ich akta dawno spłonęły bądź przeszły przez maszyny niszczące dokumenty. Dziś możemy doszukać się tylko tych, którzy przypadkiem otarli się o służby specjalne, będąc częstokroć ofiarami ich szantażu.

Pragnę zatem prosić Wysoki Senat, panie i panów senatorów, aby odmówić poparcia ustawie lustracyjnej, aby w ten, sprawdzony już przez ministra Macierewicza, sposób nie mnożyć kolejnych ofiar minionego systemu.

Nie jestem za grubą kreską zwalniającą z odpowiedzialności zbrodniarzy minionego okresu, tych, którzy w salach tortur spisywali zeznania, tych, którzy strzelali do protestującego tłumu ani tych, którzy likwidowali niewygodnych politycznie ludzi. Dla nich jednak istnieje prawo zapisane w kodeksie karnym i z litery tego prawa winni być z całą surowością osądzeni.

Pomny własnych doświadczeń i innych skrzywdzonych przez lustrację ludzi, będę głosował przeciw ustawie.

Wypowiedź senatora Ireneusza Michasia w debacie nad punktem czwartym porządku dziennego

Stan zdrowia ludności województwa ciechanowskiego na tle Polski i próby jego poprawy siłami służby zdrowia i współpracy międzysektorowej

Województwo ciechanowskie należy do tak zwanych województw konsorcyjnych, województw, w których od 1991 r. odbywało się wdrażanie Programu Rozwoju Polskiej Służby Zdrowia Rządu Polskiego i Banku Światowego.

Po 6 latach od rozpoczęcia wdrażania projektu chciałbym podzielić się z państwem refleksjami na temat stanu zdrowia ludności tego województwa, oceną efektów wdrożonego projektu, a także nadziejami związanymi z dalszą realizacją Narodowego Programu Zdrowia, o ile znajdziemy – jako senatorowie, politycy – sposoby na jego wsparcie.

Przystępując do analizy stanu zdrowia ludności województwa ciechanowskiego, przypomnę, że zamieszkuje w nim obecnie prawie 440 tysięcy osób*, z czego 39% stanowią mieszkańcy miast, a 61% ludność wsi.

Przewagę liczbową stanowią kobiety – na 1000 mężczyzn przypadło średnio 1020 kobiet, z tym że wskaźnik ten jest znacznie wyższy w miastach i wynosi 1074, podczas gdy na wsi na 1000 mężczyzn przypadło tylko 986 kobiet.

Pod względem struktury wieku teren nasz nie odbiega od danych krajowych. Od wielu lat notowany jest spadek liczby osób w wieku produkcyjnym i wzrost odsetka ludności w wieku poprodukcyjnym – odsetek ten w 1995 r. osiągnął wartość 14,2%. Z kolei zmniejsza się udział osób w wieku przedprodukcyjnym – wynosi obecnie około 30%.

W województwie naszym, zgodnie z tendencją krajową, notujemy spadek liczby urodzeń i przyrostu naturalnego. Liczba urodzeń zmniejszyła się z 7006 w 1992 r. do 5800 w 1995 r., a współczynnik urodzeń (na 1000 mieszkańców) odpowiednio z 16,0 do 13,3. Obniżył się współczynnik przyrostu naturalnego – z 5,1 w 1992 r. do 2,9 w 1995 r.

W okresie ostatnich 5 lat obserwowany jest niewielki spadek umieralności ogólnej. Liczba zgonów w 1995 r. wyniosła 4622, czyli o 256 zgonów mniej niż w 1991 r.

W województwie ciechanowskim występuje wysoka nadumieralność mężczyzn; z porównania wskaźników średniej długości życia wynika, że kobiety żyją średnio o 10 lat dłużej niż mężczyźni – 76,16 roku, podczas gdy mężczyźni – 65,85). Dla porównania w Polsce średnia długość życia mężczyzn to 66,91 roku, a kobiet – 75,75. Różnica w średniej długości życia wynosi 8,8.

W województwie ciechanowskim średnia długość życia jest wyższa na wsi (mężczyźni – 66,12, kobiety – 76,54) niż w mieście (mężczyźni – 65,17, kobiety – 75,42).

Pozytywnym zjawiskiem w ostatnim pięcioleciu był dalszy spadek umieralności niemowląt; współczynniki zgonów na 1000 urodzeń żywych były następujące: 17,1 w 1990 r. i 13,1 w 1994 r. W tym samym okresie w kraju wskaźnik ten wynosił 19,4 w 1990 r. i 15,1 w 1994 r.

