

SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ
— EFEKTY ZMIAN W POLSCE I KRAJACH SĄSIEDNICH

POD REDAKCJĄ
BOŻENY CHOŁUJ

A 02 - 00983



WYDAWNICTWO NAUKOWE
SCHOLAR

WARSZAWA 2002

Redaktor: *Ewa Biernacka*

Korekta: *Zespół*

Projekt okładki: *Krzysztof Szczepanik*

Publikacja jest zbiorem referatów wygłoszonych na konferencjach współorganizowanych przez Fundację im. Friedricha Eberta. Książka została wydana przy wsparciu Fundacji

© Copyright by Friedrich Ebert Foundation 2002

ISBN: 83-88495-73-9

Wydawnictwo Naukowe „Scholar”
ul. Krakowskie Przedmieście 62, 00-322 Warszawa
tel./fax 828 95 63, 826 59 21, 828 93 91
dział handlowy: 635 74 04 w. 219 lub jw. wew. 108
e-mail info@scholar.com.pl
<http://www.scholar.com.pl>

Wydanie pierwsze
Skład i łamanie: WN „Scholar” (*Stanisław Beczek*)
Druk i oprawa: Drukarnia Diecezjalna w Sandomierzu.

Spis treści

Wstęp	7
I. STANDARDY	
<i>Orvill Adams, Anna Thompson</i> Środki i inicjatywy w systemie ochrony zdrowia: skuteczność systemów ochrony zdrowia a zdrowie kobiet	11
<i>Walter Baer</i> Aktualne tendencje polityki ochrony zdrowia w perspektywie rozszerzenia Unii Europejskiej	26
II. STAN OCHRONY ZDROWIA W WYBRANYCH ZAKRESACH W POLSCE I KRAJACH SĄSIEDNICH	
<i>Wanda Nowicka</i> Prawa pacjenta: konflikt interesów czy wspólna sprawa?	33
<i>Aleksandra Solik</i> Potrzeby z zakresu zdrowia reprodukcyjnego oraz następstwa ich niezaspokożenia	38
<i>Medard M. Lech</i> Potencjalne, negatywne skutki reformy ochrony zdrowia dla stanu opieki położniczo-ginekologicznej w Polsce	43
<i>Stefan Leder</i> Zdrowie a procesy przemian ustrojowych	49
<i>Krzysztof Aureliusz Teodoruk</i> Rola samorządu terytorialnego w ochronie zdrowia	55
<i>Ulrich Niedermeyer</i> Zdrowie psychiczne kobiet przed i po zmianach roku 1989	60
<i>Laima Rudze</i> Problemy na Łotwie	66
Raport społeczny Łotwy 1999	74
<i>Esmeralda Kuliesyte</i> Działalność edukacyjna w grupach rówieśniczych	80

III. REFORMA ZDROWIA. JEJ EFEKTY I ZMIANY W POLSCE I KRAJACH SĄSIEDNICH

Elżbieta Cichocka
Chaos informacyjny na temat reformy 87

Bożena Moskaiewicz
System informacji o chorobach reumatycznych po wprowadzeniu reformy i uwzględnieniu jej poprawek 92

Aleksandra Solik
Dostęp do legalnej aborcji – rola środowiska medycznego 96

Krzysztof Kaźmierczak
Konsekwencje ustawy GKV-2000. Uwagi porównawcze w stosunku do polskiej reformy 100

Ute Winkler
Reforma służby zdrowia w Niemczech 105

Jan Vomlela
Reforma służby zdrowia w Republice Czeskiej 111

IV. MOŻLIWOŚCI DZIAŁAŃ

Elisabeth Benzing
Ruch na rzecz zdrowia kobiet w Niemczech. Retrospektywa historyczna dotycząca sytuacji, której uwarunkowania doprowadziły do powstania Centrów Zdrowia Kobiet 119

Anna Dziubczyńska-Pytka
Dofinansowanie projektów badawczych, konferencji, naukowej współpracy międzynarodowej oraz stypendia naukowe w 5. Programie Ramowym Badań, Rozwoju Techniki i Prezentacji Unii Europejskiej 1998–2002 127

Aneks: Uchwały nr 25/99, 34/2000 i 35/2000 Komitetu Badań Naukowych 139

Wstęp

Przekazujemy Państwu zbiór artykułów i materiałów, które powstały w wyniku dwóch konferencji z cyklu „Europejskie Spotkania”. Konferencje organizowane są w Collegium Polonicum, wspólnym ośrodku dydaktyczno-naukowym w Stubicach Europejskiego Uniwersytetu Viadrina (Frankfurt nad Odrą) i Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza (Poznań), przez Katedrę Porównawczych Studiów Środkowo-europejskich i Fundację im. Friedricha Eberta (oddział warszawski).

Celem „Europejskich Spotkań” jest badanie rozwoju społeczeństwa obywatelskiego w Polsce i krajach z nią sąsiadujących, na przykładzie aktywności organizacji pozarządowych jako znanej politycznej formy typowej dla krajów demokratycznych. Przedstawiając tu działalność tych organizacji w jednym wybranym zakresie, przytaczając ich ocenę sytuacji oraz prezentując stosunek tej oceny do opinii wypracowanych przez przedstawicieli instytucji rządowych, relacjonujemy – m.in. gościom z Parlamentu Europejskiego i Komisji Europejskiej – postępy we współpracy rządu polskiego z tzw. trzecim sektorem. Do przystąpienia do tej współpracy Polska zobowiązała się, podpisując stosowne dokumenty na forach międzynarodowych. Ponieważ współpraca ta nie zawsze przebiega zgodnie z oczekiwaniami – co najbardziej odczuwalne jest w odniesieniu do polityki państwa wobec kobiet – korzystamy z analiz ekspertów z danej dziedziny, aby ustalić zasadność opinii i efektywność podejmowanych działań w obu sektorach. Przy tej okazji dowiadujemy się, jakie formy aktywności zostały podjęte, co zostało zrobione, jakie zadania czekają na rozwiązania oraz jakie mechanizmy należy wprowadzić, aby współpraca instytucji państwowych z organizacjami pozarządowymi rozwijała się w kierunku rozwiązań optymalnych. Nie chodzi o składanie na barki tych organizacji obowiązków państwa wobec swoich obywateli, ale o wykorzystanie faktu, że ich działania realizowane są w bezpośrednim kontakcie ze społeczeństwem, bez instytucjonalnego i administracyjnego pośrednictwa, co przynosi szybkie efekty oraz aktywizuje lokalne i regionalne środowiska.

Niniejszy tom dotyczy stanu opieki zdrowotnej kobiet w Polsce, Estonii, na Litwie i Łotwie. Obserwacje Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny poddane zostały tutaj porównaniu ze standardami WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) i Unii Europejskiej. Niestety, polskie ministerstwo zdrowia nie było zainteresowane tematyką obu konferencji na tyle, aby delegować swojego reprezentanta z referatem na temat systemu opieki zdrowotnej i reformy w odniesieniu do

kobiet, co stanowiło potwierdzenie, że zarówno tematyka kobieca, jak i współpraca z organizacjami pozarządowymi w dziedzinie opieki zdrowotnej nie znalazła się jeszcze w praktyce tego ministerstwa. Inaczej wygląda stosunek praktykujących lekarzy do tych zagadnień, którzy swoim doświadczeniem wspierają trzeci sektor i efekty jego pracy wykorzystują w kontaktach z pacjentami.

Temat zdrowia, jego oceny i reforma całego systemu okazały się pełne nie rozwiązanych problemów, dlatego druga konferencja z cyklu „Spotkań” została poświęcona monitoringowi zmian i poprawek do reformy, jakie zostały wprowadzone na przełomie 2000 i 2001 r. Przedłożona publikacja prezentuje wyniki tego monitoringu, ponownie w perspektywie porównawczej, tym razem z reformą w Republice Czeskiej i w Niemczech. Ponieważ stoimy u progu kolejnych daleko idących zmian, bo zmierzających do likwidacji dopiero co wprowadzonych Kas Chorych, przedstawiony w tomie materiał stanowić może pomoc w myśleniu nad kierunkami przekształceń, aby ich realizacja mogła przynieść jak najlepsze efekty w rozwiązaniu problemów w tak newralgicznym obszarze, jakim wciąż jest opieka zdrowotna kobiet w Polsce. Deklaracja nowego premiera, że nie będzie liberalizacji restrykcyjnej ustawy antyaborcyjnej, nie może być wytyczną dla polityki zdrowotnej, która powinna w zasadzie przynieść rozwiązania systemowe, aby kwestie opieki zdrowotnej kobiet nie zostały zaniedbane.

Bożena Chotuj

I. STANDARDY

Środki i inicjatywy w systemie ochrony zdrowia: skuteczność systemów ochrony zdrowia a zdrowie kobiet

1. Wprowadzenie

Zagadnienie zdrowia kobiet obejmuje warunki, ograniczenia i czynniki specyficzne dla kobiet i przeżywane przez kobiety przez cały okres życia [1]. Wyżywienie, wykształcenie, środowisko fizyczne, kultura, gospodarka, rozwój społeczny, polityka i regulacje prawne – wszystkie to wywiera określony wpływ na zdrowie kobiet w skali globalnej. Jednym z celów, jakie mają być spełnione przez systemy ochrony zdrowia, jest osiągnięcie i poprawa zdrowia ludności, której ponad połowa to kobiety. Tak więc zdrowie kobiet zależne jest w dużej mierze od skuteczności systemu ochrony zdrowia.

Poniższą prezentację zaczniemy od niektórych najważniejszych działań podejmowanych w skali globalnej, by podkreślić znaczenie problemu zdrowia kobiet. Celem takich działań jest nakłonienie władz poszczególnych krajów do podnoszenia rangi tych spraw, w tym do ujmowania sprawy zdrowia w perspektywie długofalowej. Błędy systemów ochrony zdrowia, które bezpośrednio odbijają się na zdrowiu kobiet, omówione są w duchu reformy systemów ochrony zdrowia i ich przemian. Dokument niniejszy prezentuje nowe podejście Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) do kwestii usprawnienia systemów ochrony zdrowia.

2. Tendencje ostatnich kilkudziesięciu lat

W drugiej połowie XX w. byliśmy świadkami rosnącej świadomości znaczenia płciowości człowieka. Dowodem fakt poświęcania coraz większej uwagi zwłaszcza sprawom następującym:

- włączanie się kobiet w tworzenie polityki i jej rozwój, procesy decyzyjne i badania dotyczące ochrony zdrowia;
- rosnąca świadomość w środowiskach naukowych znaczenia płciowości człowieka, co znajdowało wyraz w dokumentowaniu różnic pomiędzy kobietami a mężczyznami w zakresie częstotliwości występowania różnych schorzeń;
- uznanie zdrowia i rozwoju kobiet w każdym wieku jako przynależnych do praw człowieka [1].

* Departament Organizacji Służb Zdrowia, Wydział Materiałów i Informacji, Światowa Organizacja Zdrowia.

Wspólnota międzynarodowa w tych pozytywnych tendencjach upatruje odzwierciedlenie ważnej roli kobiet w nauce i technice oraz w rozwoju społeczno-ekonomicznym poszczególnych krajów.

Stany Zjednoczone na tendencje zmierzające do nadania wyższej rangi zagadnieniom płciowości zareagowały utworzeniem Biura Badań nad Zdrowiem Kobiet przy Narodowym Instytucie Zdrowia (NIH), z zamiarem intensyfikacji badań nad zdrowotnością kobiet w koordynacji ze światem medycznym, organizacjami międzynarodowymi i instytutami badawczymi, działającymi w tej dziedzinie [2]. W ramach stałego kierunku swego działania, Światowa Organizacja Zdrowia wraz z Międzynarodową Koalicją na rzecz Zdrowotności Kobiet (IWHC) zorganizowały w 1991 r. dla środowisk naukowo-badawczych i działaczek na rzecz zdrowia kobiet warsztaty dotyczące poprawy metod zapobiegania ciąży [3].

Różne instytucje i agencje międzynarodowe zaangażowane w ochronę zdrowia i sprawy rozwoju społecznego podejmowały różne inicjatywy na rzecz zdrowia kobiet. Wymienić tu należy organizacje, takie jak Alternatywy Rozwoju dla Kobiet w Nowej Erze (DAWN), Międzynarodowa Organizacja Kobiet w Medycynie (MWI), Światowa Organizacja na rzecz Zdrowia Kobiet (GAWH). Współdziałając z agendami Narodów Zjednoczonych (UNIFEM, UNDP, UNICEF, WHO i in.), są one w awangardzie rozpoznawania kwestii płciowości i ochrony zdrowia w ustawodawstwie, edukacji, polityce, rozwoju społecznym itd. Spory odsetek projektów Banku Światowego nosi nazwy Zdrowie, Demografia i Wyżywienie, koncentrując się na potrzebach zdrowia kobiet, w tym Bezpiecznego Macierzyństwa, Planowania Rodziny, Edukacji ku Zdrowiu oraz działaniach związanych z walką z wirusem HIV [4]. Niektóre kraje, prowadzące własne programy pomocowe i rozwojowe, przeznaczają część środków na sprawy płciowości. Jednym z elementów działalności WHO w zakresie zwalczania ubóstwa są te aspekty płciowości, które determinują wzajemną zależność pomiędzy płcią, ubóstwem a zdrowiem [5]. WHO włączyła te kwestie we własne programy i działania.

Światowa Konferencja ds. Kobiet w 1975 r. uznała zdrowie kobiet za element zdrowia społecznego. Podczas obrad zaapelowano o włączenie tej sprawy w zakres polityki zdrowia publicznego. Konwencja Eliminacji Wszelkich Form Dyskryminacji Kobiet (CEDAW) w 1979 r. poprzeczła Konwencję Praw Dziecka (CRC) z 1989 r. [1]. Niezależnie od tego, kolejne konferencje, w tym Światowy Szczyt na rzecz Dzieci z 1990 r., Międzynarodowa Konferencja ds. Ludności i Rozwoju z 1994 r., czy Międzynarodowa Konferencja ds. Kobiet z 1995 r., podkreśliły potrzebę uznania spraw związanych ze zdrowiem kobiet za nieodłączny element zdrowia i rozwoju.

Cele zwołanego w 1990 r. Światowego Szczytu na rzecz Dzieci obejmowały wzmocnienie roli i statusu kobiet oraz gwarancje równego dostępu dla młodych dziewcząt do edukacji, wyżywienia i innych potrzeb niezbędnych dla ich dobra.

Aktualnie regulacje prawne i system prawny wykorzystywane są do wspierania praw kobiet (i dzieci) do zdrowia, odnosząc się do społecznych, kulturalnych i ekonomicznych aspektów zdrowia kobiet.

Na kairskiej Międzynarodowej Konferencji ds. Ludności i Rozwoju w 1994 r. uznano pojęcie zdrowia i praw reprodukcyjnych, rozszerzając zakres praw reprodukcyjnych i podejmując dyskusje na temat HIV i AIDS, niebezpiecznej aborcji

i seksualności nastolatków. Dokonano próby powiązania kwestii ubóstwa z problemem rozwoju demograficznego, podkreślając prawo do zdrowia, wyżywienia, do decydowania o sobie i autonomii kobiet, a także równość płci w programach zdrowia i rozwoju.

Analizy równości płci w dostępie do opieki zdrowotnej obejmują kwestie polityki, programy, badania naukowe [3].

Zdrowie kobiet było też priorytetem Czwartej Światowej Konferencji ds. Kobiet w Pekinie (1995), której Platforma Działania miała następujące cele:

- Zwiększenie dostępu kobiet przez cały okres życia do właściwej, dostępnej cenowo i odpowiedniej jakości ochrony zdrowia, informacji i podobnych usług.
- Wzmocnienie programów prewencji i promocja zdrowia kobiet.
- Podejmowanie inicjatyw w zakresie równouprawnienia płci w leczeniu i prewencji chorób przenoszonych drogą płciową, spraw tożsamości płci i zdrowia reprodukcyjnego.
- Promocja badań i upowszechnianie informacji dotyczącej zdrowia kobiet.
- Zwiększanie środków i zapewnienie kontynuacji wysiłków na rzecz zdrowia kobiet.

Wszystkie te konferencje i inicjatywy międzynarodowe przyczyniły się do wzmocnienia świadomości i pomogły wprowadzić programy działania na rzecz postępu w dziedzinie ekonomicznego, społecznego i politycznego statusu kobiet w wielu strategiach planowania rozwoju.

3. Zdrowie kobiet

Różnice pomiędzy mężczyznami a kobietami przypisywano anatomii i odmienności hormonalnej, pomijając przy tym liczne inne złożone czynniki, takie jak patologia, fizjologia czy psychologia. W konsekwencji takiego podejścia kwestie zdrowia kobiet sprowadzano do zdrowia reprodukcyjnego i macierzyńskiego, z myślą o zmniejszeniu wskaźnika umieralności kobiet (i dzieci). Takie podejście eliminowało potrzeby wielkiej liczby kobiet biednych, upośledzonych i zmarginalizowanych z krajów rozwijających się [1].

