

Wspomnienia o Doktorze Piotrze Mierzewskim

- Absolwent Akademii Medycznej w Gdańsku z 1975 r.
- Laureat nagrody Czerwonej Róży dla najlepszego studenta.
- Starszy asystent Zakładu Biostatystyki i Informatyki Instytutu Medycyny Społecznej w latach 1975–1984.
- Od 1985 r. zatrudniony w Klinice Nefrologii Dziecięcej AM w Gdańsku kierowanej przez prof. Martę Karcz.
- W czasie protestów w grudniu 1970 r. sanitariusz w pogotowiu w Gdyni.
- W latach 80. sekretarz Sekcji Służby Zdrowia krajowego NSZZ „Solidarność”, współpracujący blisko z Aliną Pienkowską, Przewodniczącą Sekcji.
- Wiceszef zakładowej Komisji „S” w AM w Gdańsku, kierował zespołem opracowującym projekt reformy podstawowej opieki zdrowotnej.
- W maju 1982 r. internowany, przetrzymywany w więzieniach w Iławie i Kwidzynie, zwolniony w lipcu 1982 r.
- Działal aktywnie w podziemnej „Solidarności”.
- W czerwcu 1984 r. aresztowany początkowo pod zarzutem uczestniczenia w strukturach podziemnej „Solidarności”, zmienionym przed amnestią na zarzut „zdrady stanu” (art. 122 kodeksu karnego z 1969 r.), zwolniony w grudniu 1982 r.
- W latach 1989–1992 podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej odpowiedzialny za reformę systemu opieki zdrowotnej.
- Dyrektor Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia w Warszawie (1992–1993).
- W latach 1994–2011 pracownik Departamentu Zdrowia Publicznego w Radzie Europy w Strasburgu, gdzie awansował na stanowisko szefa.
- Odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi (2010 r.) i Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski (2012 r.).

Moje trzy spotkania z Piotrem

(Włodzimierz Cezary Włodarczyk)

Po raz pierwszy spotkałem Piotra w czasie obrad podstolika zdrowotnego, będącego jednym z elementów rozmów Okrągłego Stołu, prowadzonych wiosną 1989 roku. To wtedy rozpoznałem występującego po stronie solidarnościowej Piotra jako osobę bezpośrednio zainteresowaną naprawianiem systemu zdrowotnego. Ale choć dążenie do porozumienia było oczywiste i potwierdzone w wypowiedziach uczestników, to o bliższe poznawanie się nie było łatwo i w dyskusji odczuwało się wyrażany przez stronę społeczną żal i sprzeciw wobec opresyjnych działań państwa, kontynuowanych we wszystkich praktycznie dziedzinach, mimo narastającego kryzysu. Pewną specyfiką podstolika zdrowotnego było dysponowanie kumulującym się już od czasu pierwszej „Solidarności” zestawem bardzo krytycznych diagnoz i radykalnych propozycji reformatorskich dotyczących sektora zdrowotnego. Zaczęło się to od raportu grupy *Doświadczenie*

i przyszłość, który potem był wzbogacany przez opracowania przygotowywane przez zespoły rządowe i akademickie, także opozycyjne.

W wystąpieniach otwierających obrady naszego podstolika była mowa o zagrożeniu „biologiczną katastrofą narodu”, o „tragicznym niedoinwestowaniu szpitali i przychodni”, o trwającym dziesięciolecie „lekceważącym stosunku władzy do spraw zdrowia społeczeństwa”. Dramatyzm tych stwierdzeń w decydującym stopniu wpłynął na nastrój powagi, w jakim toczyły się obrady. Bardzo ważnym wątkiem był problem konieczności uwolnienia systemu opieki zdrowotnej spod ścisłej i drobniagowej kontroli sprawowanej przez państwo, co eliminowało jakąkolwiek możliwość samodzielnych inicjatyw podejmowanych przez pracowników. Biurokratyczne zniewolenie wiązano przede wszystkim z Zespołami Opieki Zdrowotnej (ZOZ), jako dowodem absurdu

uszytwnienia systemu. W nastroju wystąpień odczuwane było przekonanie, że ZOZ był prostym narzędziem służącym szkodliwemu monopolowi opresyjnego państwa. Potencjalne korzyści płynące ze stosowania zasady integracji opieki zdrowotnej nie wywierały na dyskutantach większego wrażenia. Piotr nie miał wątpliwości co do słuszności tego rodzaju opinii. I choć postulat likwidacji ZOZ nie został *explicite* wpisany do końcowego dokumentu, to jego ostra krytyka stała się politycznym faktem, co nie wpłynęło korzystnie na dalszy przebieg prac reformatorskich.