Hierarchia przyczyn zgonów kształtuje się zgodnie z wieloletnią tendencją. Zgony z powodu chorób układu krążenia stanowiły ponad 50% ogólnej liczby zgonów – podobnie jak w całym kraju. Następną przyczyną – około 20% zgonów – są nowotwory złośliwe, kolejne to tak zwane przyczyny zewnętrzne – wypadki, urazy i zatrucia.

W latach 1991-1995 umieralność na choroby układu krążenia (w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców) wynosiła: w Polsce, wśród mężczyzn – 746, wśród kobiet – 781, w woj. ciechanowskim, wśród mężczyzn – 677, wśród kobiet – 726.

Liczba zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce nadal rośnie, choć w ostatnich latach tempo tego wzrostu zmniejsza się. Przyrost liczby zgonów na nowotwory złośliwe wynika między innymi ze starzenia się ludności, z ciągłego wzrostu narażania się na działanie czynników rakotwórczych oraz ze stylu życia.

W latach 1991-1995 umieralność na nowotwory (w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców) wynosiła: w Polsce wśród mężczyzn – 309, wśród kobiet – 213, w woj. ciechanowskim, wśród mężczyzn – 424, wśród kobiet – 202

Z analizy przyczyn zgonów według wieku wynika, że do czterdziestego roku życia pierwszą przyczyną stanowią wypadki, urazy i zatrucia, zaś w grupie wiekowej 40-49 lat – choroby układu krążenia. Dopiero powyżej sześćdziesiątego życia struktura zgonów jest typowa dla ogólnej struktury zgonów bez podziału na grupy wiekowe. Oprócz współczynników umieralności pewnym odzwierciedleniem stanu zdrowia ludności są wskaźniki chorobowości.

*Dane według stanu WUS na 31 grudnia 1995 r.

Pierwszą przyczyną chorobowości wśród dorosłej części populacji (powyżej dziewiętnastego roku życia) są choroby układu krążenia. Kolejne miejsca zajmują choroby układu trawiennego, zapalenia górnych dróg oddechowych i cukrzyca.

Tendencję wzrostową obserwuje się w zakresie zachorowań na cukrzycę i choroby układu krążenia. Porównując wskaźniki chorobowości szpitalnej (wskaźnik na 10 tysięcy ludności), można stwierdzić, że wskaźnik ten w województwie ciechanowskim wynosi ogółem 1118 i jest o 3,4% niższy od wskaźnika krajowego – 1158.

Największe różnice występują w grupie schorzeń związanych z okresem okołoporodowym, gdzie wskaźnik chorobowości szpitalnej w województwie ciechanowskim jest niższy o 51% od chorobowości w Polsce. Odwrotnie przedstawia się sytuacja w grupie „chorób krwi”, gdzie wskaźniki wojewódzkie są o 60,7% wyższe od wskaźników krajowych.

Równie niezadowolający jest stan zdrowia populacji dziecięco-młodzieżowej. Dowodem jest wzrastający odsetek dzieci i młodzieży z problemami zdrowotnymi. W roku szkolnym 1992/93 co trzecie dziecko, czyli 31,1% zakwalifikowano do grupy dyspanseryjnej, a w 1994/95 – aż 42,3%.

Najczęstsze nieprawidłowości w stanie zdrowia tej populacji to:

- wady postawy,
- krótkowzroczność,
- niedobór masy ciała i uszkodzenia narządu ruchu.

Niewątpliwie znaczny wpływ na tą sytuację mają pogarszające się warunki nauczania oraz postępujące ubożenie społeczeństwa.

Nieco lepiej przedstawia się sytuacja w zakresie zachorowań na choroby zakaźne, które nie stanowią większych problemów zdrowotnych w naszym województwie.

Systematycznie spada zapadalność na choroby takie jak: salmonellozy, zatrucia pokarmowe, biegunki u dzieci do lat 2. W ostatnim okresie odnotowano znaczny spadek współczynników zapadalności na WZW typu „B” – od 50,6 w 1991 r. do 23,2 w 1995 r., przy czym współczynniki krajowe (na 100 tysięcy ludności) w tym okresie wynosiły 39,7 w 1991 r. i 23,4 w 1995 r.