W ostatnich latach zainteresowanie przesunęło się od spraw kobiet w kierunku zagadnień płciowości, wraz z problematyką różnic społecznych pomiędzy rolami kobiet i mężczyzn, ku odmienności form i stopnia akceptacji kobiet i mężczyzn i ich zachowaniom zgodnym z zasadami współżycia społecznego, a nie jedynie wynikającym z różnic biologicznych pomiędzy nimi [3]. Tak więc kwestia płciowości obejmuje też kontekst ich zachowań w społeczeństwie, różne pełnione przez nich role, oczekiwania społeczne i kulturowe, a także ograniczenia narzucane im w związku z ich płcią oraz sposoby radzenia sobie z oczekiwaniami i ograniczeniami społecznymi [6].

Zdrowie jest nieodłącznym elementem i warunkiem trwałego rozwoju ekonomiczno-społecznego. „Zdrowie postrzegamy jako podstawowe prawo człowieka. Zdrowie to coś więcej niż nieobecność chorób i niepełnosprawności – to także obecność dobrego samopoczucia fizycznego, umysłowego i społecznego”, jak to określa Światowa Organizacja Zdrowia w swej definicji zdrowia. Zdrowie kobiet odpowiada

tej definicji, natomiast wymaga większej uwagi w zakresie warunków i potrzeb, od wcześniejszych do późniejszych faz życia kobiety [1, 7]. Kobiety narażone są na szereg problemów zdrowotnych przez cały okres życia (dzieciństwo, okres dojrzewania, okres płodności i po przekwitnięciu) z przyczyn ekonomicznych, edukacyjnych, dietetycznych, środowiskowych i społecznych.

Pelniać rolę opiekunki, kobiety odpowiadają za własny dom, w tym za ochronę zdrowia i obowiązki domowe. W niektórych społeczeństwach przydział środków w gospodarstwie domowym, takich jak żywność, wykształcenie i zdrowie, jest dla kobiet niekorzystny z powodu ich stanu małżeńskiego, niskiego poziomu dochodów, i szeregu innych czynników społecznych. W takich przypadkach kobiety mogą mieć trudności z finansowaniem podstawowego wykształcenia i opieki zdrowotnej. Brak dostępu do ochrony zdrowia w okresie niemowlęcym, dzieciństwie i okresie dorastania jest podstawową przyczyną szeregu problemów kobiet z własnym zdrowiem. W czasie ciąży nieodpowiednia opieka medyczna zwiększa prawdopodobieństwo upośledzenia potomstwa i umieralność matek. Przez cały okres opieki prenatalnej lekarze mogą wykrywać i leczyć wszelkie pojawiające się komplikacje, kobietom w ciąży doradzać w sprawach karmienia piersią, prawidłowej diety, planowania rodziny, immunizacji, a także informować, gdzie można zwracać się o pomoc [4, 8]. Pomijając przyczyny ekonomiczne – niepełne korzystanie z ochrony zdrowia można przypisać także brakowi wykształcenia i niewiedzy, które ograniczają niezależność kobiety, a także niewystarczającemu postępowi w medycynie.

Ogólnie analfabetów więcej jest wśród kobiet niż mężczyzn. Dwie trzecie 876 mln analfabetów świata to kobiety [8]. Wykazano, że wykształcenie jest korzystne dla kobiety, odgrywa bowiem rolę w rozwijaniu jej zdolności troszczenia się o własne zdrowie. Mimo ryzyka podwyższenia prawdopodobieństwa aborcji i zarażenia się chorobą weneryczną, dziewczynki uzyskujące wykształcenie przynajmniej podstawowe są mniej narażone na wyjście za mąż i rodzenie dzieci we wczesnym wieku [4]. Mając wykształcenie podstawowe, kobieta potrafi zrozumieć znaczenie higieny, diety niezbędnej dla zdrowego rozwoju, potrafi też rozpoznać objawy chorób dziecięcych. Brak podstawowego wykształcenia zmniejsza szansę znalezienia pracy. W wielu krajach rozwijających się babcie przejmują odpowiedzialność za opiekę nad wnukami i innymi dziećmi wspólnoty ludzi zakażonych wirusem HIV lub cierpiących na AIDS bądź inne choroby. Występując w tej roli, starsze kobiety zaniedbują własne zdrowie i podejmują ryzyko finansowe i emocjonalne – jeśli brak im formalnego wykształcenia lub nieformalnej wiedzy o AIDS i jego skutkach [9, 10].

W niektórych krajach inwestuje się w przyszłość chłopców kosztem dziewczynek. Młodzi chłopcy otrzymują często lepsze wyżywienie i lepszą opiekę lekarską niż ich żeńskie odpowiedniki. W Indiach przypadki niedożywienia białkowo-energetycznego notuje się częściej wśród dziewczynki niż wśród chłopców, mimo to chłopcy hospitalizowani są częściej od dziewczynek (Gupta 1987, cyt. w: Timyan J. i in. [15]). Wyżywienie jest istotnym składnikiem dobrego zdrowia, który może wpłynąć na wczesne stadia rozwoju, a nawet na cały okres życia kobiety. W krajach rozwijających się u jednej czwartej dzieci niedożywionych stwierdza się zwiększoną podatność na choroby [11]. Niedożywienie w okresie ciąży u dziewcząt nastoletnich

hamuje wzrost ciała i podwyższa ryzyko tworzenia się przetok w narządach rodnych, infekcji, a nawet śmierci [12]. Raport o starzeniu się i rozwoju 2000 stwierdza, iż u kobiet w końcowym okresie płodności poczucie starości zaczyna pojawiać się z powodu wykonywania wyczerpujących prac, złego odżywiania się, licznych przebytych ciąż i szeregu innych przyczyn.

Zachowania związane z utrzymaniem zdrowia wielu ludzi, zwłaszcza kobiet, w krajach rozwijających się, są determinowane przez status społeczny i wzorce kulturowe. W niektórych przypadkach kobietom nie wolno poszukiwać opieki lekarskiej bez zgody męża lub krewnych, rodziców lub przywódcy grupy [29]. Pewne szkodliwe tradycyjne praktyki, takie jak okaleczanie narządów rodnych czy wydawanie dziewcząt za mąż przed osiągnięciem dojrzałości (biologicznej, społecznej), często zagrażają zdrowiu kobiety. Przypadki poważniejszych okaleczeń narządów rodnych mogą prowadzić do depresji, lęków, zaburzeń łaknienia, problemów z miesiączkowaniem, a w późniejszym okresie do patologii ciąży i porodu, a także śmierci. Wśród bezpośrednich skutków okaleczenia narządów rodnych należy wymienić trudności z oddawaniem moczu, krwawienia wewnętrzne, szok, różne infekcje i schorzenia przewodu moczowego [13]. Szereg agencji oraz międzynarodowych i krajowych organizacji pozarządowych zajmuje się prewencją, edukacją i komplikacjami wywołanymi przez praktyki okaleczania genitaliów na poziomie wspólnoty, systemu służby zdrowia i całego kraju.

Wśród innych czynników środowiska fizycznego, wpływających na jakość życia, wymienić należy przełudnienie obszarów miejskich, złe warunki bytowe, degradację środowiska – wszystkie one przyczyniają się do powstawania stresów, depresji, do nadużywania narkotyków i alkoholu, przestępczości i innych skutków.

Skuteczność służby zdrowia sprawdzić można m.in. przez analizę istniejących problemów. Zapytajmy, jak systemy ochrony zdrowia ustosunkowują się do sprawy nierówności i niedostępności usług. Po drugie – jak skutecznie systemy odpowiadają na potrzeby kobiet.

4. Systemy ochrony zdrowia

Światowy Raport o Zdrowiu 2000 silnie podkreśla znaczenie systemów ochrony zdrowia. Stwierdza on, iż ich zadaniem jest nie tylko dążenie do poprawy zdrowotności i traktowania ludzi z godnością, lecz także do ochrony społeczeństwa przed finansowymi skutkami chorób. Podkreśla, że systemy ochrony zdrowia powinny sobie stawiać za cel skuteczność, koncentrując się na rezultatach swych działań. W związku z trwającą dyskusją o zakresie działania systemów ochrony zdrowia, Raport korzysta z pojęcia działania zdrowotnego, w celu sformułowania definicji systemu zdrowia. Przez działanie zdrowotne rozumieć należy każde działanie podejmowane w dziedzinie usług zdrowotnych w celu poprawy zdrowia, świadczone w systemie ochrony zdrowia publicznego i w prywatnej służbie zdrowia.

Z definicji tej wynika, iż cele systemu ochrony zdrowia sprowadzają się do zapewnienia dobrego zdrowia. Po drugie do spełniania oczekiwań społecznych traktowania człowieka z szacunkiem, respektowania jego godności i zachowania poufności. Kolejne cele to szybkie reagowanie na potrzeby pacjenta i spełnianie

jego podstawowych oczekiwań i potrzeb. Ważne jest też sprawiedliwe obciążenie finansowe, w celu ochrony gospodarstw domowych przed zubożeniem, wskutek wydatku większości środków na ochronę zdrowia. Oznacza to konieczność uwzględnienia w systemach ochrony zdrowia nierówności podziału, z uwagi na fakt, iż dostępność środków jest nieproporcjonalna do problemów zdrowotnych.

Raport wskazuje, że systemy ochrony zdrowia funkcjonują różnie – nawet wówczas, gdy dysponują środkami na podobnym poziomie. Różnice te Raport tłumaczy, odnosząc je do czterech funkcji systemów zdrowia i odmiennej struktury ich organizacji i współdziałania. Chodzi o następujące funkcje:

- Świadczenie usług – zapewnienie całej gamy usług indywidualnych i nieindywidualnych z zakresu ochrony zdrowia.
- Tworzenie bazy zasobów fizycznych i ludzkich – inwestowanie w infrastrukturę fizyczną i personel włączone w świadczenie tych usług.
- Finansowanie – proces tworzenia podstaw finansowania przez kreowanie funduszy celowych, przychodów, nabywanie i alokację środków na poszczególne cele.
- Nadzór – oznacza tworzenie wizji, nadzór nad regulowaniem, inicjatywami ustawodawczymi i wdrażaniem zasad systemów zdrowia [14].

Skuteczność danego systemu ochrony zdrowia można ocenić, odnosząc powyższe funkcje do założonych celów działania systemu.

4.1. Świadczenie usług

Świadczenie usług to proces obejmujący wykonywanie szerokiej gamy usług ochrony zdrowia (indywidualnych i nieindywidualnych), w ramach których można korzystać bezpośrednio z usług rehabilitacji, diagnostyki, prewencji lub terapii. Usługi nieindywidualne świadczone są pośrednio i na ogół są elementem innych dziedzin działalności, takich jak system oświaty (np. edukacja zdrowotna) czy ochrona środowiska (np. kanalizacja itd.).

Kobiety, mające trudności z docieraniem do usług ochrony zdrowia, nie będą mogły liczyć na zachowanie dobrego stanu zdrowia. Braki w systemie ochrony zdrowia, przyczyny ekonomiczne, odległość, czas, bariery kulturowe – to wszystko utrudnia korzystanie z usług medycznych. Ośrodki zdrowia na wsi nie dysponują pełnym wyposażeniem w niezbędną infrastrukturę, nie ma tam również odpowiednio wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia. W rezultacie pacjenci odsyłani są do szpitali w miastach, bardzo czasem odległych i znacznie kosztowniejszych. Po drugie, czas niezbędny do dojazdu do miasta jest znacznym utrudnieniem dla kobiet, które są zbyt zajęte pracą albo przy prowadzeniu własnego domu, albo w miejscu pracy, i nie mogą sobie pozwolić na czekanie w długich kolejkach w przychodniach [29]. Ponadto, w przypadku kobiet starszych, podróż może być zbyt dużym obciążeniem, może też się zdarzyć, iż nie mają one dostępu do środków transportu lub nie stać ich na opłaceniu biletu.

Według prognoz w 2025 r. kobiety stanowią będą większość spośród 800 mln osób w wieku 65 lat i starszych. Odsetek ludzi w wieku lat 60 i więcej wzrósł w Polsce z 12,3% w 1970 r. do 13,5% w 1995 r. Prognozy ONZ mówią o dalszym wzroście tego odsetka do 18,9% w 2020 r. (informacje z bazy danych ONZ z 1995 r.).

Stwarza to problem dla ochrony zdrowia, zwłaszcza w krajach rozwijających się i transformujących się, gdzie większy odsetek ludzi zamieszkuje na terenach wiejskich niż w mieście. Zapewnienie opieki zdrowotnej obejmuje świadczenie podstawowych usług medycznych, długookresową opiekę zdrowotną (świadczenia indywidualne i społeczne), domy opieki (opieka pielęgnacyjna i rehabilitacja w czasie pobytów krótkich i długookresowych), usługi opieki rodzinnej (krewini i członkowie rodzin, opiekujący się osobami starszymi), opieka szpitalna, opieka nad obłożnie chorymi w domu (lekarze i pielęgniarki systematycznie odwiedzają chorych lub wykonują usługi medyczne w domu), opieka środowiskowa (specjalnie przeszkoleni pracownicy środowiskowej służby zdrowia opiekują się osobami starszymi) – to wszystko odpowiada specyficznym potrzebom ludzi starszych (zob. [26, 27]). Czy systemy ochrony zdrowia przygotowują się do przeszkolenia pracowników służby zdrowia w zakresie leczenia chronicznych schorzeń osób starszych i opieki nad nimi?

Społeczno-ekonomiczne nierówności położenia kobiet w różnych krajach świata są przyczyną zaburzeń wzrostu, poronień i wczesnej aborcji, w związku z niedożywieniem, komplikacjami połogowymi, molestowaniem seksualnym, brakiem dostępności opieki lekarskiej lub jej niską jakością [4]. Szacuje się, iż w krajach rozwijających się 450 mln dorosłych nie jest w stanie rozwijać się prawidłowo z powodu niedostatku mikroelementów w ich diecie [38]. Ze 130 mln porodów odbywających się co roku w krajach rozwijających się tylko około co drugi (ok. 65 mln) odbierany jest przez osoby zawodowo do tego przygotowane. W wielu krajach rozwijających się zdrowie matki i dziecka sprowadzane jest do kwestii zdrowia reprodukcyjnego, nie obejmując innych istotnych problemów, mających wpływ na życie młodych kobiet (gwałt, alkohol, narkotyki, dyskryminacja, prostytutka) ani potrzeb zdrowotnych osób starszych, upośledzonych, kobiet prześladowanych emocjonalnie i fizycznie. Choć w ostatnich latach coraz więcej uwagi poświęca się kwestii umieralności matek, jej wskaźnik nadal przewyższa umieralność niemowląt [15].

Kobiety i dzieci wciąż podlegają skutkom procesów okresu przemian polityczno-ekonomicznych w krajach Europy Wschodniej. Tu, mimo wysokiego poziomu wykształcenia i lepszej infrastruktury zdrowia w porównaniu z subsaharyjskim regionem Afryki, czy niektórymi częściami Azji południowo-wschodniej – kobiety wciąż mają trudności z dostępem do lekarstw, nowoczesnych środków antykoncepcyjnych i innych usług z zakresu planowania rodziny. Aborcja nadal jest stosowana jako rozwiązanie alternatywne, gdyż środki antykoncepcyjne nie są łatwo dostępne w ośrodkach zdrowia. Nanda i współpracownicy [16] mówią o tym, iż na każde urodzone dziecko przypada jedna aborcja, że wskaźnik śmiertelności matek pozostaje wysoki, podobnie jak wskaźnik śmiertelności z powodu chorób zakaźnych, co w sumie przyczyniło się do obniżenia przeciętnej oczekiwanej długości życia. Spadek płodności kobiet w przedziale wieku lat 20–29 oraz rosnący wskaźnik umieralności przypisywane są obciążeniom związanym z okresem przemian, zlemu stanowi środowiska i przemianom wewnątrz systemu ochrony zdrowia [17].

Należy podkreślić fakt tworzenia i poszerzania infrastruktury podstawowych usług zdrowotnych, zwłaszcza bliżej terenów wiejskich i obszarów zamieszkiwanych przez

największy odsetek upośledzonych. Przybliżanie kobietom podstawowych usług zdrowotnych nie rozwiąże problemu niedostępności i braków, jeśli ośrodki zdrowia będą pozbawione odpowiedniego sprzętu, szerokiej oferty świadczonych usług, a także pracowników służby zdrowia o odpowiednich kwalifikacjach, którzy zostali przeszkoleni w zakresie opieki zdrowotnej dla kobiet i spełniania ich potrzeb.

Systemy ochrony zdrowia muszą zapewniać informacje i usługi zabezpieczające potrzeby inne, niż tylko związane z potrzebami reprodukcyjnymi kobiet. Zapobieganie chorobom można by zorganizować skutecznie, przez upowszechnianie informacji, wykształcenia i komunikację. Poradnictwo i metody prewencji, w tym zaopatrywanie kobiet na terenach wiejskich w środki antykoncepcyjne i lekarstwa, ułatwi im uzyskanie dostępu do nowoczesnych usług medycznych, które są bardziej przyjazne ludziom i stosunkowo niedrogie, a nawet częściowo refundowane.