Uczestnicy podstolika przyjęli aprobowany przez wszystkich dokument, w którym zalecano przygotowanie i wdrożenie radykalnej reformy systemu zdrowotnego. Był on jednak na tyle ogólny, że istniała oczywista konieczność jego doprecyzowania, a osobą odpowiedzialną za to zadanie został Piotr, mianowany pierwszym zastępcą Ministra Zdrowia (MZ). Odpowiadał za przygotowanie opracowania, które jako oficjalna deklaracja MZ miało być osnową stanowiska akceptowanego przez Radę Ministrów. Chociaż w dokumencie okrągłostołowym zdecydowanie opowiedziano się za ubezpieczeniową metodą finansowania opieki zdrowotnej, to jednocześnie zastosowano sformułowanie o zaopatrzeniowym tytule do świadczeń, co wynikało – jak sądzę – z dążenia do zagwarantowania wszystkim pełnego i równego dostępu do świadczeń, ze świadomością, że wcześniej stosowane budżetowe finansowanie nie pozwalało na osiągnięcie tego celu. Bezsporne wątpliwości prowadziły do powstawania rozbieżnych interpretacji przedstawianych przez różne grupy eksperckie, których ani pracująca w Ministerstwie solidarnościowa grupa decydentów, ani reaktywizowane przez Piotra Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia nie były w stanie rozstrzygnąć. Ujawniło się to także w napięciu między zwolennikami „społecznej”, radykalnie ubezpieczeniowej wersji zmian i wersji „autorskiej”, czyli koncepcji reformy bardziej otwartej na nowe trendy w zarządzaniu, przygotowanej przez Stellę Golinowską, Katarzynę Tymowską i przede mną. Zewnętrzny i niepokojącym przejawem trudności w negocjowaniu jednolitego stanowiska był fakt wielokrotnego odraczania terminu spotkania i dyskusji, które miały się odbyć w Komitecie Społeczno-Ekonomicznym Rady Ministrów.

W dokumencie podkreślono, że reforma nie jest i nie może być jednorazowym aktem wprowadzanym jedną decyzją, ale wieloetapową sekwencją różnorodnych szczegółowych rozstrzygnięć i konsekwentnie wdrażanych działań. Chociaż zgodnie z panującym wtedy obyczajem posłużono się pojęciem „modelu docelowego”, to zastrzeżono, że jego definiowanie i redefiniowanie jest częścią budowania całościowej polityki społecznej i zdrowotnej państwa. Podkreślono przy tym związki zmian wprowadzanych w sektorze zdrowotnym z całym rozwojem gospodarczym kraju i zachodzącymi w nim przemianami społecznymi i instytucjonalnymi.

Pamiętam lodowatą atmosferę spotkania, które odbywało się w gmachu przy Alejach Ujazdowskich, przenikliwy wzrok Leszka Balcerowicza, który ożywił się, kiedy Piotr powiedział o kosztach i efektach, ale trwało to tylko sekundy i już po chwili wicepremier patrzył w dal, jakby

konkrety wypełniające treścią „tę” reformę nie były istotnym elementem generalnej przebudowy kraju. Brak entuzjazmu, a może nawet *désintéressement* rysujący się na twarzy osoby odpowiedzialnej wówczas za reformy, osoby, która w tamtym czasie miała najsilniejszy wpływ na kształt wprowadzanych zmian i na której arbitraż w MZ bardzo liczone, nie wróżył dobrze powodzeniu reformy. Powodów było wiele i emocja wicepremiera z pewnością nie była najważniejsza, ale tak się stało, że kolejne próby reformowania systemu zdrowotnego nie przyniosły poprawy sytuacji. Mało kto mógł wtedy przewidywać, że zły los reformy będzie trwał tak długo, że właściwie nigdy się nie skończy.

Po dwóch latach mało efektywnych wysiłków, kiedy Piotr zaczynał się zastanawiać na ile stanowisko wiceministra może być przydatne w forsowaniu reformy sektora zdrowotnego, próbowaliśmy podsumowywać we wspólnej publikacji to, co udało się zrobić. W kraju następowały zasadnicze zmiany polityczne: zmiany w Konstytucji, niekomunistyczne rządy, demokratyczne wybory, paszporty w domu. A jednak wiele pierwotnego entuzjazmu opadło, bo poprawa ogólnej sytuacji życiowej ludzi była wolniejsza, niż się spodziewano. Kraj zmierzał w kierunku gospodarki rynkowej, jednak proces transformacji okazał się bardzo trudny, zwłaszcza w sferze bezpieczeństwa socjalnego, w którym było to szczególnie odczuwalne. Cięcia budżetowe, niezbędne w długiej perspektywie, podważyły poczucie stabilności i pewności zatrudnienia i przerwały sztuczną eliminację bezrobocia. Społeczeństwo okazało się całkowicie nieprzygotowane na akceptację zmian prowadzących do ograniczenia pakietów socjalnych, w tym zdrowotnych, oferowanych – choć tylko deklaratywnie – przez poprzednie reżimy. Nadzieje związane z wynikami oczekiwanej już od czasów pierwszej „Solidarności” reformy służby zdrowia zostały podminowane długością czasu potrzebnego na konceptualizację głównych propozycji. Mało kto zdawał sobie sprawę, jak skomplikowany jest to proces i że użycie „ubezpieczeń” jako magicznej różdżki nie może doprowadzić do rzeczywistej poprawy. Kiedy rzeczywistość ujawniła, że jest to całkowicie nierealne, także ze względu na ogólny kryzys gospodarczy, reforma spowolniła. Konieczność porzucenia iluzji była bolesnym doświadczeniem i mało pocieszający jest fakt, że wielokrotnie podejmowane od tego czasu próby naprawienia systemu przyniosły równie nikłe rezultaty.