Poważnym problemem zdrowotnym pozostaje nadal duża zapadalność na gruźlicę. Jej wskaźniki w województwie ciechanowskim są wyższe od krajowych i wynosiły w 1992 r. – 57,4, w 1994 r. – 60,2, podczas gdy w kraju w 1992 r. – 42,8, 1994 r. – 43,2.

Wspomnianej prawie czterystuczterdziesiąt tysięcy populacji województwa ciechanowskiego opiekę zdrowotną zapewnia 6 szpitali z 1851 łóżkami, 13 przychodni rejonowych w miastach, 61 ośrodków zdrowia na wsi. Kadre medyczną stanowi: 591 lekarzy, 1941 pielęgniarek, 253 położne, a ich wskaźniki zatrudnienia są znacznie poniżej średniej krajowej i wynoszą (na 10 tysięcy ludności): lekarze – 13,5, pielęgniarki – 44,5, położne – 5,8, podczas gdy wskaźniki krajowe wynosiły w 1994 r.: lekarze – 22,7, pielęgniarki – 54,1, położne – 6,3.

Mimo skromnej bazy szpitalnej i kadrowej województwo ciechanowskie podjęło w 1991 r. trud uczestnictwa w Programie Rozwoju Polskiej Służby Zdrowia Rządu Polskiego i Banku Światowego. Efektem na dzień dzisiejszy są:

- zaawansowane przekształcenia w podstawowej opiece zdrowotnej – wyszkolenie 72 lekarzy rodzinnych, 288 pielęgniarek środowiskowych i rodzinnych, 46 położnych środowiskowych i rodzinnych, oraz zwiększająca się liczba zawieranych umów kontraktowych na praktyki lekarzy rodzinnych;
- restrukturyzacja łóżek szpitalnych polegająca na zamknięciu oddziałów najdroższych, zduplikowanych w województwie lub nie w pełni wykorzystanych i otwarciu brakujących stanowisk stacji dializ, tworzeniu łóżek psychiatrycznych, opieki paliatywnej, traumatologii itp.;
- znaczna poprawa bazy diagnostycznej dzięki otrzymaniu z zakupów Banku Światowego tomografu komputerowego, aparatury rentgenowskiej dla 5 szpitali, USG, sprzętu laboratoryjnego. Niemniej trzeba podkreślić, że stan wyposażenia szpitali województwa ciechanowskiego nie różni się zasadniczo od wyposażenia szpitali sąsiednich województw, mimo wsparcia zakupami pożyczki Banku Światowego. Wynika to z wieloletniego niedoinwestowania województwa, które w okresie dwudziestolecia swego istnienia musiało budować od podstaw 2 szpitale i wiele placówek podstawowej opieki zdrowotnej;
- w województwie ciechanowskim wszystkie zakłady opieki zdrowotnej zgłosiły także chęć przejścia na samodzielność i większość z nich zbliża się do rejestracji sądowej.

Samodzielność szpitali połączona z restrukturyzacją sieci łóżek zwiększy efektywność wykorzystania szpitali, zapewni zwiększenie zakresu świadczeń realizowanych w lecznictwie zamkniętym, pozwoli na dostosowanie bazy szpitalnej do prognozowanych potrzeb, zracjonalizuje gospodarkę finansową.

Istotne znaczenie dla zdrowia mieszkańców mają jednakże negatywne zachowania występujące w społeczeństwie. Są to głównie: nadużywanie alkoholu, palenie papierosów, niewłaściwe odżywianie, brak aktywności fizycznej i nieradzenie sobie ze stresem. Jak wiadomo, nasze zdrowie aż w 50% zależy od stylu życia, w 20% od oddziaływania środowiska, w 20% od materiału genetycznego i tylko w 10% od opieki medycznej.

W związku z tym po zakwalifikowaniu województwa ciechanowskiego do realizacji programu w ramach pożyczki Banku Światowego dokonano analizy stanu zdrowia populacji na terenie działania CKZ, i wychodząc od diagnozy najczęściej występujących problemów zdrowotnych opracowano i wdrożono następujące programy:

- „Ciechanowski Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia”,
- „Program Zapobiegania Wypadkom, Urazom i Zatruciom”,
- „Program Ochrony Zdrowia Psychicznego”,
- Program promocji karmienia piersią, (w województwie ciechanowskim 3 szpitale otrzymały tytuł „Szpital Przyjazny Dziecku”),
- Program profilaktyki próchnicy zębów,
- Program profilaktyki AIDS.