Takie i podobne braki systemu ochrony zdrowia i koszt ochrony zdrowia ograniczają możliwości kobiet w zakresie uzyskania niezbędnej opieki zdrowotnej. Niektóre osoby starsze wolą korzystać z alternatywnych rozwiązań, takich jak leczenie się na własną rękę, czy szukanie pomocy u uzdrowicieli (zob. Raport o starzeniu się i rozwoju [10]).

4.2. Finansowanie

Planujący politykę ochrony zdrowia bezustannie stają w obliczu pytania, jak optymalnie alokować środki tak, by w stopniu maksymalnym zabezpieczyć potrzeby ludności. Finansowanie oznacza kreowanie funduszy celowych, przychodów, nabywanie i alokację środków na poszczególne cele. Źródła finansowania można by wyobrazić sobie w postaci płatności gotówkowych, składek na ubezpieczenie zdrowotne bądź przychodów opartych na zasilaniu z podatków ludności [18].

Wyniki badań budżetów gospodarstw domowych cytowane w Raporcie o sytuacji zdrowia w świecie w 2000 r. wskazują, iż biedniejsi płacą z własnej kieszeni więcej niż bogatsi, spora bowiem część ich dochodów idzie na zaspokojenie potrzeb niezbędnych, takich jak wyżywienie i cele mieszkaniowe. Jak wspomniano – większość osób o niskich dochodach, a więc kobiety, nadal cierpią z powodu takiego sposobu finansowania ochrony zdrowia.

Kobiety, opiekując się swoimi domami i prowadząc gospodarstwa domowe, często nie są finansowo niezależne od dochodów i środków, jakimi dysponuje gospodarstwo domowe. To stwarza barierę w sytuacji, gdy dostępne fundusze okazują się niewystarczające do opłacenia rachunków, lekarstw, kosztów transportu czy innych wydatków życia codziennego [29]. Kobiety o własnych dochodach będą mogły korzystać z tej części ich realnego dochodu, jaka może pójść na płatności gotówkowe i/lub składki ubezpieczenia prywatnego.

Wydatki państwa na ochronę zdrowia spadały w Polsce w dekadzie lat dziewięćdziesiątych, w miarę jak zwiększała się podaż prywatnych usług zdrowotnych. Wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia wzrosły w okresie 1990–1997 aż o 388%, i to mimo spadku realnych płac [19]. W przypadku Polski, usługi zdrowotne finansowane z własnej kieszeni padają ofiarą spadku realnych dochodów. Płatności powinny zależeć od poziomu realnych dochodów, nie od rodzaju świadczonych usług czy ryzyka związanego z daną chorobą. Dostępność opieki zdrowotnej

jest ograniczona w przypadkach, gdy instytucja ubezpieczeniowa narzuca kobietom podwyższone stawki składek w związku z potrzebami reprodukcyjnymi i ryzykiem wiążącym się z ubezpieczaniem osób starszych. Na przykład w Chile, badania przeprowadzone po restrukturyzacji tamtejszego systemu ochrony zdrowia pokazały, iż kobiety miały problemy z dostępem do usług ochrony zdrowia w prywatnych Kasach Chorych, z powodu wysokich stawek składkowych lub zmniejszonych korzyści, wynikających z ubezpieczenia (PAHO 1997, cytowany w [23b]).

Nierówność poziomu dochodów i słabsza pozycja kobiet powinny wpływać na inwestycje w dziedzinach, które pośrednio lub bezpośrednio wpływają na życie kobiet. Grupy społeczne, w których kobiety nie są włączane w podejmowanie decyzji o podziale środków i mechanizmach finansowych, mogą zlekceważyć alokację funduszy w obszarach wpływających na kobiety. Potrzebne jest zabezpieczenie oddzielnych pozycji po stronie wydatków na leczenie kliniczne, zmniejszanie kosztów i finansowanie kosztów osobowych służby zdrowia [20].

4.3. Tworzenie bazy zasobów fizycznych i ludzkich

Tworzenie bazy zasobów fizycznych i ludzkich oznacza inwestowanie w to wszystko, co będzie elementem świadczenia usług ochrony zdrowia. Zasoby ludzkie, wyższe uczelnie, instytuty badawczo-naukowe, inne instytucje oświatowe, sprzęt medyczny, produkty farmaceutyczne i urządzenia – to wszystko uważane jest za elementy inwestycji w służbie zdrowia. Niniejszy rozdział poświęcony będzie kwestii zasobów ludzkich: przyjrzymy się, w jaki sposób postawy i praktyki pracowników służby zdrowia wpływają na kobiety.

W jakimś stopniu słabości systemu ochrony zdrowia przypisać można niedostatecznemu wykszoleniu, brakowi obowiązku rozliczania się ze świadczonych usług i niedostatecznej komunikacji na różnych szczeblach. Shisana [12] przytacza przykład sześcioletniego badania umieralności matek na próbie 100 mln Chinek. Rezultaty badania wskazywały, iż 70% zgonów matek można było zapobiec, gdyby pracownicy służby zdrowia mieli wystarczające wykształcenie.

Płeć osoby reprezentującej służbę zdrowia ma znaczny wpływ na dostęp kobiet do opieki zdrowotnej. W jednym z badań wykazano, iż 27% egipskich kobiet woli chodzić do lekarza w towarzystwie innej osoby dorosłej bądź zasięgać porady medycznej u kobiety. Ma to związek z przeświadczeniem, iż mężczyzna i inni krewni nie powinni oglądać kobiety po zakończeniu przez nią okresu dojrzewania. Nierzadko takie nastawienie ogranicza jakość opieki lekarskiej i wpływa na relację pomiędzy lekarzem a pacjentką. 40% kobiet w ciąży (głównie średniozamożnych) nie zasięga porad lekarskich w okresie prenatalnym, gdyż ciążę i poród uważają za proces naturalny. W większości przypadków porody przyjmują tradycyjne położne, co jest społecznie akceptowane [21]. W północnym Kamerunie, mężczyznom, nawet lekarzom i inni kwalifikowanym pracownikom służby zdrowia, nie wolno dotykać innej kobiety niż własna żona bez zgody męża lub opiekuna prawnego tej kobiety [15].

Mimo to, kobietom pracującym w służbie zdrowia stwarzane są utrudnienia, ograniczające ich możliwość pracy na terenach wiejskich. Bardzo niewiele

pracowników służby zdrowia przenoszonych jest do pracy na wsi. Dzieje się tak ze względów rodzinnych, z obawy przed gwałtem, molestowaniem, a także w związku ze stereotypowym przekonaniem (w niektórych krajach), iż kobiety są mniej kompetentne zawodowo niż ich mężczy koledzy.

Pracownicy służby zdrowia z kolei sami niechętnie idą do pracy na wsi, gdzie zamieszkuje zdecydowana większość ludzi biednych. Stwarza to wielkie problemy dla ludzi starszych, którzy konfrontowani są z problemami na szczecblu wspólnoty, gdzie pracownicy służby zdrowia nie dostrzegają specyficznych potrzeb ludzi w podeszłym wieku, jak i na szczecblu krajowym, gdzie twórcy polityki problemów tych nie doceniają [9].

Istnieje pozytywna korelacja pomiędzy sposobem postępowania pracowników służby zdrowia a skłonnością pacjentów do korzystania z usług ochrony zdrowia. Kobiety wykorzystywane seksualnie, emocjonalnie i fizycznie muszą pokonywać szereg przeszkód (osobistych i zawodowych), poszukując porady u pracowników służby zdrowia. W wielu przypadkach badania dowodzą, iż pracownicy służby zdrowia wolą kobiety wykorzystywane leczyć za pomocą środków antydepresyjnych, zamiast badać prawdopodobieństwo wiktymizacji, styl życia, warunki pracy i bytowe tych kobiet [3]. Pracownicy służby zdrowia bądź mają trudności z rozeznaniem cierpień ofiar, bądź są pod wrażeniem jej historii, bądź znają podobne doświadczenia z autopsji. Spośród innych przeszkód, wymienimy brak umiejętności bądź doświadczenia w leczeniu takich pacjentów.

Bruce w pracy poświęconej tematyce planowania rodziny przedstawia schemat czterech elementów składających się na zdrowie kobiet, odzwierciedlający postawy i praktyki pracowników służby:

- Wymiana informacji na linii lekarz–klient, co obejmuje interakcję z pacjentem, w celu uzyskania odpowiednich informacji, takich jak sytuacja osobista, historia chorób i interwencji chirurgicznych, historia rodziny.
- Kompetencja lekarza – wykwalifikowanego, zdolnego i doświadczonego w stopniu niezbędnym do zapewnienia pomocy metodami klinicznymi, świadomego możliwych komplikacji, a także różnic i nierówności pomiędzy kobietami i mężczyznami, które mogą wpływać na wyższą częstotliwość pewnych chorób i infekcji.
- Relacje interpersonalne – zachowanie poufności, uprzejmość, wyczulenie na potrzeby, świadomość różnic wynikających z płciowości, poświęcanie sporo czasu pacjentom.
- Mechanizmy zachęty do ciągłości opieki lekarskiej – utrzymanie relacji zachęcającej pacjentkę do powrotu po poradę, przez umiejętne porozumiewanie się, badania kontrolne skuteczności leczenia, kierowanie po inne usługi [22].

Stan zdrowia kobiet zależy w dużej mierze od sytuacji społecznej i zdolności pracowników służby zdrowia do oceny i rozumienia potrzeb kobiet. Reagowanie na te potrzeby nie sprowadza się do problemów zdrowia, należy bowiem również uwzględnić zdolność systemu do sprośtania czynnikiem innym niż samo leczenie, np. szacunek okazywany kobiecie, jej godności, swoboda wyboru lekarza i zachowanie poufności.

4.4. Nadzór

Funkcja nadzorcza obejmuje wyznaczanie ogólnego kierunku działania, regulację i wdrażanie zasad działania systemu ochrony zdrowia. Zakłada ona posiadanie

jasnej wizji docelowej, dogłębne rozumienie funkcji systemu ochrony zdrowia oraz wytyczanie kierunków działań. Wiedza i zbieranie informacji niezbędnych do zrozumienia potrzeb ludzi wpłynie na politykę i tworzenie prawa, odnoszącego się do zdrowia kobiet [20].

Warunki ekonomiczne, społeczne i polityczne, w jakich żyją kobiety, wywierają ogromny wpływ na ich zdrowie i pomyślność. Reforma systemów służby zdrowia trwa w krajach Europy Wschodniej od 1990 r. Niektóre z krajów odchodzą od scentralizowanej gospodarki planowej w kierunku bardziej rynkowego nastawienia. W krajach tych systemy ochrony zdrowia, dawniej finansowane przez państwo, przechodzą szybki proces decentralizacji, co daje władzom lokalnym i gminom większe możliwości nadzoru nad wydatkami na ochronę zdrowia i sposobem organizacji służby zdrowia. Weźmy przykład Polski. W początkowym okresie problem ochrony zdrowia był tu wyraźnie niedoceniany. Jednym z celów reformy była poprawa zdrowotności społeczeństwa przez zapewnienie powszechnego dostępu do wysokiej jakości usług służby zdrowia. Reforma ta skoncentrowana jest na prewencji, promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej, propagowaniu zdrowego stylu życia i radykalnej reorganizacji podstawowych zakresów usług opieki zdrowotnej. W związku z przeprowadzaną reformą, odpowiedzialność za zapewnienie podstawowych usług opieki zdrowotnej przeniesiono obecnie na poziom samorządowy, w nadziei, iż lokalna wspólnota aktywniej włączyć się będzie w podejmowanie decyzji w tym zakresie. Niestety reforma nie przyniosła zdecydowanej poprawy w dziedzinie chorób systemu krażenia, zdrowia matki i dziecka, reorganizacji służby zdrowia i zapewnienia jej finansowania [19]. Standing [7] stwierdza, że decentralizacja może wywrzeć wpływ na sytuację kobiety na terenach wiejskich, jeśli tej grupy ludności, w której kobiety stanowią większość, nie otoczy się szczególną opieką i nie zapewni jej właściwego traktowania. Autorka ta zastanawia się, w jakim stopniu reforma służby zdrowia uwzględni potrzeby kobiet i czy wpłynie ona na zrównanie szans przez poprawę, zmniejszenie bądź przynajmniej utrzymanie bieżącego poziomu dostępności do usług służby zdrowia. Obecnie nie da się powiedzieć, czy przez zapowiadaną reformę służby zdrowia poprawę dostępu dla grup „słabych i upośledzonych” należy rozumieć również zapewnienie równego dostępu dla mężczyzn i kobiet. Jedno z badań przeprowadzonych w Indiach pokazało, iż młode kobiety i kobiety powyżej 40 roku życia prawdopodobnie rodzić będą w domu, oraz że 32% badanych kobiet nie próbowało uzyskać porady lekarskiej w okresie prenatalnym [23]. Na temat braku badań, dotyczących różnic pomiędzy mężczyznami a kobietami, mówiono już wiele, jednak informacje takie, jak tu cytowane, powinny poddać rządzącym myśl, w jakim kierunku należy inwestować posiadane środki.

Standing [7], korzystając ze schematu reformy systemu służby zdrowia Casselsa [25], wskazuje na problematykę równości płci w kontekście reformy. Pytania bieżące reformy dotyczą wpływu na równowagę obu płci, kryteriów stosowanych przy określaniu potrzeb zdrowotnych, warunków, jakie spełnione muszą być przez reformę, by zapewnić dostęp grupom upośledzonym, sposobu, w jaki odpłatność wpływa na dostępność usług medycznych. Pytania dotyczą też tego, jak prywatna służba zdrowia podejdzie do kwestii potrzeb kobiet, jak zmiany polityki zarządzania kadrami odbiją się na kobietach pracujących w służbie zdrowia.

Rządy powinny zastanowić się, jak system funkcjonuje i wprowadzić takie zmiany, które zapewnią, iż problemy kobiet będą uwzględniane w finansowaniu służby zdrowia, tworzeniu podstaw jej finansowania i świadczeniu usług. Funkcja nadzorczy zakłada również zapewnienie wprowadzania takich zasad i przepisów, które odnoszą się do specyficznych problemów kobiet.

4.5. Wnioski

Chcąc ustalić stopień, w jakim system ochrony zdrowia spełnia założone cele, niezbędna jest ocena podejmowanych działań, przy ich jednoczesnym odniesieniu do celów i funkcji ochrony zdrowia z perspektywy kobiet. Ze sprawnością służby zdrowia w różnych krajach bywa rozmaicie, można jednak mówić o pewnym minimalnym zestawie podstawowych inicjatyw, które można by podjąć w ramach działającego systemu ochrony zdrowia, z myślą o przyczynieniu się do poprawy zdrowia kobiet.

1. Tworzenie takich mechanizmów finansowania, które będą dla kobiet zachętą do korzystania z usług zdrowotnych, i wprowadzanie efektywnych kosztowo programów bądź akcji, obejmujących zasięgiem grupy mniejszości i lokalne.
2. Restrukturyzacja systemu ochrony zdrowia w taki sposób, by zapewnić równość, skuteczność i wysoką jakość usług świadczonych na rzecz kobiet.
3. Wprowadzenie problematyki płci do programu edukacji zdrowotnej, uwzględnianie przyszłych pracowników służby zdrowia na sprawy płciowości, upowszechnianie wśród nich wyników badań naukowych w zakresie zdrowia kobiet, uświadamianie im znaczenia ich postawy wobec kobiet.
4. Zwiększanie liczby pracowników służby zdrowia przez promocję edukacji zdrowotnej wśród kobiet i upowszechnianie wiedzy o potrzebach zdrowotnych kobiet, ich problemach i usługach, na jakie mogą liczyć. Poprawa warunków pracy w całej służbie zdrowia.
5. Obsadzanie ogniw decyzyjnych w służbie zdrowia przez pracujące w niej kobiety.
6. Upowszechnianie wiedzy w społeczeństwie o potrzebach zdrowia kobiet i konsekwencjach istniejących barier dla sytuacji kobiet i dzieci.
7. Wprowadzanie programów szkoleniowych, promujących ideę równości kobiet i mężczyzn w planowaniu rozwoju zdrowia na terenach wiejskich.
8. Konceptualizacja polityki zdrowia, wypowiadanie się na temat kształtu zarządzeń i przepisów prawnych pośrednio bądź bezpośrednio wpływających na sytuację kobiet w najróżniejszych jej wymiarach. Tego typu działania mogą obejmować ponowny przegląd przepisów i ustaw, umożliwiających decydom i głównym podmiotom ograniczanie kobietom możliwości do korzystania z ich praw do opieki w placówkach służby zdrowia. Choć w tej dziedzinie wykonano już wielką pracę, nadal brak ogólnej oceny sposobu, w jaki przepisy te należałoby w poszczególnych krajach stosować, aby założone cele osiągnąć.