Drugie moje spotkanie z Piotrem bardzo różniło się od pierwszego: jego materiałem nie był sam kontakt z nim, ale przeglądanie dokumentów gromadzonych przez organa PRL na jego temat. Czytałem udostępnioną przez IPN notatkę o aktach operacyjnych dotyczących przygotowań i prowadzenia akcji internowania działaczy NSZZ „Solidarność” w początkach 1982 roku oraz z aresztowania kilku działaczy wiosną 1984 roku. Można się było dowiedzieć, że Piotr Mierzewski uczestniczył w zajściach ulicznych w Gdańsku i prezentował poglądy antysocjalistyczne, a w czasie manifestacji zorganizował punkt medyczny. Dwa lata później jako sekretarz Krajowej Komisji Koordynacyjnej Służby Zdrowia NSZZ „S” otrzymał od innej osoby urządzenie

komputerowe w celu stworzenia systemu łączności sztywnej pomiędzy członkami TKK. Aresztowany za to, że „od jesieni 1982 do czerwca 1984 [roku] brał udział w związku mającym na celu przestępstwo pod nazwą »Regionalna Komisja Koordynacyjna NSZZ Solidarność Region Gdańsk«, którego ustrój, istota i cele miały pozostać tajemnicą wobec organów państwowych, i w tym samym czasie wszedł w porozumienie z (...) osobą działającą na terenie Francji w emigracyjnych strukturach NSZZ »S«”. Piotr był wielokrotnie przesłuchany w okresie od czerwca do grudnia 1984 roku, przeszukiwano także jego mieszkanie. W lipcu postępowanie przejęła Naczelną Prokuratura Wojskowa i zmieniła treść zarzutów, przyjmując, że „ww. uczestniczył w Gdańsku i innych miejscach, mając na celu obalenie przemocą ustroju PRL, podjął i prowadził w porozumieniu z członkami TKK NSZZ »S« działalność zmierzającą do urzeczywistnienia tego celu”. Przedłużyła także areszt do grudnia 1984 roku. W tym samym miesiącu NPW na mocy ustawy o amnestii uchyliła areszt i umorzyła śledztwo.

Notatka w Biuletynie IPN kończyła się informacją, że „Materiały dotyczące ww. złożono do archiwum pod sygn. 911/19 t. 6, następnie 24.08.1989 zniszczono za protokołem brakowania nr 4/89”, a na marginesie umieszczona była notka: „Materiałów archiwalnych brak. Wpis na podstawie zapisów kartoteczno-ewidencyjnych i ZSKO”.

Znając głębokie pragnienie Piotra, by zajmować się komputerami, mogę sobie łatwo wyobrazić, że w ciemnej rzeczywistości tamtych lat odczuwał nieprzepartą ochotę, aby zbudować taką sieć umożliwiającą podziemnym tajną komunikację. Nigdy jednak nie przyszło mi do głowy, aby o to zapytać.

Trzecie spotkanie to także lektura, tym razem *Alfabetu Mierzewskiego Piotra*, tekstu zamieszczonego

w nieistniejącej już „Służbie Zdrowia” w sierpniu 2005 roku. Spisał w skrótovej formie wspomnienia z czasów solidarnościowych, przywołując dawne – już wtedy – czasy, także po to, by nie zniknęły w niepamięci. Już wtedy dostrzegał niebezpieczeństwo zacierania się wspomnień, a także skłonność wielu dawnych bohaterów do przypisywania sobie zasług jakby większych, niż to dostrzegali ich współtowarzysze. Drukowane w „Służbie Zdrowia” wspomnienia to były strzępy wydobywane z pamięci, bo nie miał, jak pisał, dostępu do notatek, zdjęć i pamiątek, gdyż – mimo znanej wszystkim zaprzyjaźnionym skłonności do gromadzenia wszystkiego – zostawił je w Polsce, kiedy wyjechał w 1993 roku.

Piękne to były wspomnienia. Nie tylko dlatego, że opisywały czasy heroicznej i – jak się okazało – skutecznej aktywności, ale też przez życzliwość wobec ludzi, z którymi robiło się coś sensownego. Piotr posługiwał się w charakteryzowaniu ludzi wymyśloną przez siebie kategorią NIEBOS, pisaną dużymi literami, określającą Nieznanego Bojownika Solidarności, a więc takiego, któremu groziło zapomnienie, bo NIEBOS był „znany, ale tylko lokalnie, a zasługujący na więcej. Sam będąc tzw. beneficjentem zwycięstwa »S« (ale ani kawałka synekury pozwycięskiej), mam nieustające poczucie wstydu, żeśmy zapomnieli szybko i wygodnie o tym, że to nie Lechu ani nawet Alinka czy Borsuk, nie my, funkcyjni czy styropianowcy, ale »zwykli« członkowie zrobili »Solidarność«, byli »Solidarnością« – i często nie doświadczyli solidarności”.