Obecnie wdrażany jest „Program Profilaktyki Chorób Nowotworowych”. Ponadto na terenie CKZ przystosowano i wdrożono programy WHO: „Szkoła Promująca Zdrowie” i „Zdrowe Miasto”.

Najbardziej charakterystyczną i cenną cechą programów było międzysektorowe działanie na skalę niespotykaną w Polsce oraz realnie wyznaczone zadania i harmonogramy działań wraz z ich monitorowaniem.

Programy promocji zdrowia zostały również ściśle powiązane z Narodowym Programem Zdrowia (NPZ) w jego pierwszej i drugiej wersji z lat 1991 i 1993. Obecnie wchodzi w życie trzecia wersja NPZ, obejmująca lata 1996-2005, zaakceptowana przez Radę Ministrów we wrześniu 1996 r. Zaangażowani w promocję zdrowia pracownicy służby zdrowia i innych sektorów, a przede wszystkim samorządy lokalne nie czują się jednak na siłach wejść radykalnie z opracowaniem harmonogramów działań ze względu na brak ludzi przygotowanych do koordynowania takiej działalności, jak również na brak środków finansowych na realizację NPZ.

NPZ na lata 1996-2005 jest dobrze przygotowany od strony metodycznej, ma dobrze uzasadnione kryteria wyboru priorytetów, uzasadnienie celu i zadań, wskazany sposób monitorowania i jednoznaczne wskaźniki. Jednak zasadniczą jego słabością jest brak finansowania regionalnych i samorządowych planów i harmonogramów działania czy ważniejszych akcji niezbędnych dla wdrożenia programu.

Nie sprzyja pozytywnemu motywowaniu samorządów występowanie różnych podmiotów z urzędów centralnych z kolejnymi inicjatywami programowymi, na przykład „Bezpieczne miasto”, „Rady Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego”, które, choć ściśle wiążą się z celami NPZ, są identyfikowane jako samodzielne i oddzielne inicjatywy nie związane z NPZ. Podobnie z programami profilaktyki alkoholizmu i narkomanii, ochrony zdrowia psychicznego itp. – działacze samorządów lokalnych dochodzą do wniosku, że w tej sytuacji NPZ jest obszernym dokumentem bez oparcia i wsparcia finansowego i jest raczej pobożnym życzeniem, papierowym wytworem niż konkretnym programem polityki zdrowia publicznego.

W tej sytuacji postuluję, aby zastanowić się nad sposobami i możliwościami wsparcia wdrażania NPZ już teraz, gdy jeszcze jest właściwy czas i mianowani od roku pełnomocnicy wojewodów i sejmików samorządowych są jeszcze pełni nadziei i entuzjazmu dla jego realizacji. Brak konkretnego wsparcia, finansowania nie pozwoli im na rzetelne wypełnianie nałożonych zadań.

Podsumowując swe wystąpienie, pragnę podkreślić, że troska o zdrowie społeczeństwa polskiego spowodowała wiele dobrych i pożytecznych inicjatyw programowych, ale brak konsekwencji i brak odpowiedniej koordynacji przy ich realizacji może je skutecznie zniszczyć, stąd należy przyjrzeć się możliwościom wdrażania NPZ 1996-2005 i dołożyć starań, aby nie podzielił on losu dotychczasowych wersji – pierwszej z 1990 r. i drugiej z 1993 r.

Wypowiedź senator Jadwigi Stokarskiej w debacie nad punktem czwartym porządku dziennego

Panie Marszałku! Wysoka Izbo!

Przedstawię państwu sytuację zdrowotną w województwie ostrołęckim na podstawie danych za rok 1996.

Na koniec 1996 r. w moim województwie zanotowano prawie 420 tysięcy mieszkańców. Urodziło się 5 tysięcy 665 dzieci, stwierdzono zaś 4 tysiące 146 zgonów. Prawie 65% ludności województwa to mieszkańcy wsi, przy czym 31% to osoby w wieku przedprodukcyjnym, a więc do 17 lat, w kraju wskaźnik ten wynosi 27,6%; w wieku 18-60 lat jest 55,3%, podczas gdy w kraju 58,6%; a w wieku poprodukcyjnym, powyżej 60 lat – 13,7%, w kraju – 13,8%. Trzeba zaznaczyć, że na ostrołęckiej wsi ludność w wieku poprodukcyjnym wynosi 16,3%, podczas gdy średnia w kraju dla wsi wynosi 15,4%. Grupa poprodukcyjna to przede wszystkim klienci służby zdrowia.