Problematyka zdrowia kobiet została postawiona w centrum uwagi, jednak nadal istnieje potrzeba podjęcia przez służbę zdrowia działań, w celu rozwiązania problemów powstających wcześniej. Systemy ochrony zdrowia stoją wobec szansy skutecznego podjęcia wyzwań w dziedzinie zdrowotności kobiet. Znanym zjawiskiem jest

to, że gdy podejmuje się jakieś działanie na rzecz zdrowia kobiet, to wywołuje ono działania analogiczne w najróżniejszych innych dziedzinach gospodarki niezależnych od służby zdrowia.

Inicjatywy i plany działania realizowane przez agencje rozwoju, organizacje międzynarodowe i pozarządowe są elementami składowymi całości. Systemy ochrony zdrowia muszą silnie orientować się na realizację wyznaczonych celów. Kryteria oceny skuteczności danego systemu ochrony zdrowia muszą uwzględniać istniejące nierówności, w tym przypadku dotyczące kobiet.

Literatura

- [1] *Women's Health: Making a difference. The Agenda for Action (Draft)*. Department of Health Systems and Community Health, Geneva: WHO.
- [2] Kirchstein T. (1991). „Research on Women's Health”, *American Journal of Public Health*, 81(3), s. 291–293.
- [3] *Gender and Health: A Technical Paper*. Internet communication of 27 October 2000 at web site <http://www.who.int/frh-whd/GandH/GHreport/gendertech.htm>.
- [4] Tinker A. i in. (1994). *Women's Health and Nutrition: Making a Difference*. Washington: World Bank.
- [5] *Reproductive Health: A Health Priority* (1999). Speech by Director-General WHO, Dr. Gro Harlem Brundtland. ICPD + 5 Forum, The Hague, Netherlands, 8–12 February.
- [6] Vlassoff C. (1994). „Gender Inequities in Health in the Third World: Uncharted Ground”, *Soc. Sci. Med.*, 39(9), s. 1249–1259.
- [7] Standing H. (1997a). „Gender and Equity in Health Sector Reform Programs: A Review”, *Health Policy and Planning*, 12(1), s. 1–18.
- [8] *The World's Women* (2000). New York: United Nations.
- [9] *The Aging and Development Report: Poverty, Independence and the World's Older People* (1999). London: Earthscan Publication Ltd. HelpAge International.
- [10] *Aging and Development* (2000). March (5).
- [11] *Improving Child Health, IMCI: The Integrated Approach* (1997). Division of Child Health and Development, Geneva: World Health Organization.
- [12] Shisana O. (1998). *Adapting to Change: Planning and Delivering Reproductive Health Services in Reforming Health Systems*. Speech Prepared for the World Bank EDI Learning Forum, Nairobi, 21st September.
- [13] *Female Genital Mutilation Pack* (1996). WHO/FRH/WHD/96.26, Geneva: WHO.
- [14] *The World Health Report 2000- Health Systems: Improving Performance* (2000). Geneva: WHO.
- [15] Timyan J. i in. (1993). „Access to Care: More than a problem of distance”, w: M. Koblinsky, J. Timyan, J. Gay, *The Health of Women: A Global Perspective*. Boulder, Co: Westview Press.
- [16] Nanda A. i in. (1993). „Health in Central and Eastern Countries of the WHO European region: An Overview”, *World Health Quarterly Statistics*, 46, s. 158–165.

- [17] Kalache A. (1999). „Challenges of Aging Populations for Public Health in the 21st Century”, w: *A Global Challenge for the 21st Century: Proceedings of a WHO Symposium*. Kobe, 10–13 November 1998.
- [18] Daniel N. i in. (2000). „Benchmarks of Fairness for Health Care Reform. A Policy Tool for Developing Countries”, *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), s. 740–750.
- [19] *Health Care Systems in Transition: Poland* (1999). European Observatory on Health Care Systems. Warsaw.
- [20] Murray C.J.L., Frenk J. (2000). „A framework for assessing the performance of health systems”, *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), s. 717–731.
- [21] Galal S. (1999). „Gender, Health, and Human Rights in Egypt”, *Bulletin of the World Health Organization*, 77 (8), s. 707–708.
- [22] Mensch B. (1993). „Quality of Care: A Neglected Dimension”, w: M. Koblinsky, J. Timyan, J. Gay, *The Health of Women: A Global Perspective*, Boulder, Co: Westview Press.
- [23] Standing H. (1997) (1997b). *Gender and Equity in Health Care. Paper prepared for the Workshop „Towards Equity? Health Sector Reform and Access to Basic Health Services”*, WHO/Center for Partnership in Development, Oslo, Norway, October 1–3.
- [24] Berms S., Griffiths M. (1993). „Health Women's Way: Learning to Listen”, w: M. Koblinsky, J. Timyan, J. Gay, *The Health of Women: A Global Perspective*. Boulder, Co: Westview Press.
- [25] Cassels A. (1997). *A Guide to Sector-wide Approaches for Health Development. Concepts, Issues and Working Arrangements*, Geneva: WHO.
- [26] Davies A.M. (1999). „Aging and Health in the 21st Century: An Overview”, w: *A Global Challenge for the 21st Century: Proceedings of a WHO Symposium*. Kobe, 10–13 November 1998.
- [27] Fu H. (1999). „Implications for Health Services for Aging Populations”, w: *A Global Challenge for the 21st Century: Proceedings of a WHO Symposium*, Kobe, 10–13 November 1998.
- [28] Garcia Moreno C. (1995). „International Perspectives on Women's Reproductive Health”, *Science*, August 11; 269(5225), s. 790–792.
- [29] Kutzin J. (1993). *Obstacles to Women's Access: Issues and Options for More Effective Interventions to Improve Women's Health*. Washington DC, The World Bank: *HRO Working Paper* nr 13.
- [30] Murphy J. (1995). *Gender Issues in World Bank Lending*, Washington DC: World Bank.
- [31] Pan American Health Organization (1997). *Moving Towards Gender Equity in Health Reform*. PAHO: *Women Health and Development*, Division of Human Development, PAHO/HDP/HDW/97-006.
- [32] *Gender, Health and Poverty* (2000). *World Health Organization. Fact Sheet* nr 251, June.
- [33] *International Symposium for Gender Equal Society* (1999). Speech by Director-General WHO, Dr. Gro Harlem Brundtland. Yamaguchi Prefecture, Japan, 14 November.

- [34] *Population and Women* (1996). Proceedings of UN Expert Group Meeting on Population and Women, Botswana 22–26 June 1992. New York: United Nations.
- [35] „Health, Population and Development” (1994). WHO Position Paper for the *International Conference on Population and Development*, Cairo.
- [36] *Report of the Fourth World Conference on Women* (1995). Beijing, 4–15th September. United Nations. A/CONF.177/20/Rev.1.
- [37] *Report of the International Conference on Population and Development* (1994). Cairo, 5–13th September. United Nations. A/CONF.171/13/Rev.1.
- [38] World Bank (1993). *Investing in Health. World Development Report*.
- [39] United Nations 1995 database.

thum. Zygmunt Nierada

Walter Baer*

Aktualne tendencje polityki ochrony zdrowia w perspektywie rozszerzenia Unii Europejskiej

Zagadnienie wejścia w ważną fazę przekształceń w ramach procesu akcesyjnego dotyczy nie tylko krajów Europy Środkowej i Wschodniej – sama bowiem Unia Europejska i wszystkie kraje członkowskie stoją w obliczu nowych wyzwań, tendencji i zmieniających się warunków.

Rezygnacja członków pierwszej Komisji i wprowadzenie nowego zespołu Komisji ma określone konsekwencje dla tworzenia polityki w dziedzinie zdrowia.

Zaczniemy od przeglądu tego, co zmieniło się w podstawach prawnych naszej działalności w dziedzinie zdrowia na szczeblu Wspólnoty. Traktat o Unii Europejskiej, który wszedł w życie w maju ubiegłego roku, w artyku 152 wyraźnie uznaje zdrowie za istotną kwestię o charakterze przekrojowym, która wiąże się ściśle z szeregiem dziedzin polityki wspólnotowej Unii. Mowa tam jest o tym, iż „Wysoki poziom ochrony ludzkiego zdrowia zostaje zapewniony w drodze określenia i wprowadzenia w życie wszystkich polityk i działań Wspólnoty”¹. W poprzedniej wersji Traktatu analogiczne sformułowanie brzmiało: „Wymogi ochrony zdrowia są elementami innych strategii politycznych Wspólnoty”.

- Takie podejście wzmacnia „klauszule horyzontalna” jednocześnie w kilku kierunkach:
- Po pierwsze – obecnie mowa jest o „wysokim poziomie ochrony ludzkiego zdrowia”, a zrezygnowano z bardziej abstrakcyjnego i mniej zobowiązującego pojęcia „wymogi zdrowia”. Nie jest oczywiście możliwe zawarcie w Traktacie szczegółowych prognoz dotyczących rzeczywistego poziomu ochrony zdrowia, do jakiego we Wspólnocie aspirujemy, niemniej jednak to nowe podejście sygnalizuje nam dążenie do osiągnięcia takiego poziomu ochrony, który będzie wyższy od poziomu najmniejszego wspólnego mianownika.
 - Po drugie – Traktat obecnie stwierdza, że postanowienia te obowiązują zarówno w fazie tworzenia polityki (jej „określenia”), jak i jej późniejszej realizacji. Tym samym zobowiązuje on do przestrzegania postanowień Wspólnotę jako całość – nie zaś samą Komisję – a także państwa członkowskie, które w głównej mierze realizują politykę Wspólnoty.

* Komisja Europejska, SANCO F/1 Luksemburg.

¹ Cyt. z tłumaczenia tekstu Traktatu Amsterdamskiego udostępnionego przez Centrum Informacji Europejskiej na stronie www.cie.gov.pl – przyp. tłumacza.

- Po trzecie – w artykule tym mowa jest o „politykach i działaniach Wspólnoty”, czyli odnosi się on do wszelkich dziedzin działalności ustawodawczej, a także do innych działań, np. programów czy funduszy, czy sposobu, w jaki Wspólnota postępuje w stosunkach z krajami trzecimi.
- Po czwarte – niejasne sformułowanie „inne polityki” zostało z artykułu usunięte; poprzednio trudne okazywało się wytyczenie dokładnych linii podziału pomiędzy owymi „innymi politykami” a pojęciami „zdrowia publicznego” – „zdrowia” – czy „politykami związanymi z ochroną zdrowia”.
- Wreszcie – istotny wydaje się fakt, iż postanowienie to zostało przesunięte na początek artykułu mówiącego o zdrowiu publicznym, przed wszelkie odniesienia do konkretnych działań w samej dziedzinie zdrowia publicznego.

Sformułowanie nawiązuje do celu zdrowotności postawionego dla Wspólnoty jako całości w art. 3 (p) Traktatu, gdzie wzywa się do przyczyniania się do osiągania wysokiego poziomu ochrony zdrowia.

To postanowienie Traktatu jest czymś niezwykłym, w porównaniu z analogiczną sytuacją prawną w większości krajów członkowskich, wprowadza ono bowiem „konstytucyjny” wymóg dla Wspólnoty uwzględniania ewentualnych konsekwencji podejmowanych działań i stosowanych środków dla zdrowia. Jaka jest obecnie sytuacja na szczeblu Wspólnoty w świetle nowego art. 152 Traktatu Amsterdamskiego? Do jakich kwestii z dziedziny zdrowia trzeba będzie odnieść się w kontekście akcesji? Odpowiedzi na te pytania to przedmiot moich rozważań.

Wspomniałem już, że niedawno zaczęła pracę nowa Komisja. W ramach tego gremium uznano zdrowie za jeden z ważniejszych celów działania. Po raz pierwszy w nowej Komisji stworzono „resort” zdrowia, a Komisarz Byrne przejął odpowiedzialność za Zdrowie i Ochronę Konsumentów. Utworzono nowy Dyrektoriat Generalny, łączący w zakresie swych działań sprawy zdrowia publicznego, ochrony konsumentów, bezpiecznej żywności, spraw weterynaryjnych i fitosanitarnych, inspekcji i doradztwa naukowego. Ten ważny kierunek zgodny jest – jak wiedzieliśmy – z nowymi postanowieniami dotyczącymi zdrowia w Traktacie Amsterdamskim, obowiązującymi od ubiegłego roku, powinien też przyczynić się do utrzymania zdrowia jako znaczącego priorytetu tak w Komisji, jak i w całej Wspólnocie.

W tej chwili jesteśmy już na etapie umożliwiającym przedstawienie szczegółowych propozycji dalszych działań. Nie potrafię rzecz jasna powiedzieć precyzyjnie, co owe propozycje będą zawierać, nie zostały one bowiem jeszcze formalnie uzgodnione. Mogę jednak przedstawić nasze zamierzenia, cele i intencje.

Zamierzamy opublikować dwa dokumenty. Pierwszy, to ogólna Informacja na temat zdrowia. Spełni ona kilka celów. Omówi różne kierunki polityki Wspólnoty dotyczącej zdrowia i podstawowych zasad jego ochrony, ukazując, jak wpisują się one w kontekst ogólny. Przedstawione zostaną różne środki prawne, jakie na mocy art. 152 muszą zostać podjęte, oraz ich miejsce w ogólniejszym kontekście uregulowań prawnych w ramach Unii.

Informacja pokaże też, jaki przewidujemy algorytm działań podejmowanych w celu wypełnienia nałożonego w Traktacie zobowiązania, by zapewnić wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego zarówno w określeniu polityki Wspólnoty, jak w fazie realizacyjnej. To z kolei prowadzi do prób oceny skutków podejmowanych działań na rzecz zdrowia.

Drugi z anonowanych dokumentów przedstawi szczegółowe propozycje nowego programu zdrowia publicznego w miejsce istniejących ośmiu programów i podejmowanych ostatnio różnych działań.

W kwietniu 1998 r. Komisja wydała Informację o stanie polityki zdrowia publicznego. Wywołała ona wielką dyskusję na temat kierunku, jaki Wspólnota powinna przyjąć w kwestii zdrowia publicznego. W świetle owej dyskusji wypracowano szeroki konsensus wśród wspólnotowych instytucji, jak i szerzej, wśród środowisk zainteresowanych ochroną zdrowia i wspierających ogólną linię zarysowaną w opublikowanej Informacji. Wynikało z niej, iż Wspólnota w swych działaniach na rzecz zdrowia publicznego w przyszłości powinna realizować trzy cele:

- 1) Poprawa informacji na temat zdrowia przez tworzenie szczegółowych systemów zbierania danych, analiz, ocen dotyczących polityki zdrowotnej, istniejących systemów i środków ochrony.
- 2) Zwalczanie zagrożeń zdrowia. Cel ten zakłada zwiększanie możliwości szybkiej i skoordynowanej reakcji na zagrożenia zdrowia przez wzmacnianie mechanizmów nadzoru, szybkiego ostrzegania i szybkiego reagowania.
- 3) Rozpracowywanie przyczyn chorób. Cel ten zakłada zajęcie się różnymi determinantami zdrowia przez promocję zdrowia i środki zapobiegania chorobom.

W związku z powyższym, pojawiła się dodatkowa kwestia tzw. horyzontalna, tj. mająca odniesienie przekrojowo do różnych dziedzin. Mianowicie, ze szczególną uwagę trzeba będzie się zająć sytuacją zdrowia w krajach Europy Środkowej i Wschodniej. Rozszerzenie Unii będzie miało konsekwencje również dla istniejących systemów zdrowia w krajach członkowskich, trzeba będzie wspierać kraje kandydackie w wysiłku dostosowywania się do polityki Wspólnoty w tej dziedzinie. W świetle tego, współdziałanie w sprawach zdrowia z organizacjami międzynarodowymi, zwłaszcza z WHO, jest konieczne, by móc zagrożeniami dla zdrowia zajmować się w skali globalnej.

Obok głównego nurtu formalnych negocjacji akcesyjnych, agendy Komisji reagują na bardzo liczne potrzeby ze strony krajów, instytucji wspólnotowych, a przede wszystkim ze strony krajów kandydackich w zakresie zdrowia, w związku z rozszerzeniem Unii Europejskiej. Chodzi o zainicjowanie szeregu działań i czynności w dziedzinie zdrowia, w ścisłej współpracy z tymi partnerami. Niektóre działania już rozpoczęto – wspomnijmy tu jedynie inicjatywy podjęte w okresie prezydentury brytyjskiej, niemieckiej czy fińskiej, spotkania z przedstawicielami Wysokiej Komisji ds. Zdrowia, warsztaty-seminaria organizowane przez odpowiednie organizacje. Chciałbym zwrócić uwagę zwłaszcza na Dokument Roboczy agend Komisji, zajmujących się zdrowiem, opublikowany 18 maja 1999 r., a zawierający szczegółową listę pytań i możliwych odpowiedzi dotyczących zdrowia w kontekście planów rozszerzenia Unii.

Głównym zadaniem tego roboczego dokumentu jest zwrócenie uwagi na kwestie, mogące wiązać się ze sprawą zdrowia i akcesji nowych państw, w tym na konieczność podniesienia świadomości zarówno krajów członkowskich, jak kandydackich oraz wspierania tych ostatnich we wdrażaniu zasobu obowiązujących postanowień określonych w *acquis communautaire*, w perspektywie przyszłego rozszerzenia Unii Europejskiej.