W tym zdaniu, niby tylko opisującym tę postrzeganą jako wstydlivą stronę wielkiego historycznego procesu, widoczna jest ogromna życzliwość Piotra wobec ludzi. Wszystkich ludzi, ale szczególnie tych, którzy sobie na nią rzeczywiście zasłużyli.

Piotr Mierzewski – entuzjasta zmian systemowych w ochronie zdrowia

(Stanisława Golinowska)

Piotra Mierzewskiego poznałam w 1991 roku. Prowadziłam wtedy Instytut Pracy i Spraw Socjalnych. Piotr Mierzewski od 1989 roku był podsekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej (MZiOS). W ciągu trzech lat – do połowy 1992 roku, kiedy to odszedł z ministerstwa – miał czterech szefów ministrów (Andrzej Kosiniak-Kamysz, Władysław Sidorowicz, Marian Miśkiewicz i Andrzej Wojtyła). Piotr był wyznaczony i zdeterminowany do przeprowadzenia reformy systemu ochrony zdrowia. Jako były działacz „Solidarności” i przyjaciel legendarnej Aliny Pienkowskiej, zaangażowany politycznie w tworzenie nowego ustroju, był przekonany, że reformowanie służby zdrowia jest zadaniem oczywistym i będzie bez wątpliwości powszechnie popierane. Nie doceniał politycznych podziałów oraz interesów środowiska medycznego.

Piotr przyjmował, że celem reformy zdrowotnej ma być zwiększenie i wyrównanie dostępu ludności do lekarza oraz nowych metod leczenia. Nieobca była mu też idea zwiększenia efektywności funkcjonowania placówek zdrowotnych. Rozumiał wysiłek państwa w przeprowadzaniu szybkiej transformacji gospodarki i ponoszone tego koszty.

Do realizacji ambitnych planów reformatorskich potrzebni byli Piotrowi eksperci. Szybko trafił na trójkę autorów znanych już ze stosowania analiz instytucjonalnego wymiaru procesów społeczno-gospodarczych (Katarzyna Tymowska, Włodzimierz Cezary Włodarczyk i Stanisława Golinowska), którzy od ponad dekady (od końca lat 70.) krytycznie analizowali funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, tak w PRL, jak i porównawczo w innych krajach. Wobec niestabilnej obsady w ministerstwie Mierzewski

nie mógł zaoferować eksperckiej trójce formalnej organizacji prac nad reformą. Oferował natomiast swój entuzjazm („płonął”), miejsce spotkań (zaplecze gabinetu w ministerstwie), czas (często nocny) oraz przyjaźń. W wyniku tej współpracy powstał tekst *Projekt reformy zdrowotnej w Polsce*, opublikowany ze znacznymi fragmentami w „Gospodarce Narodowej” (nr 3/1991). Autorzy otrzymali za tę pracę nagrodę Ministra Zdrowia. Nie wszystkie idee zawarte w opracowaniu rozwijały się dalej. Upadła koncepcja ubezpieczeń zdrowotnych jako elementu systemu ubezpieczeń społecznych, hybrydowo wdrożona jako jedna z 4 reform społecznych (1999) i zaledwie po 4 latach (2003) wycofana. System ochrony zdrowia uległ centralizacji w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Piotr Mierzewski opuścił ministerstwo, zanim koncepcja reformy ochrony zdrowia przybrała kształt ustawy. Nie miał już większego wpływu na decyzje. Zrozumiał, że jego pierwotne wyobrażenia o możliwości szybkich oraz skutecznych zmian systemowych w ochronie zdrowia były zbyt naiwne. Został Dyrektorem Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, instytucji służącej zbieraniu i analizowaniu danych, stanowiącej zaplecze analityczne ministerstwa.

Nie cierpiał z powodu odsunięcia od bezpośredniego udziału w polityce. Jako że zawsze był ciekawy nowości i lubił gromadzić wiedzę, to pracował z ludźmi, którzy także to lubili. Zbierał wszelkie materiały, a jego gabinet zawsze miał biurko ze stosami książek i gazet. Gdy powszechne stało się posiadanie komputera i korzystanie z Internetu, to jego styl pracy zmienił się. Nie rozstawał się z laptopem. Był nadal otwarty na wiedzę, ale też na techniczne innowacje.

Prace nad reformą prowadzone były dalej, ale z udziałem nowych ekspertów, w znacznej mierze pochodzących z Banku Światowego oraz Światowej Organizacji Zdrowia. Z prowadzonych w tamtych latach dyskusji wynikało, że Piotr Mierzewski wspierał instytucję lekarza rodzinnego

usytuowanego w strukturach samorządu lokalnego i chętnie ją promował, chociaż jednocześnie był świadomy „rozwalania” zintegrowanego systemu tzw. ZOZ i dostrzegał, że tworzenie autonomicznych segmentów systemu opieki zdrowotnej prowadzi do przzerwiania ciągłości leczenia oraz pełzającej prywatyzacji.