Przyrost naturalny w 1996 r. wyniósł 1,19, zaś w kraju 1,2. Wskaźnik zgonów wyniósł 10,05 na 1000 mieszkańców, natomiast wskaźnik dla kraju wynosi 10,0. Więcej osób zmarło na wsi, wskaźnik wynosi 11,8 na 1000 mieszkańców, podczas gdy w miastach wynosi 7,2.

Według danych z 1995 r. przyczyny zgonów układają się w pewnej kolejności. Przede wszystkim są to choroby układu krążenia – 49,4%, przy czym w 87% dotyczy to osób powyżej sześćdziesiątego roku życia. Znacznie więcej zgonów z powodu chorób układu krążenia wystąpiło na wsi, dotyczy to także grup młodych mieszkańców, a więc do sześćdziesiątego roku życia. Tu wskaźniki zgonów kształtują się następująco: na wsi – 84,8 na 100 tysięcy mieszkańców; w mieście – 64,2 na 100 tysięcy mieszkańców

Drugą co do wielkości przyczyną zgonu są nowotwory – 16,6% ogółu zgonów. Wskaźniki układają się poniżej średniej krajowej, niemniej jednak mają tendencję wzrostową. Zgony z powodu nowotworów dotyczą głównie osób powyżej sześćdziesiątego roku życia oraz mężczyzn zamieszkałych na wsi. Wskaźnik zgonów w środowisku wiejskim z powodu nowotworów wynosi 193,9 na 100 tysięcy mieszkańców, a w mieście – 145,5 na 100 tysięcy mieszkańców. Najczęściej stwierdzanymi nowotworami u mężczyzn były rak oskrzeli, płuc oraz żołądka, a u kobiet rak narządów rodnych, sutka i wątroby.

Trzecią co do wielkości przyczyną zgonów były urazy i zatrucia – 9,1% ogólnej liczby zgonów, w tym 80% to mężczyźni, przeważają mieszkańcy wsi. Wskaźnik zgonów na wsi wynosił 101,9 na 100 tysięcy mieszkańców, zaś w mieście 73,8% na 100 tysięcy mieszkańców. Zarówno na wsi, jak i w mieście, śmierć z powodu urazów i zatruc poniosły głównie osoby w grupie wiekowej od 20 do 49 lat.

W grupie zgonów w 1995 r. drugą przyczyną były samobójstwa – 79 osób. W tym 83,5% to mężczyźni w przedziale wiekowym 20-49 lat. W ciągu 11 miesięcy 1996 r. wzrosła liczba samobójstw w grupie wiekowej 45-54 lat, z 9 w roku 1995, do 20 w 1996 r. Wzrost samobójstw o 220%. W 1996 r. aż 88,7% samobójstw dotyczy mężczyzn, a w 80% mieszkańców wsi. Pragnę poddać to pod rozwagę naszemu pierwszemu po 1989 r., jak mówią ludzie na wsi, parlamentowi i rządowi chłopskiemu.

Czwartą przyczyną zgonów są choroby układu oddechowego, bez gruźlicy. W ciągu 11 miesięcy 1996 r. stanowiły przyczynę 5,4% ogółu zgonów, podczas gdy w roku 1995 było to 4,7% – wzrost o ponad 20%.

Wskaźnik umieralności niemowląt w 1996 r. wyniósł 12,9 promila, średnia krajowa zaś 13,6. Wyższy wskaźnik umieralności niemowląt stwierdzono na wsi – 13,2 promila, w mieście zaś 12.

Główne przyczyny zgonów niemowląt, to: śmiertelność okołoporodowa – 53%; wady rozwojowe wrodzone – 36%; inne przyczyny – 7%.

Sytuacja epidemiologiczna województwa ostrołęckiego w roku 1996 była następująca: zmalała liczba zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby o 226%; w roku 1995 – 715 zachorowań; w roku 1996 – 219; w tym na SZW typu B w roku 1995 były 103 zachorowania, w 1996 r. – 77.

Wzrosła liczba zachorowań na zapalenie opon rdzeniowo-mózgowych – 125 zachorowań w 1996 r., podczas gdy w 1995 r. tylko 58. Wzrost o 218%.