Zdrowie i ochrona zdrowia wymagają poważnych środków finansowych i zasobów ludzkich. W Unii Europejskiej na zdrowie przeznaczonych jest od 6 do 10% PKB. W sektorze ochrony zdrowia zatrudnionych jest niemal 10% wszystkich pracowników. Rozumiemy, że w krajach kandydackich i pozostałych państwach Europy Środkowej i Wschodniej udział ochrony zdrowia w podziale PKB jest zasadniczo mniejszy. Gdyby udział ten wyrazić w kategoriach realnych wydatków na mieszkańca, to dla krajów kandydackich średnia kształtowałaby się na poziomie niecałych 400 euro – wobec ponad 1,6 tys. euro w krajach członkowskich.

Wiadomo, iż jakości zdrowia i jego ochrony nie da się wymierzyć li tylko wielkością środków wydawanych na ten cel – pewien związek tu jednak niewątpliwie istnieje. Moim zdaniem, ważne jest określenie zakresu, w jakim zdrowie i ochrona zdrowia mają być porównywalne z sytuacją w tym zakresie Unii Europejskiej i jakie środki należałoby w razie potrzeby podjąć, aby sytuację naprawić.

Jestem pewien, iż niezależnie od wysiłków już podjętych w okresie ostatnich kilku lat przez wszystkich zainteresowanych partnerów i instytucje – kwestia zdrowia i spraw związanych ze zdrowotnością nie ma dostatecznego naświetlenia w procesie rozszerzenia Unii, prawdopodobnie z powodu tego, iż „konkretny *acquis communautaire*”, bezpośrednio odnoszący się do spraw zdrowia, jest stosunkowo mało rozbudowany.

Podsumowując zasadnicze kwestie kluczowe, wiążące się ze zdrowiem, a wyliczone w omawianym dokumencie roboczym – wydaje się, że w procesie akcesji nowych członków Unii i przygotowaniach do niej, na szczególną uwagę zasługują sprawy następujące:

- Brak jasnej, nowoczesnej polityki zdrowia publicznego, która mogłaby sprostać wyzwaniom, stojącym wobec systemu zdrowia, a także stosunkowo niski priorytet nadawany tej dziedzinie.
 - Rosnący wskaźnik zapadalności na choroby zakaźne, spadający odsetek ludzi poddawanych szczepieniom.
 - Rosnące spożycie narkotyków.
 - Potrzeba poprawy jakości urządzeń pomocy doraźnej.
 - Niski prestiż i status ekonomiczny ludzi zawodowo zajmujących się zdrowiem, co może wzmacniać tendencje migracyjne.
 - Stosunkowo małe angażowanie się społeczeństwa obywatelskiego w sprawy zdrowia i nieobecność w tej sferze odpowiednich instytucji i zrzeszeń.
 - Utrzymujący się negatywny wpływ na stan zdrowia złych warunków środowiskowych.
- Z myślą o zapewnieniu odpowiednich warunków bezproblemowego przejścia do rozszerzonej Wspólnoty, niektóre z niżej wymienionych działań zostały już podjęte i należałoby zapewne rozważyć ich kontynuację:
- Zachęcanie wszystkich krajów kandydackich do uczestnictwa we wspólnotowych programach działania na rzecz zdrowia publicznego.
 - Ocena i dążenie do poprawy know-how i urządzeń związanych z monitoringiem chorób zakaźnych, zachęcanie do jak najszybszego włączenia się w prace wspólnotowych sieci monitoringu i kontroli.
 - Organizowanie cyklicznych spotkań na tematy konkretnych spraw związanych z ochroną zdrowia, w kontekście akcesji w stosunkach między krajami członkowskimi a poszczególnymi krajami kandydackimi; umożliwi to ustalenie

priorytetów współdziałania i wymiany informacji w zakresie alokacji środków i funduszy na inwestycje.

- Promocja uczestnictwa ekspertów z krajów kandydackich w pracach grup ekspertów Komisji.
- Ułatwianie współpracy ponadgranicznej.
- Rozwijanie badań nad zdrowiem, w tym spraw wiążących się z akcesją nowych państw, i wymiana doświadczeń w zakresie wykorzystania systemów informacji i technologii ochrony zdrowia.
- Dalsza promocja uczestnictwa ekspertów z krajów kandydackich we wspólnotowych działaniach w dziedzinie zdrowia i w zakresie spraw związanych ze zdrowiem.
- Promocja wymiany i kontaktów pomiędzy organizacjami pozarządowymi z krajów członkowskich i krajów kandydackich działających w dziedzinie zdrowia.

tłum. Zygmunt Nierada

II. STAN OCHRONY ZDROWIA W WYBRANYCH ZAKRESACH W POLSCE I KRAJACH SĄSIEDNICH

Prawa pacjenta: konflikt interesów czy wspólna sprawa?

Prawa pacjenta zaistniały w świadomości społecznej i stały się jednym z postulowanych standardów opieki zdrowotnej dopiero w ostatnich latach. Wynikają one zarówno z ustawy zasadniczej – Konstytucji RP z 1997 r., w której zawarto prawo każdego do ochrony zdrowia (art. 68), a także z ratyfikowanych przez Polskę międzynarodowych paktów praw człowieka (zwłaszcza Międzynarodowego Paktu Praw Ekonomicznych, Społecznych i Kulturalnych z 1966 r.). Poszczególne prawa pacjenta zapisane zostały m.in. w ustawach: o zakładach opieki zdrowotnej, o zawodzie lekarza, o zawodzie pielęgniarki i położnej.

Wiedza na ich temat wśród zainteresowanych – pacjentów – była i jest w dalszym ciągu bardzo ograniczona, m.in. z powodu rozproszenia praw w różnych dokumentach. W związku z krytycznym stanem służby zdrowia i trudnościami w uzyskaniu odpowiednich świadczeń medycznych, nawet pacjenci, którzy znają prawa im przysługujące, często nie ośmielają się domagać ich przestrzegania z obawy o kontynuację leczenia czy jego jakość. W odczuciu społecznym prawa pacjenta należą do sfery marzeń.

Prawa pacjenta były jednym ze sztandarowych haseł reformy zdrowia. Twórcy reformy obiecywali, że po jej wprowadzeniu będą one rzeczywiście przestrzegane. Niestety, w dwa lata od wprowadzenia reformy służby zdrowia spodziewana poprawa stanu przestrzegania praw pacjenta na razie nie nastąpiła, mimo rozmaitych inicjatyw na rzecz ich upowszechnienia. Miały się do tego przyczynić Karty Praw Pacjenta, których celem było zebranie w jednym dokumencie formuł praw rozrzuconych w różnych dokumentach i udostępnienie ich pacjentom w widocznym miejscu w placówkach służby zdrowia.

Karty Praw Pacjenta mają głównie walor edukacyjny – służą podniesieniu świadomości pacjentów i pracowników służby zdrowia na temat praw pacjenta, a dzięki temu poprawie ich przestrzegania. Takie karty powstały w Ministerstwie Zdrowia, w Kasach Chorych, a także w poszczególnych placówkach służby zdrowia. Obecnie Kasy Chorych wymagają nawet, by Karta Praw Pacjenta była wywieszona w widocznym miejscu w każdej placówce służby zdrowia. W praktyce jest to bardzo rzadko realizowane.

Przy tworzeniu kart praw pacjenta pojawiły się pewne niepokojące zjawiska. Dokumenty, szczególnie te opracowane w Ministerstwie Zdrowia czy w Kasach

* Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny.

Chorych, przekształciły się niepostrzeżenie w karty praw i **obowiązków** pacjenta, co nie tylko wypacza samą ideę, lecz czasami prowadzi do zapisów kuriozalnych i sprzecznych z prawem. Ustawy nie regulują na szczęście obowiązków pacjenta, lecz obowiązki państwa i służby zdrowia wobec społeczeństwa. Tymczasem w niektórych kartach zapisano wymóg bezwarunkowego **szacunku** i posłuszeństwa pacjenta wobec personelu medycznego.

Świadczy to m.in. o tym, że zmiana relacji: służba zdrowia – pacjent na relację partnerską, stanowi poważną trudność dla całego systemu w Polsce. Aby takie zmiany rzeczywiście nastąpiły, konieczne jest wprowadzenie odpowiednich szkoleń dla lekarzy i pozostałego personelu medycznego, w celu poprawy umiejętności komunikowania się z pacjentami, propagowania praw pacjenta i partnerskiego, nieprotektoralnego modelu stosunków między lekarzem a pacjentem.

1. Trzy główne sfery praw pacjenta

O prawach pacjenta rozważa się najczęściej w trzech obszarach:

- 1) jako uprawnienia do określonych świadczeń medycznych;
- 2) jako prawa człowieka, czyli te prawa, które nie są bezpośrednio związane z medycyną. Dotyczą sposobu traktowania pacjenta w systemie. Są to m.in.: prawo do godności, intymności, poufności, prywatności, do informacji, do świadomej zgody;
- 3) prawo do dochodzenia roszczeń w przypadkach błędów medycznych.

1.1. Dostęp do świadczeń medycznych

Pacjenci uskarżają się nagminnie na brak dostępu do określonych świadczeń medycznych. Zjawisko to nasiliło się po wprowadzeniu reformy służby zdrowia. Nieraz odsyłani są z jednego miejsca w drugie i czują się zupełnie zdezorientowani, nie wiedząc, do kogo zwracać się w przypadku niemożności wyegzekwowania swojego prawa do świadczeń – do Kas Chorych, Ministerstwa Zdrowia czy świadczeniodawców.

Można się spotkać ze sprzecznymi interpretacjami tego, co się pacjentowi należy i na jakich warunkach. Ponieważ lekarz kierujący na badania ponosi koszty tych badań, pacjent nieraz jest odsyłany po stosowne skierowanie z placówek podstawowej opieki zdrowotnej do poradni specjalistycznej czy szpitala lub odwrotnie. Mówi się o tym, że ciężko chory pacjent jest szczególnie niepożądany, bo jest bardzo kosztowny, najlepszy dla świadczeniodawcy jest zdrowy pacjent. Nieprzejrzystość, niespójność i nieprzystępność systemu dla społeczeństwa powoduje zmniejszenie korzystania z publicznej służby zdrowia i w dalszej perspektywie może doprowadzić do istotnego pogorszenia się stanu zdrowia społeczeństwa.

1.2. Roszczenia

W przypadku błędów czy zaniedbań lekarskich pacjent może dochodzić swoich roszczeń m.in. w sądzie lekarskim. Powszechna opinia na temat sądu lekarskiego jest jednak taka, że bardzo trudno w nim wygrać sprawę, nawet w przypadku

ewidentnych zaniedbań czy błędów, ze względu na to, że jest to sąd koleżeński. Osoby występujące z roszczeniami uskarżają się m.in. na niejawność rozpraw wobec osoby skarżącej. Taka zasada wydaje się być sprzeczna z Konstytucją RP. W tej sprawie Stowarzyszenie Praw Pacjenta miało złożyć skargę do Trybunału Konstytucyjnego.

Szczególnie kuriozalne rozstrzygnięcie sądu lekarskiego miało miejsce w sprawie kobiety, której warszawski lekarz odmówił przepisania tabletki antykoncepcyjnej – sąd lekarski uznał lekarza winnym, ale wyłącznie obraży innych lekarzy stosujących antykoncepcję hormonalną, których porównał do doktora Mengele. W tej sprawie lekarz otrzymał nagane. Natomiast sąd uniewinnił tegoż lekarza z zarzutu odmowy przepisania tabletki antykoncepcyjnej, mimo że prawo kobiety do świadczenia zostało naruszone.

W sądach powszechnych sytuacja nie wygląda lepiej. Na rozstrzygnięcia czeka się latami. Podczas rozpraw biegłymi są lekarze. Sprawy rozstrzygane są najczęściej na niekorzyść pacjenta. Panuje powszechne przeświadczenie, że lekarz nie będzie zeznał przeciwko lekarzowi, a zatem trudno tam o sprawiedliwość. Taką opinię wypowiada również znany autorytet – prof. Mirosław Nesterowicz z Uniwersytetu w Toruniu.

Coraz więcej organizacji i osób dochodzi do wniosku, że brakuje niezależnej instytucji, podobnej do instytucji Rzecznika Praw Obywatelskich, która reprezentowałaby interesy pacjenta, dysponując własnym aparatem badawczym. Istniejące obecnie instytucje powołane przy Kasach Chorych, tj. rzecznicy praw pacjenta, czy komisje skarg i wniosków rad Kas Chorych, tylko w niewielkim stopniu wpływają na poprawę sytuacji.

2. Prawa człowieka

Prawa człowieka, tj. prawo do godnego traktowania, do intymności, prywatności, szacunku, do poufności, zachowania tajemnicy lekarskiej, do informacji – szczególnie trudno wyegzekwować. Poza tym nawet w przypadku ich poważnego naruszenia można się spodziewać wyłącznie sankcji dyscyplinarnych. Stosunkowo najłatwiejsze do wyegzekwowania wydaje się prawo do zgody na określone procedury medyczne. Bywa ono, choć niezmiernie rzadko, przedmiotem skarg czy roszczeń.

Aby te prawa nie pozostały wyłącznie w sferze pobożnych życzeń, niezbędna jest większa świadomość samych pacjentów i wola ich dochodzenia. Tymczasem ciągle jeszcze pacjenci w Polsce godzą się na nie zawsze właściwe ich traktowanie przez lekarzy czy inny personel medyczny.

Choć z drugiej strony daje się zaobserwować, że jakoś usług jest przez pacjentów mierzona właśnie odnoszeniem się lekarza do pacjenta. Zdarza się, że pacjenci zmieniają lekarza właśnie dlatego, że nie traktuje ich w odpowiedni sposób.

3. Sfera dotycząca zdrowia kobiet

W przypadku zdrowia kobiet, a szczególnie zdrowia reprodukcyjnego, dochodzą dodatkowo trudności w wyegzekwowaniu określonych świadczeń medycznych. Spowodowane są one przede wszystkim upolitycznieniem czy ideologizacją sfery zdrowia reprodukcyjnego kobiet.

Szczególnie jest to odczuwalne w związku z aborcją czy antykoncepcją. W przypadku przerywania ciąży czy antykoncepcji prawo lekarza do odmowy wykonania świadczeń (klauzula sumienia) stoi w konflikcie z prawem kobiety do ich otrzymania. Co ciekawe, klauzula sumienia jest używana przez lekarzy wyłącznie wobec świadczeń medycznych, których potrzebują wyłącznie kobiety. Ponieważ nie funkcjonuje żaden system, który zapewniłby kobiecie prawo do wyegzekwowania świadczeń, które jej się należą, prawa kobiet są często poważnie naruszane.

W przypadku aborcji, zdarza się, że całe szpitale odmawiają przeprowadzenia aborcji zgodnie z prawem, choć klauzula sumienia odnosi się do sumienia indywidualnego. Nie istnieje przecież kategoria sumienia zbiorowego. W badaniach Federacji w środowisku medycznym lekarze potwierdzają, że to niejednokrotnie dyrektor decyduje w tej sprawie za lekarzy. Oni zaś obawiają się mówić, że mają inne zdanie na ten temat.

Co więcej, nie informuje się kobiet, gdzie mogłyby dochodzić swoich praw. Zmusza się je w ten sposób, by udały się do „podziemia aborcyjnego”, gdzie często przerywają ciążę ci sami lekarze, którzy odmawiają wykonania zabiegu w szpitalu. Podobna sytuacja naraża kobiety na stresy, poważne koszty, a nawet na niebezpieczeństwo utraty zdrowia. Prawa pacjentek są zatem łamane i brakuje systemu, który umożliwiłby im wyegzekwowanie prawa.

Zdarza się również, że lekarze odmawiają przepisywania antykoncepcji, zastrzegając się klauzulą sumienia. W 1999 r. na łamach *Gazety Lekarskiej* odbyła się dyskusja na temat obowiązku przepisywania antykoncepcji przez lekarzy, zainicjowana artykułem szefa sądu lekarskiego, w której padły kuriozalne argumenty przeciw przepisywaniu antykoncepcji: antykoncepcja to nie leczenie, można bez niej żyć, wobec czego lekarz nie jest do niczego zobowiązany.

Wypowiedź lekarza z medycznego establishmentu oraz późniejsze głosy w dyskusji, czy decyzja sądu lekarskiego we wspomnianej wyżej sprawie odmowy przepisania antykoncepcji, wskazują jednoznacznie na to, że polityka władz lekarskich będzie raczej stała na straży praw lekarzy do odmowy niż praw kobiet do wyegzekwowania przysługujących im świadczeń.

Poważne ograniczenia występują w Polsce w dostępie do badań prenatalnych, o czym świadczy choćby fakt, że w Polsce corocznie wykonuje się tylko ok. 1600 takich badań, podczas gdy w Czechach – kraju o znacznie mniejszej liczbie ludności – przeprowadza się ich około 10 000 rocznie jako rutynowe badanie kobiet w ciąży powyżej 35 roku życia. Kobiety w ciąży wielokrotnie skarżą się na odmowę lekarzy wypisywania skierowań na te badania. Lekarze najczęściej również odmawiają wydania na piśmie zaświadczenia, że badań tych odmówili, co w niektórych poradniach genetycznych stanowiłoby podstawę do podjęcia dalszych kroków. Kobieta bez stosownego skierowania od swojego lekarza najczęściej jest bezradna.