W dyskusji na temat koszyka świadczeń gwarantowanych i współpłacenia pacjentów za świadczenia zdrowotne już nie brał udziału. Przeniósł się do pracy w Radzie Europy i wyjechał na długie lata do Strasburga. Z czasem awansował tam na dyrektora departamentu zdrowia publicznego.

Gdy był w Polsce, to przyjeżdżał do Krakowa na seminaria oraz jubileuszowe konferencje Instytutu Zdrowia Publicznego, na które zapraszał go prof. Włodarczyk. Wypytywałam go wówczas o różne europejskie nowości. Dawał do zrozumienia, że w międzynarodowym gronie ciągle boryka się z komunikacją. Jak się bowiem porozumieć, a jeszcze tworzyć regulacje, gdy pod tymi samymi pojęciami rozumie się coś zupełnie innego albo niedokładnie to samo? I zaczynał od przykładu związanego z kategorią zdrowia publicznego. Tylko że ten przykład był właściwy także w gronie mówiących tym samym językiem. Czy w Polsce jest to kategoria klarowna? Nawet w środowisku medycznym bywają z tym nieporozumienia.

Wspominam Piotra Mierzewskiego jako człowieka zawsze zaciekawionego sprawami wielkiej polityki oraz nieustannie śledzącego działania w polskiej ochronie zdrowia. Słuchał uważnie innych ludzi, ale jednocześnie z pasją argumentował swoje racje. Energicznie realizował wyznaczone sobie cele. Przy tym inspirował i motywował. Dziękuję losowi, że spotkałam go w swoim zawodowym życiu.

Wizjoner fin de siècle

(Janusz Opolski)

Wspominanie ludzi, którzy zapisali się dobrze w pamięci współczesnych, a dziś są już po drugiej stronie, nie jest proste. Przyjaciele piszą dużo i pozytywnie, nie zapominając często o własnych dokonaniach; ci mniej znajomi pamiętają pojedyncze zdarzenia, sytuacje, okoliczności i zachowania – często lepiej charakteryzujące daną osobę – a także konteksty.

Nasze kontakty z Piotrem były dość sporadyczne, aczkolwiek treściwe. Stąd wątpliwości, czy w ogóle powinienem się wypowiadać. Ale z drugiej strony to, co pamiętam – jakby to było dziś – jest tak

charakterystyczne, że może stanowić *signum temporis* ludzi i czasów; okresu burzy i naporu. To migawki.

Późny wieczór, a raczej „wczesna noc”. Gabinet Piotra w MZ. Charakterystyczne głębokie skórzane fotele. I wszędzie porozkładane papiery. Obcojęzyczne opracowania i dokumenty. Czas nie ma znaczenia; jest sprawa.

Kilku facetów (nie pamiętam: kobiet?) o szarych ze zmęczenia twarzach, usiłujących od paru dni objąć ogrom

zagadnienia i wybrać to, co można by zastosować w nowym polskim systemie zdrowia. Ale przedtem przedyskutować, omówić i zyskać akceptację pierwszego wśród równych. Co nie było proste. I to nie dlatego, że zagadnienia były nadmiernie skomplikowane, ale dlatego, że Piotr dostrzegał uwarunkowania i związki czasami nieuchwytny dla innych. W takiej sytuacji jego „porażająca” pracowitość była banałem.

Zawsze miałem odczucie, że Piotr – w każdym razie w sprawach zdrowia publicznego – widzi dalej i rozumie więcej. Nadto należał do szefów potrafiących gromadzić wokół siebie ludzi o szerokich horyzontach, którzy poświęcali swój czas prywatny, bo chcieli pracować z takim właśnie szefem. Pracować w takim właśnie zespole, gdzie panował nastrój akceptacji, chęci współdziałania, poczucie bezpieczeństwa badawczego. To rzadkość na Miodowej.

Relacje z Piotrem były raczej trudne dla ludzi niepotrafiących myśleć systemowo. Rozpatrując problem czy planując określone działania, Piotr widział je w systemowych uwarunkowaniach. Jeżeli dodamy do tego wrodzoną umiejętność analizy i syntezy, to nic dziwnego, że niektórzy lubili go szczególnie.

„Potrzebujemy ludzi zdrowia publicznego kształconych także kompleksowo za granicą” – stwierdził, kiedy przyszła kolej na sprawę kadrowe.

Dlaczego nie? Tylko: za co? W Polsce na palcach jednej ręki można było wówczas policzyć menedżerów opieki zdrowotnej po szkołach zdrowia publicznego z Europy Zachodniej.

„Nie mamy środków na wysłanie za granicę, to zorganizujemy kurs na wysokim poziomie w kraju. A pierwsza grupa będzie szkolić następnych, kaskadowo” – odkrywczo sugerował.