Wzrosła też liczba zachorowań na grype: w roku 1995 – 1402, a w 1996 r. – 27 tysięcy 903.

W 1996 r. odnotowano 3 przypadki zachorowania na AIDS oraz 17 zachorowań na kiłę. W 1995 r. było 17 przypadków zachorowań na kiłę.

Odnotowano spadek zachorowań na gruźlicę – 167 w 1996 r., mimo to częstotliwość zachorowań jest wyższa niż w kraju. W 1994 r. wskaźnik zapadalności na gruźlicę w kraju wynosił 42,7, a w województwie ostrołęckim było 65 na 100 tysięcy mieszkańców. Jest to jedno z czołowych miejsc w kraju.

Wzrosła liczba pacjentów w poradniach zdrowia psychicznego. Liczba zgłaszających się po raz pierwszy do tych poradni wynosi ponad 1000 osób rocznie. Obserwuje się wzrost liczby zaburzeń psychicznych spowodowanych alkoholem.

Wnioski: głównym problemem zdrowotnym w naszym województwie są choroby układu krążenia, nowotwory, urazy i zatrucia oraz zaburzenia psychiczne. Główne zagrożenia zdrowotne wynikają z wadliwego stylu życia i zagrożeń społecznych. Na wadliwy styl życia składają się: mała aktywność fizyczna – naród zalega przed telewizorami; nieprawidłowe odżywianie, wynikające ze złych nawyków, a przede wszystkim z ubóstwa – 8% społeczeństwa korzysta z pomocy społecznej; wzrost liczby palaczy tytoniu i wynikające z tego palenie bierne; wzrost nadmiernego spożycia alkoholu; wzrost liczby osób zażywających środki psychoaktywne, narkotyki i leki psychotropowe.

Trzeba zaznaczyć, że Sejm zalegalizował narkotyki miękkie, a przed rokiem odrzucił decyzję Senatu o zakazie reklamy tytoniu.

Do zagrożeń społecznych zdrowia należą:

- brak niezbędnych zasobów dla utrzymania i pomnażania zdrowia, takich jak pożywienie, mieszkanie, praca; dotyczy to szczególnie grup związanych z rolnictwem, w moim województwie gospodaruje się na glebach klasy V i VI, i w dodatku nie mogących zbyć owoców swojej pracy;
- nasilające się patologie życia społecznego, takie jak alkoholizm, narkomania, dewiacje seksualne, agresja, kradzieże, napady; po ostatnich decyzjach Sejmu zjawiska te nasila się jeszcze bardziej;
- narastanie zjawiska takiego jak syndrom opuszczonych rąk, polegającego na przekonaniu, że nic się już nie może zmienić, chyba, że na gorsze.

Skutkiem tego ostatniego jest rosnąca liczba samobójstw.

Zagrożeniem dla zdrowia jest również zatrucie środowiska: powietrza, wód powierzchniowych, gleby, a także hałas drogowy, zagrożenia w pracy zarówno psychiczne, wynikające z niepewności jutra, jak i płynące z niedostatecznego zabezpieczenia pracy przed czynnikami szkodliwymi, takimi jak hałas, wibracje, pyły, substancje toksyczne.

Podczas naszej kadencji rząd i parlament zajmują się głównie dostosowywaniem polskiej gospodarki do potrzeb Unii Europejskiej. Czy nasilająca się z roku na rok, z miesiąca na miesiąc bieda, szczególnie widoczna na przykładzie mojego uboższego województwa ostrołęckiego, jest zwiastunem takiego „dobrobytu” naszego narodu w ramach Unii Europejskiej?

Oświadczenie złożone przez senatora Jerzego Cieślaka

Panie Marszałku! Wysoki Senacie!

Od kilku tygodni docierają do mnie informacje organów administracji rządowej i samorządowej oraz mieszkańców województw przygranicznych o działaniach niektórych środowisk, zmierzających do zmiany przebiegu projektowej autostrady A3 z usunięciem jej poza teren województwa jeleniogórskiego. Informacje te są w najwyższym stopniu niepokojące, a zamiar zmiany przebiegu autostrady bezzasadny. Z tego powodu swoje oświadczenie kieruję do wicepremiera Marka Belki.