Praktyka dowodzi, że ideologia może mieć także duży wpływ nawet na metodę odbierania porodu. Tendencja do prowadzenia porodów w sposób naturalny powoduje czasem zwleknięcie z decyzją o cesarskim cięciu, co w jednym ze szpitali warszawskich doprowadziło do śmierci matki, a w innym spowodowało trwałe kalectwo dziecka. Media szeroko informowały o tych przypadkach.

Znamienna jest wypowiedź znanego warszawskiego lekarza, mająca usprawiedliwić postawę lekarzy zwlekających z decyzją o cesarskim cięciu, cytowana kilka-

krotnie w prasie ogólnopolskiej: „Gdyby bozia chciała, by dzieci wychodziły brzuchem, to by zrobiła na brzuchu suwak”.

Poza tym występują trudności w dostępie do niektórych świadczeń zdrowotnych, odgrywających szczególną rolę w profilaktyce, takich jak mammografia, USG piersi, czy badania hormonalne. Fakt, że świadczenia te nie są objęte składką zdrowotną i że kobiety najczęściej muszą za nie płacić, powoduje poważne zagrożenia dla ich zdrowia i życia.

4. Postawy wobec pacjentów

Lekarze często w dalszym ciągu zachowują się w sposób protekcyjny wobec pacjentów. Nie okazują im szacunku, przy jednoczesnym oczekiwaniu szacunku do siebie. Zwłaszcza kobiety nierzadko skarżą się na nieodpowiedni – protekcyjny i oceniający – stosunek lekarzy do nich. Przejawia się to na przykład w zwracaniu się do pacjentki po imieniu, wypytywaniu o stan cywilny bez związku ze zdrowiem, mówieniu jej, co powinna bądź czego nie powinna robić. (Na przykład, by się uczyła, zamiast zajmować się seksem itp.).

Lekarze, którzy wciąż jeszcze postrzegają swój zawód raczej jako służbę i powołanie, niż działalność usługową – świadczenie określonych usług zdrowotnych, są najczęściej nieprzygotowani do partnerstwa z pacjentami.

Większość lekarzy nie traktuje pacjenta jak partnera, który świadomie powinien współuczestniczyć w decyzjach na temat swojego zdrowia, lecz woli decydować za pacjenta, najczęściej bez jego udziału.

5. Czy tak być musi?

Wydaje się, że zmiany nastąpią niebawem. Będą one wymuszone przez rynek, a co za tym idzie, zwiększą możliwość wyboru. Kobiety wyegzekwują swoje prawa, wybierając lekarzy traktujących je w sposób podmiotowy, uznających ich prawo do antykoncepcji, a omijając takich, którzy nie spełniają ich oczekiwań. Wydaje się również, że z czasem zwiększy się konsumencka świadomość pacjentów i ich oczekiwania usług medycznych wysokiej jakości. Oczywiście najpierw zmiany nastąpią i już następują w sektorze prywatnym, znacznie później w publicznej służbie zdrowia, ale są one nieuniknione.

Przemiany w służbie zdrowia z czasem utrwala przekonanie, że dla większej skuteczności leczenia lepiej mieć do czynienia ze świadomym i odpowiedzialnym pacjentem jako partnerem działań medycznych. Zdrowie pacjenta jest wspólnym interesem lekarza i pacjenta, a zatem świadomy i odpowiedzialny pacjent-partner lepszy jest od biernego, który zdaje się całkowicie na lekarza, nie rozumiejąc często sposobu i sensu leczenia, któremu jest poddawany i nie biorąc w swoje ręce odpowiedzialności za swoje zdrowie.

Aleksandra Solik*

Potrzeby z zakresu zdrowia reprodukcyjnego oraz następstwa ich niezaspokożenia

Zdrowie reprodukcyjne stanowi bardzo istotny, często wręcz zasadniczy element zdrowia kobiet. Terminem zdrowie reprodukcyjne określa się stan dobrego samopoczucia w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagań, we wszystkich sprawach związanych z układem rozrodczym oraz jego funkcjami i procesami (Platforma Działania – dokument końcowy IV Światowej Konferencji w sprawach Kobiet, Pekin 1995, art. 94). W międzynarodowych dokumentach praw człowieka podkreśla się, że warunkiem zdrowia reprodukcyjnego jest możliwość prowadzenia satysfakcjonującego życia seksualnego, zdolność do reprodukcji oraz swoboda decydowania czy, kiedy i ile chce się mieć dzieci. Wynika z tego, że kobiety i mężczyźni muszą mieć możliwość korzystania ze skutecznych i bezpiecznych metod planowania rodziny oraz z informacji w tym zakresie. Muszą mieć także możliwość wyboru spośród metod regulacji płodności oraz dostęp do usług służby zdrowia zapewniających kobietom bezpieczną ciążę i poród, a parom – największą szansę posiadania zdrowego potomstwa. Zapewnienie tych praw, określanych mianem praw reprodukcyjnych i zaliczanych do podstawowych praw człowieka, ma zasadniczy wpływ na jakość życia kobiet, ze względu na ich funkcje biologiczne. Możliwość kontrolowania własnej płodności jest warunkiem decydowania o sobie i swoim życiu, a tym samym również warunkiem poprawy sytuacji kobiet we wszystkich dziedzinach życia.

Niezaspokożenie potrzeb związanych ze zdrowiem reprodukcyjnym naraza kobiety na poważne problemy zdrowotne i życiowe. W Polsce od prawie dziesięciu lat obserwujemy zjawisko ideologizacji i upolitycznienia problematyki zdrowia reprodukcyjnego – w szczególności kobiet. Przejawia się to przede wszystkim w postrzeganiu tych problemów w kategoriach moralnych oraz ignorowaniu społecznych skutków prowadzonej przez państwo polityki w tym zakresie. Władze państwowe i lekarskie otwarcie kwestionują światowe standardy w tej dziedzinie, doświadczenia innych krajów oraz prawa i potrzeby zdrowotne kobiet.

Nie dostrzega się konieczności podjęcia działań na rzecz zdrowia reprodukcyjnego kobiet, pomimo przyjęcia przez Polskę bez zastrzeżeń dokumentu końcowego Międzynarodowej Konferencji na rzecz Ludności i Rozwoju (Kair, 1994). W Naro-

dowym Programie Zdrowia 1996–2005 wśród 18 celów operacyjnych nie ma takiego, który uwzględniałby zagrożenia związane z zapobieganiem niepożądaney ciąży. Dwa związane ze zdrowiem reprodukcyjnym dotyczą:

- zapobiegania występowaniu oraz skutkom wcześniactwa i małej masy urodzeniowej ciała;
- usprawniania wczesnej diagnostyki i zwiększenia efektywności leczenia nowotworów złośliwych szyjki macicy i sutka.

Jak widać, powyższe cele odnoszą się problemów neutralnych, które mogą być postrzegane wyłącznie w kategoriach medycznych.

Bezpośrednim skutkiem takiej sytuacji i ideologicznego podejścia do problemów zdrowia reprodukcyjnego są zmiany w prawie, prowadzące do ograniczenia możliwości korzystania z praw reprodukcyjnych człowieka, a także niestabilność polityki państwa we wszelkich kwestiach dotyczących zdrowia seksualnego i jej uzależnienie od bieżącego układu politycznego.

Zdrowia reprodukcyjnego nie sposób oddzielić od praw reprodukcyjnych. Warto przyjrzeć się więc, w jakim zakresie prawa te są respektowane w Polsce i jak to wpływa na zdrowie kobiet.

W styczniu 1993 r. weszła w życie *Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*, wprowadzająca zakaz aborcji ze względów społecznych. Po liberalizacji ustawy antyaborcyjnej (1996) aborcja przez prawie rok była dopuszczalna (1997) w przypadku ciężkich warunków życiowych lub trudnej sytuacji osobistej kobiety. Na skutek przyjęcia przez Sejm pod koniec 1997 r. orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego, przerwanie ciąży z przyczyn społecznych stało się ponownie nielegalne. Restrykcyjne prawo doprowadziło w Polsce do powstania „podziemia aborcyjnego”, do którego dostęp ograniczony jest praktycznie wyłącznie wysoką ceną usługi. Tym samym zakaz aborcji jest znacznie trudniejszy do ominięcia dla kobiet ubogich niż lepiej sytuowanych.

W Polsce aborcja jest jednak wciąż dopuszczalna pod względem prawnym w następujących przypadkach:

- gdy ciąża zagraża zdrowiu lub życiu kobiety;
- gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na ciężkie i nieodwracalne uszkodzenie płodu lub nieuleczalną jego chorobę;
- gdy ciąża jest wynikiem czynu zabronionego.

Z perspektywy zdrowia kobiet istotne jest więc także, jak realizowane jest w praktyce prawo do legalnej aborcji. Niestety obowiązująca ustawa jest bardziej restrykcyjna w życiu niż na papierze.

Kobietom, które w świetle ustawy są uprawnione do zabiegu przerywania ciąży, stwarza się liczne, praktycznie niemożliwe do pokonania, przeszkody. Należą do nich: odmawianie przez lekarzy wystawienia zaświadczeń potwierdzających zagrożenie, jakie stanowi ciąża dla zdrowia lub życia kobiety, kwestionowanie przez lekarzy i władze szpitali wystawionych już zaświadczeń, ograniczony dostęp do badań prenatalnych, trudności z uzyskaniem wymaganego potwierdzenia prawdopodobieństwa gwałtu, lęk przed zgłoszeniem gwałtu, powszechne odmawianie przez szpitale wykonania legalnego zabiegu przerywania ciąży. Dodatkowym utrudnieniem (wykorzystywanym przez lekarzy) jest krótki czas, w którym trzeba pokonać

* Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny.

te bariery. Wszystko to sprawia, że te kobiety, które teoretycznie mają prawo do aborcji, muszą uciekać się do usług „podziemia”. Bardzo często jednak zły stan zdrowia kobiety łączy się ze złą sytuacją materialną. Tak więc do rodzenia dzieci pomimo złego stanu zdrowia lub zagrożenia życia, zmuszone są kobiety biedniejsze.

Dowodem potwierdzającym niespektowanie praw kobiet do legalnej aborcji są oficjalne dane na temat liczby zabiegów dokonywanych w szpitalach. W 1998 r. w całej Polsce wykonano tylko 310 takich zabiegów. W tym 211 ze względu na zdrowie lub życie kobiety. Dla porównania w 1992 r. – ostatnim przed wejściem w życie restrykcyjnych zapisów – oficjalna liczba aborcji z tego powodu wynosiła 1504 przypadki.

Jednym ze skutków restrykcyjnego podejścia do aborcji jest brak poradnictwa postaborcyjnego, które pozwoliłoby kobietom m.in. uniknąć kolejnej niepożądaney ciąży. Nie podejmuje się również starań o podniesienie jakości zabiegów przerywania ciąży i zminimalizowania stresu i niedogodności, których doświadczają kobiety. W polskich szpitalach wciąż stosuje się łyżeczkowanie, zastąpione już w większości krajów metodą próżniową.

Teoretycznie zakazowi aborcji powinny towarzyszyć działania, umożliwiające ludziom skuteczne zabezpieczenie się przed niepożądaną ciążą. Niestety w Polsce brak jest jakiegokolwiek polityki służącej temu celowi. W dalszym ciągu nie stworzono sieci poradnictwa z zakresu planowania rodziny. Wsparcie władz otrzymują wyłącznie takie inicjatywy, których celem jest upowszechnianie „naturalnych metod planowania rodziny”. Na przykład, współfinansowany przez UNFPA projekt, uwzględniający planowanie rodziny¹, nie objął żadnych działań, służących upowszechnianiu nowoczesnej antykoncepcji. Stwierdza się w nim natomiast konieczność „szerszego upowszechnienia w społeczeństwie wiedzy nt. naturalnych metod planowania rodziny”. W ramach tych działań uruchomionych zostało 15 poradni rodziny, w których zatrudniono instruktorów naturalnego planowania rodziny.

Dostęp do poradnictwa z zakresu nowoczesnych metod zapobiegania ciąży znacznie ogranicza popierana przez władze postawa lekarzy, którzy, kierując się względami ideologicznymi, odmawiają pacjentkom obiektywnej informacji i wystawienia recepty na doustne środki antykoncepcyjne. Szczególnie często spotykają się z tym dziewczęta i kobiety młode. Narażone są one także na – naruszające ich prawo do prywatności i godności – niegrzeczne i nietaktowne uwagi ze strony lekarzy.

W Polsce brakuje rzetelnych danych, dotyczących dostępności i stosowania metod zapobiegania ciąży. Władze nie dostrzegają potrzeby ułatwienia dostępu do antykoncepcji pod względem finansowym. W kwietniu 1998 r. wycofano dotacje rządu do pięciu spośród ośmiu hormonalnych środków antykoncepcyjnych. Trzy pozostałe na liście leków dotowanych środki nie należą do najnowszej generacji i mają ten sam skład hormonalny. W sposób oczywisty ogranicza to możliwość indywidualnego doboru kobietom, których nie stać na zakup leków niedotowanych.

¹ Projekt „Promocja zdrowia matki i dziecka, ze szczególnym uwzględnieniem planowania rodziny”, Sprawozdanie Rady Ministrów z realizacji z roku 1998 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, druk nr 1310.

Upředzenia dotyczące aborcji przenoszą się również na antykoncepcję doraźną, niesłusznie utożsamianą przez wielu lekarzy z tabletką RU846. Do Federacji docierają liczne sygnały od kobiet i dziewcząt, którym lekarze odmówili wypisania recepty na *Postinor* ze względów ideologicznych. Innym problemem jest niewiedza. Lekarzom brakuje informacji na temat tego, jakie środki i w jakich dawkach można zastosować, by pomóc kobiecie uniknąć niepożądaney ciąży po stosunku.

Kolejnym poważnym ograniczeniem możliwości decydowania o swojej płodności są polskie zapisy prawne dotyczące sterylizacji. Pozbawienie płodności jest w Kodeksie karnym traktowane na równi z innymi poważnymi uszkodzeniami ciała i podlega karze pozbawienia wolności do lat 10. Prawo nie przewiduje sytuacji dobrowolnego poddania się temu zabiegowi, w celu trwałego pozbawienia się płodności. Skutkiem tego jest niemożność uzyskania tego świadczenia w ogólnie dostępnym systemie opieki zdrowotnej. Stwarza to sytuację, w której nieporównywalnie łatwiej – oczywiście poza oficjalnym systemem – jest tego dokonać kobietom niż mężczyznom (przy okazji innych operacji lub porodu).

W ostatnich latach, na skutek działań podjętych przez media, znacząco poprawiły się warunki rodzenia w ośrodkach publicznej służby zdrowia.

Jednak wciąż liczne są przypadki przedmiotowego traktowania kobiet, np. zmuszanie do karmienia piersią bez względu na sytuację, zmuszanie do naturalnego porodu oraz odmawianie wykonania cesarskiego cięcia nawet wtedy, gdy zagraża to zdrowiu lub życiu kobiety i dziecka (np. zagrożenie utraty przez matkę wzroku, przypadki śmierci kobiety i kalectwa dziecka spowodowane naturalnym porodem). Chociaż część publicznych szpitali otwarcie deklaruje, że dopuszcza wyłącznie porody naturalne, nie wywołuje to żadnej reakcji ze strony Ministerstwa Zdrowia. Rodząca kobieta traktowana jest w sposób przedmiotowy, pozbawia się ją możliwości wyboru, czy też współdecydowania o swoim zdrowiu.

Kolejnym istotnym czynnikiem znacząco wpływającym na stan zdrowia reprodukcyjnego społeczeństwa, zwłaszcza zaś dziewcząt i kobiet, jest dostęp do edukacji seksualnej. W 1997 r. aż 88% ankietowanych Polek i Polaków uznało, że w szkołach powinno się prowadzić zajęcia z edukacji seksualnej². Taki pogląd podzieliło 68% osób deklarujących się jako głęboko wierzące i regularnie praktykujące. Mimo tak silnego poparcia społecznego, losy edukacji seksualnej są uzależnione od światopoglądu polityków sprawujących władzę. W 1996 r. nałożono na Ministerstwo Edukacji Narodowej ustawowy obowiązek wprowadzenia do szkół przedmiotu „wiedza o życiu seksualnym człowieka”. W 1999 r. weszła w życie ustawa, zwalniająca Ministerstwo z tego zobowiązania. Przedmiot zastąpiono programem „wychowanie do życia w rodzinie”, który nie gwarantuje młodzieży dostępu do obiektywnej, rzetelnej wiedzy. Przeważająca większość podręczników zalecanych przez MEN promuje poglądy Kościoła rzymskokatolickiego na seksualność człowieka, zapobieganie ciąży, rodzinę oraz role kobiet i mężczyzn. Ich autorzy powielają stereotypy i przekazują młodzieży swoje upředzenia, dotyczące m.in. zapobiegania ciąży, środków antykoncepcyjnych, zachowań seksualnych, relacji między kobietami

² Z. Izdebski, *Zachowania prozdrowotne i seksualne w aspekcie HIV/AIDS w Polsce*, Warszawa 1997.

i mężczyznami. Nic dziwnego, że głównym źródłem wiedzy na temat metod zapobiegania ciąży są dla młodzieży czasopisma (57% chłopców, 65,5% dziewcząt), telewizja, koledzy i koleżanki. Szkoła stanowiła źródło informacji w tej dziedzinie dla 25,5% dziewcząt, 21,4% chłopców. Jeszcze mniejsza była rola lekarzy lub innych specjalistów (15,4% dziewcząt, 8% mężczyzn)³. Za podjęciem skutecznych działań w zakresie oświaty seksualnej przemawiają liczne przypadki ciąży nastoletnich dziewcząt. W 1997 r. miało miejsce aż 31256 porodów dziewcząt w wieku 19 lat i mniej⁴.