Nie pamiętam, w jaki sposób Piotr razem z śp. Andrzejem Wojtczakiem załatwili okazałą sumę z jakiegoś grantu zachodniego, ale środki się znalazły i oto Europejskie Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej zorganizowało roczny kurs weekendowy pod Warszawą dla kilkunastu osób. Wykładowcami byli najwybitniejsi specjaliści

europcy różnych zagadnień. Kurs przygotowywał także do wykładania zdrowia publicznego.

Ku satysfakcji głównych organizatorów okazało się, że w Polsce wiemy co nieco na temat zagadnień zdrowia publicznego (spojrzenie uczestników) i że Polacy „nie zeszli przed chwilą z drzewa” (spojrzenie wykładowców). To szkolenie miało jeszcze jedną cechę. Program był dziełem kilkunastu specjalistów różnych dziedzin niezbędnych dla zarządzania w opiece zdrowotnej. Ale całość, razem z elementami etyki, była dopracowana i zatwierdzona przez rzeczywistego fachowca „od zdrowia publicznego” z własnym dorobkiem w tym zakresie.

W połowie pierwszej dekady spotykaliśmy się w Radzie Europy. Piotr pracował już w departamencie Zdrowia Publicznego, a ja bywałem na posiedzeniach Europejskiego Komitetu Zdrowia Publicznego. Rozmawialiśmy o stanie opieki zdrowotnej w kraju. Piotr, bądź co bądź będąc z dala, wykazywał fantastyczne rozeznanie w tym, co się dzieje w Polsce. Uważał jednocześnie, że mógłby być bardziej pomocny w rozwiązywaniu polskich problemów z perspektywy międzynarodowej. Nie było jednak „zapotrzebowania”. Jak zwykle.

Piotr Mierzewski był człowiekiem wybitnym. Zajmując się w swym najlepszym – jak się wydaje – okresie zawodowym organizacją i reformą opieki zdrowotnej, patrzył na problemy z punktu widzenia lekarza. Cały czas chodziło mu o pomoc dla ludzi słabszych.

Miał rzadko spotykaną umiejętność analizy i syntezy problemu, przy czym w naturalny sposób widział różnego rodzaju uwarunkowania systemowe. Wyprzedzał swój czas. Można powiedzieć, że był jednym z tych wysokich urzędników resortu zdrowia, a także prawdziwych ekspertów zdrowia publicznego, którym różne okoliczności uniemożliwiły pełne wykorzystanie swoich możliwości.

Non omnis moriar.

Piotr Mierzewski (5.09.1950–13.09.2023)

(Magda Krzyżanowska-Mierzewska)

Nie da się życia żadnego człowieka opowiedzieć na kilku stronach tak, żeby mu oddać sprawiedliwość; opisać bogactwo, skomplikowanie i znaczenie jednego ludzkiego losu. Na pewno nie da się zaś tego zrobić w przypadku Piotra. *Larger than life, force de la nature* – mówią o takich ludziach Anglosasi i Francuzi.

W 1981 roku, w czasie poluzowania cenzury, Agnieszka Osiecka wydała książkę *Szeptni czterdziestoletni*. Był to napisany z wdziękiem, ale i z pazurem, zbiór wspomnień i impresji z życia pokolenia urodzonego w latach 30. Cytowała tam wiersz Witolda Dąbrowskiego, który zaczynał się tak:

Rozgaworzonych chłopców z rocznika pięćdziesiąt
Matki w wózkach obwożą po cichych alejkach...

To chłopcy i dziewczynki z tych wózków, urodzeni w latach 50., zrobili nam – i sobie – pierwszą „Solidarność”; tę prawdziwą. Piotr, urodzony w 1950 roku, był jednym z tych rozgaworzonych chłopców z wózka obwożonego przez rodziców po Skwerze Kościuszki w Gdyni. A potem był wśród twórców i aktorów „Solidarności”, która była najsilniejszym doświadczeniem publicznym, a w znacznej mierze także i prywatnym, naszego pokolenia. To wtedy zaczęły się jawnie toczyć – jawnie, czyli poza gronami ściśle akademickimi, w sposób dostępny opinii publicznej – rozmowy o tym, jak wygląda opieka zdrowotna i jak można ją naprawić. Piotr – w swojej związkowej roli sekretarza Krajowej Sekcji Służby Zdrowia¹, dowodzonej przez gdańską pielęgniarkę Alinę Pienkowską², wyposażony już wtedy z racji usytuowania zawodowego w wiedzę o działaniu systemu w jego ówczesnym kształcie, był aktywnym uczestnikiem tych debat. Szesnasty punkt porozumienia gdańskiego, zawartego 31 sierpnia 1980 r. w Stoczni Gdańskiej, przewidywał bowiem jako cel „[p] oprac[ę] warunk[ów] pracy służby zdrowia, co zapewni pełną opiekę medyczną osobom pracującym”³.