Autostrada A3, nowoczesna arteria komunikacyjna, łącząca główne ośrodki osadnicze Polski zachodniej i wpisująca się w jeden z najważniejszych środkowoeuropejskich korytarzy komunikacyjnych północ-południe, stanowi jeden z czterech głównych elementów rządowego programu budowy autostrad w Polsce. Jej budowa stworzy możliwości najdogodniejszej i najszybszej komunikacji pomiędzy poszczególnymi rejonami aktywnie rozwijającego się pogranicza zachodniego Polski oraz radykalnie poprawi warunki dla ruchu tranzytowego na osi Skandynawia – Europa Południowa, a także dogodnie połączy te rejony z głównymi europejskimi trasami wschód-zachód. Zakłada się, że jej budowa spowoduje silną aktywizację obszaru w pasie o szerokości 50 kilometrów po obu stronach autostrady oraz znaczną aktywizację obszarów przyległych.

Istnienie autostrady będzie oddziaływać gospodarczo na obszar w pasie o szerokości co najmniej 100 kilometrów. Oddziaływanie to będzie związane, między innymi, z utworzeniem nowych miejsc pracy przy jej budowie, przybliżeniem do wygodnej transeuropejskiej trasy szeregu ośrodków produkcji i usług, udostępnieniem zbytu na ogromne zasoby surowcowe regionu, w tym materiałów budowlanych. Wzrost atrakcyjności terenów, przez które przebiegnie autostrada, będzie bardzo ważny dla inwestorów krajowych i zagranicznych. Ma to zasadnicze znaczenie dla utrzymania właściwej skali rozwoju całego pogranicza, które stanowi bezpośrednie przedpole rozwojowe wielkiej metropolii berlińskiej. Intensywny rozwój tych terenów stanowi polską rację stanu.

Budowa autostrady A3 ma szczególne znaczenie nie tylko dla aktywizacji polskiego pogranicza zachodniego, ale i dla aktywizacji gospodarczej północnej części Czech, a także Dolnego i Górnego Śląska oraz wschodniej Ukrainy. Przybliżenie punktów w Świnoujściu i Szczecinie do tych ostatnich rynków zbytu będzie możliwe dzięki połączeniu autostrady A3 pod Legnicą z jednym z dwu głównych korytarzy wschód-zachód, w tym korytarza A4/A12, jakie przebiegają przez Polskę i prowadzą z południowych Niemiec na Ukrainę.

Strefę pogranicza zachodniego, przez którą przebiegać będzie autostrada, tworzy sześć województw: szczecińskie, zielonogórskie, legnickie, jeleniogórskie i wałbrzyskie. Mieszka tu około 4 miliony ludzi. Wśród największych miast tej strefy wymienić należy przede wszystkim aglomerację szczecińską – z ponad 400 tysiącami mieszkańców, Gorzów – ze 125 tysiącami, Zieloną Górę – ze 115 tysiącami, Legnicę – ze 110 tysiącami, Jelenią Górę – z 95 tysiącami oraz Wałbrzych – ze 140 tysiącami. Ośrodki te posiadają znaczne rezerwy rozwojowe. Produkcja przemysłowo-rolna całej strefy daje blisko 10% udziału w gospodarce narodowej. W strukturze funkcjonalno-przestrzennej strefy zasadniczą rolę odgrywają dwa wielkie ośrodki koncentracji przemysłu: szczeciński, gdzie szczególne znaczenie ma gospodarka morska, oraz legnicko-głogowski, z centrum wydobywczym i przetwórczym miedzi o znaczeniu ponad kontynentalnym. Bezpośrednie sąsiedztwo strefy z aktywnie modernizowanymi terenami wschodnich Niemiec sprzyja intensywnie rozwijającym więzom kooperacyjnym ośrodków produkcyjnych po obu stronach polskiej granicy zachodniej, a także przyspieszeniu procesów integracji Polski z Europą. Dla wzajemnego skomunikowania jego głównych ośrodków osadniczych i produkcyjnych, dla przywrócenia dawnej roli portu szczecińskiego i sprawnego połączenia go z resztą kraju budowa autostrady A3 jest niezbędna.