Niezaspokojenie potrzeb kobiet z zakresu zdrowia reprodukcyjnego jest dla nich szczególnie dotkliwie. Rzutuje nie tylko na stan zdrowia, ale często decyduje o całym ich życiu oraz o jego jakości. Jest istotne, by państwo wywiązywało się ze swoich obowiązków w tym zakresie. Nie może unikać tej odpowiedzialności ze względów światopoglądowych. Przemawiają za tym nie tylko liczne zobowiązania międzynarodowe, ale również konstytucyjne zapisy o prawie do ochrony zdrowia oraz zasadzie sprawiedliwości społecznej.

*Medard M. Lech**

Potencjalne, negatywne skutki reformy ochrony zdrowia dla stanu opieki położniczo-ginekologicznej w Polsce

1. Wprowadzenie

1 stycznia 1999 r. w Polsce wprowadzono reformę ochronę zdrowia. Regulacje prawne, na podstawie których dokonywano zmian, budziły wiele kontrowersji, a ostateczny tekst Ustawy (Ustawa o Powszechnym Ubezpieczeniu Zdrowotnym – PUZ z dnia 6 lutego 1997 r.) w tej sprawie podlegał wielokrotnym nowelizacjom. Mimo że od uchwalenia Ustawy do jej wprowadzenia w życie (*vacatio legis*) upłynęły prawie 2 lata, to i tak nie uniknięto rozwiązań, które od początku nie budziłyby podstawowych zastrzeżeń. Jedną z głównych uwag krytycznych dotyczyła faktu, iż ustawodawca w bardzo niewielkim stopniu korzystał z fachowego doradztwa samorządów lekarskich i pielęgniarskich. W niektórych sprawach wprowadzone rozwiązania prawne nie tylko nie były konsultowane z samorządami, ale wręcz przyjęto je wbrew opinii Izb Lekarskich i Izb Pielęgniarskich. Jeszcze na 3 miesiące przed wprowadzeniem w życie Ustawy o PUZ, ani potencjalni pacjenci (czyli całe społeczeństwo), ani potencjalni świadczeniodawcy nie byli świadomi czekających ich zmian. Z tego chyba powodu – ale dopiero w grudniu 1998 r. – Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej wraz z Departamentem Koordynacji Reform Społecznych Kancelarii Prezesa Rady Ministrów przygotowało i rozesłało do mieszkań wszystkich obywateli ulotkę, prezentującą „Pięć zasad ubezpieczenia zdrowotnego” (rys. 1).

Mimo zapewnień autorów ulotki, w tym czasie w żadnej przychodni ani w Regionalnej Kasie Chorych jakichkolwiek szczegółowych informacji nie można było uzyskać.

Tekst ten jest przygotowywany w 15 miesięcy po wprowadzeniu w życie reformy ochrony zdrowia, ale ogólnikowo wymienione w dokumencie „pięć zasad ubezpieczenia zdrowotnego” w dużej części nadal pozostają w sferze postulatycznej. Z perspektywy czasu można nawet przypuszczać, że opublikowane „zasady” były jedynie próbą uspokojenia opinii publicznej. Bo jakże traktować zapis, że „każdy będzie mógł wybrać u kogo i gdzie chce się leczyć”, a „za nasze leczenie zapłaci Kasa Chorych” – taki model nigdzie dotąd nie został zrealizowany, chyba że autorzy „zasad” mieli na myśli wolny wybór podobny do wyborów do Sejmu PRL sprzed

³ W. Wróblewska, *Nastoletni Polacy wobec seksualności. Na podstawie badania postaw młodzieży wobec spraw seksualności* (3–6 września 1996), Szkoła Główna Handlowa, Warszawa.

⁴ Dotyczy urodzeń żywych, *Rocznik demograficzny* 1998, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1998.

* Szkoła Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie.

5 zasad ubezpieczenia zdrowotnego

Ubezpieczenie zdrowotne będzie powszechne

Podstawą ubezpieczenia będzie składka

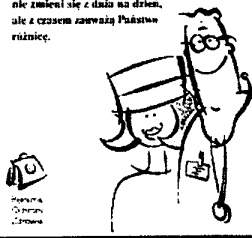
Każdy będzie miał zapewnioną opiekę medyczną

Każdy będzie mógł wybrać u kogo i gdzie chce się leczyć

Za nasze leczenie zapłaci Kasa Chorych

Reforma Ochrony Zdrowia

Od 1 stycznia 1999 roku wejdzie w życie Reforma Ochrony Zdrowia. Będziemy Państwo mogli sami wybrać lekarza dla siebie i swojej rodziny. Za opiekę medyczną zapłaci Kasa Chorych. Sytuacja pacjentów i pracowników ochrony zdrowia zacznie się stopniowo poprawiać – nie zmienią się z dnia na dzień, ale z czasem zarządzi Państwo różnie.



Więcej informacji uzyskasz w swojej przychodni lub w Regionalnej Kasie Chorych

Ulotka MZiOŚ oraz Departamentu Koordynacji Reform Społecznych Kancelarii Prezesa Rady Ministrów

Rysunek 1. Ulotka MZiOŚ oraz Departamentu Koordynacji Reform Społecznych Kancelarii Prezesa Rady Ministrów

1989 r., kiedy to obywatel mógł „dokonywać wolnego wyboru kandydatów, ale tylko (...) z jedynie słusznej listy”. Społeczeństwo źle przyjęło reformę, nie ma wątpliwości, że pogorszyła się dostępność opieki zdrowotnej, podopieczni mają szczególnie trudności z uzyskaniem opieki specjalistycznej. Utracona została ciągłość opieki. Rynek świadczeniodawców jest niestabilizowany (powstają nowe podmioty, stare zaś są w trakcie najróżniejszych reorganizacji). Płatnik (Kasy Chorych) ma trudności z finansowaniem usług, boryka się z niedoborami finansowymi. Co najważniejsze, ciągle żadna ze stron wyraźnie nie ustaliła, co wchodzi w „koszyk świadczeń medycznych” gwarantowanych ustawowo.

Za wcześniej jest jeszcze na to (choć pojawiają się np. doniesienia prasowe o zwiększonej liczbie zgonów), by można było obiektywnie ocenić reformę ochrony zdrowia na podstawie klasycznych współczynników zachorowalności, chorobowości, umieralności itp. Ale jest obecnie oczywiste, że zarówno podopieczni, jak i świadczeniodawcy są rozczarowani wynikami i sposobem realizacji reformy ochrony zdrowia. Zgodnie z artykułem 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej: „władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku”. Można mieć

nadzieję, że inni uczestnicy konferencji omówią działanie systemu opieki zdrowotnej w dobie transformacji ustrojowej, a w tym doniesieniu poprzestaniemy na problematyce potencjalnych i wynikających z wprowadzanych reform zagrożeń dla opieki zdrowotnej nad kobietami.

2. Określenie potencjalnych zagrożeń dla opieki zdrowotnej nad kobietami na przykładzie województwa mazowieckiego

Jedną z metod, która może być przydatna do określenia potencjalnych zagrożeń w omawianym zakresie, jest porównanie liczby wybranych świadczeń medycznych uzyskiwanych przez kobiety w okresie przed wprowadzeniem reformy z możliwościami Kasy Chorych do finansowania takich samych usług w okresie po wprowadzeniu reformy. Aby możliwe było dokonanie takich porównań, konieczne jest przedstawienie poniższych danych liczbowych (źródło: *Konferencja Warszawskiego Towarzystwa Ginekologicznego*, Styczeń 2000 r. oraz *Rocznik Statystyczny Służby Zdrowia* 1997, Warszawa 1998, GUS):

- liczba podopiecznych Mazowieckiej Regionalnej Kasy Chorych (w przybliżeniu): 4 800 000 osób, w tym kobiet w wieku 17 i więcej lat około – 1 900 000,
- liczba porad zakontraktowana przez Mazowiecką Regionalną Kasę Chorych (MRKCh) w poradniach położniczo-ginekologicznych na rok 2000 – 240 000, (dla porównania liczba wizyt w poradniach położniczo-ginekologicznych na tym samym terenie w 1990 r. wynosiła 642 200, a w 1996 r. – 582 100),
- całkowity budżet Mazowieckiej Regionalnej Kasy Chorych przeznaczony na finansowanie porad w poradniach położniczo-ginekologicznych na rok 2000 – 7 172 550 złotych (w przybliżeniu cena jednej porady ma wynosić 30 zł),
- przeciętna planowana liczba porad położniczo-ginekologicznych w przeliczeniu na jedną podopieczną MRKCh – 0,13 na rok,
- liczba żywych urodzeń w województwie mazowieckim w roku 1998 – 49 509.

Fakt, że Mazowiecka Regionalna Kasa Chorych posiada środki i zaplanowała na 2000 r. wykonanie o ok. 60% mniej porad położniczo-ginekologicznych na terenie woj. mazowieckiego niż to było w 1996 r., nie może napawać radością, szczególnie że brak jest danych, by sądzić, iż z jakich względów, w ciągu ostatnich czterech lat poprawił się do tego stopnia stan zdrowia mieszkanki tego województwa, że możliwe będzie drastyczne ograniczenie liczby porad. Dodatkowo, jeśli się zważy, że zaplanowany koszt jednej porady (za którą zapłaci MRKCh) ma wynosić ok. 30 zł (w tym porady i badania specjalistyczne z użyciem drogich aparatów USG i mammografów), zrozumiałe jest, że zarówno ilość, jak i jakość porad będzie musiała ulec obniżeniu, a przeciętnie mieszkanka tego województwa będzie miała szansę na wizytę u lekarza ginekologa jeden raz na przeszło 7 lat. Omawiając problem porad położniczo-ginekologicznych, nie można pominąć możliwości korzystania z nich. Z braku dostępu do ginekologów, prawdopodobnie będą one świadczone przez lekarzy rodzinnych. Ze względu jednak na stosunkowo niską stawkę kapitacyjną (sumą wypłacaną przez Kasy Chorych lekarzom rodzinnym, w przeliczeniu na jednego podopiecznego zapisanego na listę danego lekarza), trudno sobie wyobrazić, by lekarz rodzinny podejmował się prowadzenia badań profilaktycznych (badania

cytologiczne, badania USG, mammografie, badania densytometryczne) w odniesieniu do jakiejś znaczniejszej liczby kobiet – swoich podopiecznych.

Prognozując dostępność badań specjalistycznych, warto jest porównać sytuację w zakresie specjalistycznej opieki położniczo-ginekologicznej przed i po wprowadzeniu reformy ochrony zdrowia.

Tabela 1. Porady specjalistyczne położniczo-ginekologiczne i badania profilaktyczne w tym zakresie przed i po wprowadzeniu reformy ochrony zdrowia

Rodzaj porady/badania	Lekarz rodzinny		Lekarz specjalista w poradni położniczo-ginekologicznej	
	przed reformą	po wprowadzeniu reformy	przed reformą	po wprowadzeniu reformy
wizyty profilaktyczne	rzadko	+	+	ograniczenia
badania cytologiczne	–	?	+	ograniczenia
mammografia	rzadko	–	+	ograniczenia
ultrasonografia	–	–	+	ograniczenia
opieka nad ciążą	+/-	+	+	–
opieka nad ciążą wysokiego ryzyka	–	–	+	+
opieka ginekologiczna	–	?	+	ograniczenia

Jak wynika z powyższej tabeli, liczba niektórych działań profilaktycznych (badania cytologiczne, mammografia) prawdopodobnie zmniejszy się po wprowadzeniu w życie reformy ochrony zdrowia. Ponieważ w ostatnich latach i tak już doszło do znacznego ograniczenia liczby wykonywanych badań cytologicznych (rozmary komórek pobranych z szyjki macicy badane w ramach profilaktyki raka szyjki macicy), a liczba wykonywanych badań mammograficznych (badania przesiewowe w ramach profilaktyki raka piersi) – w przeliczeniu na 1 tysiąc kobiet – jest kilkakrotnie niższa niż w krajach rozwiniętych, to można sądzić, że tą drogą na terenie woj. mazowieckiego i z pewnością także na innych terenach, raki szyjki macicy i raki piersi rozpoznawane będą w stanach bardziej zaawansowanych, a przez to droższych do leczenia i znacznie trudniejszych do wyleczenia. W przedstawionej tabeli 1 można zauważyć także, że po wprowadzeniu reformy dojdzie do znacznych ograniczeń w zakresie większości usług świadczonych dotąd przez specjalistów ginekologów, niejasne jest nawet, czy leczeniem powszechniejszych schorzeń ginekologicznych będzie się zajmował lekarz rodzinny, czy też lekarz specjalista.

Analizując wykonywanie badań cytologicznych i badań mammograficznych w woj. mazowieckim w 1998 r., staje się widoczne, że również przed wprowadzeniem reformy liczba badań profilaktycznych była niedostateczna, co szczególnie widać na przykładzie częstości wykonywania badań mammograficznych wśród kobiet z rejonów wiejskich.

Tabela 2. Odsetek kobiet korzystających z badań profilaktycznych w zakresie położnictwa i ginekologii w 1998 r., według miejsca zamieszkania (miasto/wieś)

	Badania cytologiczne	Mammografia
całkowity odsetek	23,9	9,3
populacja miejska	28,0	11,0
populacja wiejska	18,1	6,4

Tabela 3. Odsetek kobiet korzystających z badań profilaktycznych w zakresie położnictwa i ginekologii w 1998 r., według wieku

Wiek (w latach)	Badania cytologiczne	Mammografia
15–24	19,7	3,0
25–44	32,5	9,0
45–64	24,3	14,8
65+	8,6	7,1

Uważa się, że corocznymi badaniami mammograficznymi powinno być objętych 100% kobiet w wieku powyżej 35. roku życia, a u kobiet w okresie aktywności prokreacyjnej powinno się corocznie przeprowadzać badania cytologiczne. Przedstawione powyżej liczby wyraźnie ilustrują, jak dalecy byliśmy od docelowego modelu w 1998 r., a przedstawione powyżej fakty wskazują raczej na to, że należy obawiać się, że stan ten w latach następnych jeszcze się pogorszy.

Na świecie, dzięki postępowi wiedzy medycznej, kobiety coraz częściej mogą sterować swoją płodnością. Wiele kobiet i mężczyzn z upośledzeniem płodności, którzy 30 czy 40 lat temu nie mieliby żadnych szans na macierzyństwo i ojcostwo, teraz mogą cieszyć się własnymi dziećmi. Na świecie żyje już prawdopodobnie około 100 tysięcy dzieci urodzonych dzięki zastosowaniu technik zapłodnienia pozaustrojowego i technik wspomaganego rozrodu. Również w Polsce z powodzeniem przeprowadza się już takie zabiegi, jednakże w naszym kraju dostęp do nich mają wyłącznie ludzie zamożni. Poniższe zestawienie przedstawia większość istotnych działań w zakresie opieki medycznej nad kobietami – nie opłacanych ani nie refundowanych przez Kasy Chorych.

Istotne działania medyczne w zakresie zdrowia reprodukcyjnego, nieopłacane i nierefundowane przez Kasy Chorych:

- zapłodnienie pozaustrojowe,
- leki i większość badań stosowanych w rozrodzie wspomaganym,
- znieczulenie porodów,
- świadczenia medyczne udzielane w komfortowych warunkach,
- leki stosowane w antykoncepcji hormonalnej (poza niektórymi najstarszymi lekami o wysokich dawkach estrogenów),
- leki i urządzenia stosowane w przypadkach nietrzymania moczu u kobiet.

Jak widać, na liście tej znajduje się wiele ważnych świadczeń medycznych, które prawdopodobnie będą dostępne jedynie po opłaceniu ich przez pacjentki z własnej kieszeni. Można przypuszczać, że lista ta będzie się jeszcze rozszerzała, panujący bowiem obecnie chaos organizacyjny i kompetencyjny uniemożliwia przeprowadzenie obiektywnej i dokładnej oceny w tym zakresie. Podstawową, a nierozwiązaną kwestią jest sprawa ustalenia „koszyka” i standardów świadczeń medycznych dla kobiet – gwarantowanych przez Kasy Chorych.