Piotra cechował oświeceniowy umysł. Miał zaufanie do racjonalizmu i szacunek dla empirii. Irytował go – już w latach 80. – rozpowszechniony wtedy, także w środowiskach zawodowo związanych z medycyną, mit medycyny jako tajemnego rzemiosła, opartego na niesprawdzalnych intuicjach i niekomunikowanym osobistym doświadczeniu. Był przywiązany do idei *evidence based medicine*, uważając, że owa tradycyjna wizja zawodu może służyć – *nolens volens* – jako zasłona dymna dla nie dość systematycznie uzupełnianej wiedzy zawodowej.

Chyba wcześniej niż w Polsce było to przyjęte, widział medycynę jako pole ścierania się interesów. Pozostawaliśmy bowiem – ci z nas, którzy byli ludźmi „Solidarności” – długo pod wpływem mniemania, że problemy z ochroną zdrowia w Polsce biorą się jedynie stąd, że zła komunistyczna władza przeszkadza szlachetnym lekarzom i pielęgniarkom dbać o zdrowie pacjentów w sposób należyty. Towarzyszyło temu powszechnie żywione i często artykułowane przekonanie, że interesy lekarzy i pielęgniarek są zawsze i całkowicie tożsame z interesem pacjentów. Piotr ironicznie traktował tę opowieść na długo, zanim zorientowaliśmy się jako społeczeństwo, że uprawianie medycyny jest po prostu i z natury rzeczy skomplikowaną grą między grupami zawodowymi, gałęziami medycyny, grupami pacjentów czy też rozmaitymi szczeblami zawodowego porządku dziobania.

Nie widział nic zdrożnego w tym, że ludzie medycyny mają rozmaite interesy i że ich bronią w rozmaitych politycznych kontekstach. Był jednak uczulony na dobrze

osadzony w języku paternalistycznej medycyny dyskurs, który istnienie takich interesów próbował zamazywać, posługując się wzniosłym językiem świętej misji, powołania, zawsze przeważającego dążenia do ochrony interesu pacjenta itp. Był zwolennikiem jasnego artykułowania interesów i ambicji zaangażowanych w dyskurs polityczny i środowiskowy. Nie był z natury obłudny, a wieloletnie życie poza granicami Polski pozwalało mu na kształtowanie sądów i ocen niezależnych od osobistych i lokalnych powiązań.

Pracując od 1994 r. w Sekretariacie Rady Europy w Strasburgu, zajmował się głównie pracą w ramach Komitetu Zdrowia Publicznego. Formę działania Komitetu stanowiło opracowywanie i przyjmowanie Rekomendacji RE jako tzw. międzynarodowego *soft law*. Dokumenty tego rodzaju nie mają mocy wiążącej, ale służą jako inspiracja dla rozwiązań prawnych i praktycznych dla państw członkowskich i środowisk zawodowych związanych z daną dziedziną. Uczestniczył m.in. w dyskusji nad rekomendacjami w sprawie opracowania metodologii opracowywania wytycznych dotyczących najlepszych praktyk medycznych; kryteriów zarządzania listami oczekujących i czasem oczekiwania w opiece zdrowotnej; w rozwoju i wdrażaniu systemów poprawy jakości w ochronie zdrowia.

Żałował, że w polskiej praktyce rekomendacje Rady Europy nie spotykały się z należyтым zainteresowaniem interesariuszy i tych, których miały inspirować i być dla nich pomocą

Przywiązywał wagę do wprowadzenia praw pacjenta jako elementu pejzażu prawnego dla uprawiania medycyny. To w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej – przyjętej w 1991 roku, za czasów jego wiceministrowania – prawa pacjenta zostały po raz pierwszy w Polsce podniesione do godności ustawy. W latach 90. żywił nadzieję, że ruchy pacjenckie zyskają w Polsce solidną bazę społeczną i staną się uważanym powszechnie za uprawnionego uczestnika dyskusji o ochronie zdrowia. Nadzieje te nie zostały spełnione do końca i Piotr nad tym bolał.

Do szału doprowadzało go, kiedy ktoś używał pojęcia „pacjent roszczeniowy”.

Cieszyła go reforma ubezpieczeniowa dokonana w Polsce w 1999 r. jako krok w dobrym kierunku, chociaż był bardzo sceptyczny wobec rozpowszechnionych w tym czasie nadziei, że okaże się ona cudownym rozwiązaniem wszystkich problemów systemu opieki zdrowotnej. Cieszył się z kontaktów i rozmów z licznymi lekarzami i menedżerami, których wtedy w Polsce poznawał. Radowało go, że pojawiło się nowe pokolenie osób starszannie wykształconych i pogłębiających swoją wiedzę w dziedzinie zarządzania opieką zdrowotną. Z pasją rozmawiał z nimi o możliwych rozwiązaniach instytucjonalnych i kierunkach rozwoju sytuacji.