Szczególne znaczenie ma budowa autostrady A3 dla rozwoju gospodarczego regionu szczecińskiego. Będzie jej towarzyszyć modernizacja dróg krajowych nr 3, nr 6, nr 10 i nr 22, uregulowanie drogi wodnej Odry, a także dostosowanie magistrali kolejowych CE-59, C-59/2 i E-59 do ruchu szybkich pociągów. Trwają już intensywne prace i wydatkowane są znaczne środki na ukończenie Bazy Promów Morskich w Świnoujściu. Trwa modernizacja części autostrady A6, prowadzącej ze Szczecina do Berlina. Rozpoczęto przygotowania do rehabilitacji toru wodnego na Zalewie Szczecińskim. Rozpocznie się w tym roku realizacja wieloletniego programu rozwoju odrańskiej drogi wodnej, będzie modernizowany szlak kolejowy Szczecin-Poznań. Realizacja tych projektów stwarza niepowtarzalną szansę rozwoju zarówno aglomeracji szczecińskiej, jak i całego jej otoczenia.

Przyjęty w opracowanych dla potrzeb ABiEA materiałach, dotyczących wskazań lokalizacyjnych, przebieg autostrady A3 nie różni się w zasadniczy sposób od wcześniejszych koncepcji jej trasowania. Wśród innych wariantów jej przebiegu, jakie były generalnie dyskutowane, stałym elementem była także, obok powiązania z układem drogowym Szczecina, koncepcja przeprowadzenia autostrady przez Bramę Lubawską, jedyne dogodne przejście masywu Sudetów na południu kraju. W dyskusjach nad przebiegiem autostrady pojawił się także formułowany przez środowiska naukowe Wrocławia wariant jej przeprowadzenia ze Szczecina w rejon Poznania, Wrocławia i dalej przez Lubawkę do Pragi. Analiza porównawcza potencjałów ludnościowych, jakie obie trasy mogły obsłużyć w wariantcie podstawowym i w wariantcie II przynosi następujące konkluzje:

- wariant II trasy, to znaczy, Szczecin – zachodnie okolice Poznania-Leszno – zachodnie okolice Wrocławia-Lubawka, byłby dłuższy o około 90-120 kilometrów, to jest o około 25-30%, i znacznie trudniejszy do zrealizowania ze względu na potrzebę budowy dodatkowo jeszcze jednej przeprawy przez wielką rzekę, to znaczy oprócz dwu dużych przepraw przez Wartę i Odrę, jeszcze przez szeroką dolinę Noteci, a także wymagałby przejścia przez wielkie kompleksy lasów;

- w wariantcie I trasa będzie obsługiwać około 4 miliony osób zamieszkujących tereny województw: szczecińskiego, gorzowskiego, zielonogórskiego, legnickiego, jeleniogórskiego i wałbrzyskiego, natomiast w wariantcie II – około 5,6 miliona osób, zamieszkujących tereny województw: szczecińskiego, gorzowskiego, poznańskiego, leszczyńskiego, wrocławskiego, wałbrzyskiego i jeleniogórskiego, to jest o około 40% więcej;

- w wariantcie I trasa obsługiwać będzie około 23 dużych i średnich miejscowości zachodniego pogranicza, mających ponad 10 tysięcy mieszkańców, w tym Szczecin, Gorzów, Zieloną Górę, Legnicę, Jelenią Górę i Wałbrzych, zamieszkiwanych przez około 1,5 miliona osób;

- w wariantcie II będzie to około 26 miejscowości, tak jak powyższe zamieszkałych przez około 2,3 miliona osób, to jest więcej o około 50%, przy czym główne ośrodki to: Szczecin, Poznań, Wrocław, Wałbrzych i Jelenia Góra;

- dla polepszenia powiązań komunikacyjnych Poznania i Wrocławia zakłada się budowę układu dróg ekspresowych, które w pełni zaspokoją wyżej wymienione potrzeby.

Za utrzymaniem wariantu podstawowego przemawiają inne czynniki niż uproszczona, sprowadzona jedynie do porównań potencjałów demograficznych analiza wyżej wymienionych wariantów. Autostrada A3 obok swej podstawowej roli, jaką jest skomunikowanie głównych ośrodków pogranicza zachodniego, musi pełnić rolę dynamicznego stymulatora rozwoju tego pogranicza, ewentualnie słabo zagospodarowanego, przyjmując europejskie kryteria. Będzie to stanowić aktywny pomost dla procesów integracyjnych Polski z Europą. Wskazują na to studia prowadzone nad koncepcją zagospodarowania przestrzennego kraju.

Biorąc pod uwagę przedstawione konkretne argumenty, uprzejmie proszę pana Premiera o osobiste zainteresowanie się problemem i poparcie podstawowej koncepcji projektowania autostrady A3, przebiegającej również przez teren województwa jeleniogórskiego.