¹ <https://encysol.pl/es/encyklopedia/hasla-rzeczowe/14350,Sekcja-Sluzby-Zdrowia-NSZZ-Solidarnosc-Sekretariat-Ochrony-Zdrowia-NSZZ-Solidarn.html> (dostęp 19.03.2024).

² Szczepuła B., *Alina. Miłość w cieniu polityki*, W.A.B., Warszawa 2013.

³ Protokół do porozumienia gdańskiego zawierał uwagi w sprawie sposobów realizacji poszczególnych punktów. Protokół punktu 16 – stanowiący potem podstawę programową działania Sekcji Służby Zdrowia składał się ze szczegółowej listy konkretnych rozwiązań dotyczących organizacji systemu opieki zdrowotnej. <https://www.solidarnosc.org.pl/o-nas/archiwum-kk/21-postulatow/> (dostęp: 19.03.2024).

Wiązał wielkie nadzieje ze wprowadzeniem w Polsce instytucji lekarza rodzinnego, wyposażonego w narzędzia zapewniające całościowy ogląd sytuacji zdrowotnej pacjenta. Z rozczarowaniem patrzył, jak kolejne zmiany sytuujące lekarzy rodzinnych w systemie pozbawiały ich instrumentów skutecznego działania w roli zarówno *gate-keepers*, jak i osób odpowiedzialnych za całość i ciągłość leczenia.

Ze smutkiem obserwował, jak uprawianie medycyny w Polsce uległo na przestrzeni trzydziestu kilku lat głębokiej zmianie: od całkowitej nieznajomości jej ekonomicznego kontekstu po stronie ludzi uprawiających medycynę do bardzo daleko idącego związania im rąk przez NFZ. Z naciskiem podkreślał, że podporządkowanie opieki zdrowotnej wyłącznie mechanizmom rynkowym i czysto księgowym przynosi katastrofalne skutki społeczne i zdrowotne.

Był wybitnie utalentowany w kierunku nauk ścisłych. Uważał statystykę za rzetelne narzędzie poznania, a umiejętność posługiwania się narzędziami statystycznymi za istotny warunek poważnego uprawiania nauk klinicznych.

Rzadko posługujemy się dzisiaj przedwojennym pojęciem „państwowiec”. Z wielu powodów to określenie wypadło z językowego obiegu. Nieostatnim z nich jest zapewne to, że doświadczyliśmy słabości państwa „z tektury i patyków”, która w tak dobitny sposób – w postaci wielu dziesiątków tysięcy nadmiarowych zgonów – dała o sobie znać w obszarze opieki zdrowotnej w czasie pandemii w latach 2020–2021. Zatem posługuję się tym określeniem z pewną rezerwą, ale mam pewność, że Piotr był państwowcem w najlepszym, tradycyjnym rozumieniu tego słowa. Kimś, kto wierzy w politykę jako sztukę jawnego i poddanego jasnym regułom ucierania się sprzecznych interesów w imię dobra obywatelskiej, lokalnej czy zawodowej wspólnoty z udziałem ekspertów. Zżywał się bowiem na utrzymującą się w Polsce tendencję do podejmowania

istotnych decyzji w obszarze polityk zdrowotnych – w tym także decyzji strategicznych – bez solidnego oparcia na wiedzy ludzi znających się na rzeczy.

Piotr był człowiekiem do głębi, całkowicie autentycznym. Był głęboko niezależny w tym sensie, że nie podlizywał się ludziom, nie kalkulował czy to, co powie, będzie się podobać. Miła mu była sympatia ludzka i uznanie, ale o nie szczególnie nie zabiegał. Nie kokietował, nie mizdrzył się. Nie miał cierpliwości do zadowolonych z siebie ignorantów. Nie kroił swojego życia pod jakiś wyobrażony model, nie przeglądał się w lustrze, nie stroił senatorskich min, nie udawał kogoś, kim nie był.

Nie ciulał zasług, drobnych osiągnięć, rzucał hojnie pomysłami, z których potem korzystali inni ludzie. Był generatorem idei. Miał umiejętność widzenia związków między faktami i zjawiskami, których nie widzieli inni.

Był naturalnym przywódcą.

Nie chował urazy, był wielkoduszny i nie zaprzętał sobie głowy tym, kto mu kiedy uchybił i czym. Bywał złośliwy, ale zadowalał się żartem, smaczną pointą, nie było w tym jadu. Chyba miał więcej zaufania do ludzkości, niż ona na to zasługuje.

Miał gigantyczny apetyt na życie. Brał siły na zamiary.

Nie był małostkowy, nie czepiał się szczegółów.

Był pełen energii i nieustającej ciekawości świata. Był bankieciarzem i bon vivantem, będąc jednocześnie pracocholikiem. Rozczulające dla mnie było to, jak całkowicie i natychmiast pogrążał się w zabawie, kiedy się od pracy oderwał – chichotał, pił wino, wygłupiał się, flirtował, tańczył.

Nasza znajoma napisała do mnie na Facebooku, reagując na wiadomość o śmierci Piotra: „było, więc jest”.

Niech zostanie to właśnie: pamięć.