3. Podsumowanie i wezwanie do działania

Przedstawione powyżej przykłady dobitnie świadczą, że niedostatki organizacyjne i finansowe istniejącego systemu finansowania ochrony zdrowia mogą się bardzo poważnie i niekorzystnie odbić na ilości i jakości świadczeń medycznych udzielanych kobietom. Świadomość tego stanu nie pozwala światu lekarskiemu na bierne oczekiwanie nieuchronnego pogorszenia się stanu zdrowia kobiet. Ilość i jakość świadczeń medycznych proponowanych kobietom, w ramach finansowania przez Kasy Chorych, nie odpowiada ani aspiracjom kobiet polskich, ani możliwościom intelektualnym fachowego personelu medycznego, ani wysokości podatków, jakie płacą polscy obywatele. Z tych właśnie względów konieczna jest jak najszybsza reforma ostatnio wprowadzonej „reformy ochrony zdrowia” i ustalenie celów, jakie powinny być osiągnięte przez cały system ochrony zdrowia w Polsce, przy jednoczesnym **poważnym** potraktowaniu wytycznej, mówiącej, że zdrowie narodu musi być najwyższym dobrem, którego trzeba strzec.

Stefan Leder*

Zdrowie a procesy przemian ustrojowych

Psychiatria społeczna, od chwili swojego wydzielenia się z psychiatrii klinicznej, podkreśla istnienie nader złożonych powiązań między problemami społecznymi a stanem zdrowia psychicznego ludności oraz występowaniem i przebiegiem zaburzeń psychicznych. Ze szczególną ostrością związki te uwidoczniły się po klęsce tzw. realnego socjalizmu na obszarze zamieszkanym przez około 450 mln ludzi, gdzie wielkie ich masy uległy społeczno-gospodarczym i politycznym procesom transformacji. Rzuciły one dodatkowe światło na zagadnienia związane z zależnościami między społeczno-ekonomiczną sytuacją kraju a stanem zdrowia jego mieszkańców. Przyjmuje się wprawdzie, że poprawa tego stanu w ciągu ostatnich 150 lat była związana przede wszystkim z postępem cywilizacyjnym, lepszym stanem sanitarno-higienicznym, poprawą odżywiania się i warunków mieszkaniowych, rozwojem oświaty. Należy jednak pamiętać, że dostateczne finansowanie i określony wzrost nakładów dla systemu opieki zdrowotnej jest konieczny i że realizacja przez państwo trafnej i adekwatnej do potrzeb ludności polityki społeczno-ekonomicznej, ekologicznej oraz zdrowotnej, promującej m.in. prozdrowotne zachowania, jest warunkiem osiągania postępu w tym zakresie.

Właściwa polityka gospodarcza musi uwzględniać konieczność stałego wzrostu gospodarczego, ale również systematyczną redystrybucję dochodów. Musi respektować socjalne zdobycze i osłony, związane z założeniami społecznej sprawiedliwości i wywalczone w trakcie rozwoju wysoko rozwiniętych krajów kapitalistycznych. Konieczność przestrzegania tych priorytetów potwierdzają badania naukowe, dowodzące zależności stanu zdrowia od pozycji w hierarchii społecznej, od zamożności gospodarstw domowych, od wykształcenia i płci oraz wielu innych czynników społeczno-ekonomicznych.

Warto być może omówić tu bardziej szczegółowo związki między bezrobociem a stanem zdrowia, ponieważ są one udowodnione przez praktykę i stanowią pewien model demonstrujący mechanizmy powstawania tych związków o poważnych ujemnych konsekwencjach dotyczących wielu ludzi. Jest to także celowe, ponieważ niewiele pomogły ostrzeżenia przed kontynuacją polityki grożącej wzrostem bezrobocia – w Polsce obecnie jest ponad 3 mln osób bez pracy (15%).

* Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Opinia społeczna była długo karmiona „prawdami”, mającymi zbagatelizować ten dramatyczny problem: „bezrobocie nie jest specjalnie szkodliwe dla większości ludzi, sytuacja bezrobotnych na ogół wcale nie jest trudna, zasięg i rzekome ujemne skutki tego zjawiska są przesadzone, ci ludzie sami są sobie winni, nie przejawiają przedsiębiorczości, inicjatywy, pewien poziom bezrobocia jest niezbędny ze względów ekonomicznych i motywacyjnych”. Wśród licznych i bardzo istotnych czynników społecznych i politycznych wpływających na bezrobocie należy wymienić politykę społeczną i ekonomiczną rządzących, sytuację na rynku pracy, system osłon socjalnych i sieci społecznego wsparcia.

Podsumowując liczne badania, można stwierdzić, że zarówno zagrożenia związane z perspektywą utraty pracy, jak i krótkie, a zwłaszcza przewlekłe bezrobocie, wywierają w większości wypadków ujemny wpływ na psychiczne i fizyczne zdrowie zarówno bezrobotnych, jak i ich rodzin.

Długotrwałe bezrobocie z kolei przyczynia się również do zaostrzenia istniejących chorób, wzrostu korzystania z usług medycznych i psychiatrycznych, zmiany zachowań, w tym zdrowotnych, do ograniczenia i zachwiania relacji społecznych i pogorszenia jakości życia. Sposoby przeżywania bezrobocia i radzenia sobie z tą sytuacją i społecznego funkcjonowania są różne. Wiąże się z wieloma różnorodnymi czynnikami, m.in. z wiekiem, płcią, wykształceniem, statusem społeczno-ekonomicznym, jakością wykonywanej pracy, stosunkiem do niej, szansami na uzyskanie zatrudnienia i środków utrzymania, czasem trwania bezrobocia, sytuacją rodzinną, postawą społeczeństwa wobec bezrobotnych, ze stanem sieci wsparcia społecznego oraz istniejącymi regulacjami prawnoadministracyjnymi. Oznacza to, że skutki bezrobocia na poziomie indywidualnym są wypadkową interakcji osobistych zasobów i możliwości bezrobotnego z warunkami środowiska społecznego oraz charakterem obciążeń, które stają się jego udziałem.

Również wysoka stopa obserwowanego młodzieżowego bezrobocia przyczynia się niewątpliwie do pauperyzacji i dyskryminacji poważnych odłamów społeczności oraz wzrostu patologii społecznej.

Istotne są związki zdrowia z szeroko rozumianą niestabilnością ekonomiczną i społeczną, z rozmiarem ubóstwa i biedy oraz brakiem możliwości korzystania z usług opieki medycznej. Potwierdziło się, że narzucona wielu społecznościom krajów europejskich polityka ograniczania roli państwa i umacniania wolnej gry rynkowej, prowadzącej do prywatyzacji i reprivatyzacji najważniejszych gałęzi przemysłu oraz sektora służb publicznych, demontażu osłon i prawodawstwa, została dokonana wbrew opozycji nie tylko związków zawodowych, lecz także samych bezrobotnych, bezdomnych, niepełnosprawnych, dyskryminowanych, rencistów i emerytów, pewnych grup społecznych restrukturyzowanych gałęzi gospodarki narodowej. Szeroko szermuje się argumentami o niebotycznie rosnących kosztach świadczeń, zwłaszcza związanych z opieką zdrowotną, w pierwszym rzędzie w tych krajach, gdzie miały, lub nadal mają one powszechny, bezpłatny, publiczny i zintegrowany charakter, nie oparty na zasadach wolnorynkowych. Coraz ostrzejsze są ataki sił konserwatywnych, domagających się konieczności redukcji tych nakładów, w celu zmniejszenia wydatków publicznych. Najjaskrawiej te zjawiska występują, rzecz jasna, w tych krajach, gdzie społeczna transformacja polega w istocie rzeczy

na wprowadzaniu dzikiego kapitalizmu, który stosunkowo niewiele ma wspólnego z systemem panującym obecnie w Europie Zachodniej. Przykładem przyspieszenia procesów, związanych z działaniem wolnej gospodarki rynkowej, są różne formy terapii „szokowej”, które przyczyniły się m.in. do wzrostu zjawisk związanych z wzajemnym wpływem czynników socjoekonomicznych i psychopolitycznych oraz procesów cywilizacyjnych i socjalnych. Zmiany te, zarówno bezpośrednio, jak i przez procesy pośredniczące, wpływają na zmiany psychosocjalnego stresu, nasilenie którego może przekroczyć możliwości adaptacyjne wielu osób, zmniejszając ich odporność na powstawanie zaburzeń zdrowia i zachowania, szczególnie gdy sprzyja temu liczne i różnorodne czynniki ryzyka i niekorzystne indywidualne i zespołowe orientacje i życiowe postawy. Wprawdzie działanie bodźców o charakterze biologicznym i fizykochemicznym może wywołać lub sprzyjać wystąpieniu określonych zmian chorobowych w organizmie, to zawierają one także dla człowieka treści informacyjne. Te z kolei są związane z układami i relacjami społecznymi i dlatego oddziałują na niego mobilizująco lub urazowo.

Charakter reakcji na bodźce i sytuacji, które jednostka przewiduje i postrzega, ocenia i przeżywa, zależy od posiadanych cech wrodzonych i nabytych, od charakteru sytuacji, od jej obiektywnego i subiektywnego indywidualnego znaczenia oraz od cech stresorów. Do najważniejszych stresorów należą sytuacje, które jednostka lub grupy ludzi postrzegają i oceniają jako trudne, czyli jako zagrażające, a sprośanie im jako mało prawdopodobne. Doświadczanie sytuacji związanych z utratą, niepowodzeniem, przeciążeniem, konfliktem prawie zawsze wywołuje uczucie niezadowoloności, krzywdy, przygnębienia, niepokoju, gniewu, złości, rezygnacji, apatii, beznadziei, niekiedy braku sensu życia. Przewlekłe deficyty zasobów i powtarzające się liczne konflikty, którym towarzyszą negatywne stany emocjonalne, jak i nagle występujące nieprzewidziane urazy psychiczne, mogą doprowadzić do przekroczenia dopuszczalnych obciążeń i wymogów funkcjonowania i adaptacji jednostek, całych grup i społeczności. Do czynników sprzyjających zwiększeniu się psychosocjalnego stresu zalicza się: szybkie i gwałtowne przemiany poziomu i stylu życia i obyczajów, chaotyczny wzrost napływu różnorodnych i sprzecznych, często zagrażających informacji, sytuacji i zjawisk, w tym dewaluację określonych systemów wartości i wzorców kulturalnych, światopoglądów i ideałów. Dużą rolę mogą odegrać procesy urbanizacyjne i cywilizacyjne, migracyjne i uprzemysłowienia, przemiany technologiczne i produkcyjne oraz gwałtowne szerzenie się konfliktów, zwłaszcza zbrojnych, na tle społecznym i etnicznym. Nie mniejsze znaczenie mogą mieć: stałe zagrożenie wzrostu zbrojeń i widmo zagłady jądrowej, katastrof ekologicznych, możliwości nadużycia znaczących, a nawet przełomowych, odkryć i wynalazków naukowych dla osiągnięcia niewiśniętych celów i określonych korzyści i związane z tym i obejmujące duże grupy ludzi zmiany statusu i pozycji społecznych. Skutkiem tych zjawisk – ale i generującym je – może być postępująca społeczna dezintegracja, rozluźnienie więzi społecznych, zanik instytucji społecznego wsparcia i przestrzegania prawa, zmiana funkcji instytucji edukacyjnych i kulturalnych, postępujące rozwarstwienie na bogatych i biednych, na elity i pariasów, na wykształconych, posiadających wpływ na władzę, oraz resztę ludzi, na wzrost przemocy, przestępczości, korupcji i anarchizacji życia, spychanie wielu ludzi na margines, m.in.

przez szerzenie różnych form dyskryminacji. Towarzyszyć im mogą: uczucie bezradności, bezsilności, brak perspektyw, różne formy – niekiedy coraz bardziej gwałtownych i destruktywnych – protestów.

To splatanie się zjawisk i czynników ekonomicznych i społeczno-ekonomicznych oraz wzrost ich ujemnego wpływu na wskaźniki „jakości życia” i „dobrostanu psychicznego i fizycznego” (WHO) jednostek i społeczeństw można prześledzić na przykładzie wielu obserwacji i analizy zjawisk historycznych. Jak się wydaje, odnosi się to aktualnie przede wszystkim do wielu krajów euroazjatyckich, w których procesy transformacyjne są ściśle związane z globalizacją i dążeniem do wyłonienia się nowych supermocarstw lub odpowiednich sojuszy bloków narzucających krajom swoją wolę innym dzięki wpływowi oligopolu, międzynarodowych koncernów, banków i funduszy oraz dominującej sile militarnej.

Zmiana wielu wskaźników społeczno-ekonomicznych w wielu krajach i regionach świata potwierdza, że początkowo wystąpiła w nich gwałtowna recesja, ze znacznym spadkiem dochodu narodowego, produkcji przemysłowej i zatrudnienia, wysoką inflacją, obniżeniem się realnych dochodów gospodarstw, rent i emerytur, konsumpcji, kaloryczności wyżywienia, nakładów na sfery publiczne i społecznego zabezpieczenia, postępująca pauperyzacja, z narastającym rozwarstwieniem społecznym i poszerzającą się strefą ubóstwa, bezdomnością i bezrobociem, wzrostem liczby niedożywionych dzieci, nieobjętych edukacją podstawową. Jednocześnie wzrastały wskaźniki przestępczości i zabójstw, zjawisko zrażania się grup mafijnych z ośrodkami władzy i gospodarki, wskaźniki samobójstw i umieralności – szczególnie mężczyzn w wieku produkcyjnym – chorobowości i zapadalności na zaburzenia psychiczne (depresje, nerwice), związanych z nadużywaniem alkoholu i środków odurzających, a także chorób układu krążenia i nowotworowych, gruźlicy i AIDS. Równolegle kurczyła się sieć infrastruktury systemu opieki zdrowotnej, w tym ośrodków rekreacyjno-sanatoryjnych i rehabilitacyjnych dla niepełnosprawnych i przeniesienie odpłatności na szersze grupy konsumentów.

Warto powyższe rozważania uzupełnić o konkretny opis jednej z rzekomo niezłych reform systemu opieki zdrowotnej realizowanej w Polsce przez ostatnie 3 lata, która miała doprowadzić do bardzo korzystnych zmian i efektów, wyraźnie odczuwanych przez konsumentów świadczonych przez nią usług zdrowotnych. Bardziej ogólnie zwolennicy tej reformy w naszym kraju posługiwali się argumentami, że wydatki na usługi zdrowotne rosną o wiele szybciej niż dochody, co miało spowodować konieczność wzrostu części produktu narodowego przeznaczonego na ochronę zdrowia. W istocie rzeczy wybrano dla rozwiązania tego problemu inną drogę: zastosowano ekonomiczne formy przewyższania oporu przed działaniem wolnorynkowych mechanizmów w zakresie opieki zdrowotnej. W tym celu wprowadzono ograniczenie możliwości jej finansowania przez budżet, zmniejszenie kosztów, zwiększenie wymagań technicznej i alokacyjnej skuteczności, stosowanie rachunku ekonomicznego (w tym minimalizacji kosztów, żądanie ich efektywności i użyteczności, zasadę dochodowości). Szerokie wprowadzenie tych metod sterowanych podażą, siłą rzeczy musi mieć ujemny wpływ na dostępność, powszechność, jakość i integrację opieki zdrowotnej. Powoduje to, rzecz jasna, powstawanie konfliktów,

w tym kolizji z narzuconymi standardami leczenia i postępowania medycznego, co często narusza określone zasady etyczne. Ma to szczególnie miejsce, gdy metody te opierają się na zasadzie mniej za więcej, kładącej nacisk na wskaźniki ekonomiczne, preferując nierazdomo interesy koncernów farmaceutycznych i przesuwając udział w kosztach na potrzebujących leczenia pacjentów.

Przechodząc do oceny doświadczeń z reformami systemów opieki zdrowotnej w krajach centralnej i wschodniej Europy, w których zastosowano tego typu założenia, chciałbym zacytować następujące opinie Banku Światowego z października 1998 r.: „wczesne doświadczenia węgierskie i czeskie wskazują na to, że źle zaprojektowane ubezpieczenie typu składka za świadczenie zdrowotne doprowadziło do wzrostu dochodów usługodawców i gwałtownego wzrostu kosztów ponoszonych przez ludność bez odpowiedniej poprawy stanu zdrowotnego. Metodę tę można by raczej określić jako zapłatę za usługi (...) Również rola Ministerstwa Zdrowia i lokalnych władz w gospodarowaniu funduszami nie zostały jasno określone, co przyczyniło się do zmniejszenia skuteczności działań i obniżenia jakości opieki zdrowotnej (...) Modele, które podkreślają siłę konkurujących ze sobą prywatnych ubezpieczeń, prawdopodobnie także zwiększają wydatki na zdrowie i są podatne na niepowodzenia rynkowe (np. zjawisko ujemnych selekcji) i wymagają stosowania ściślejszej regulacji. W kilku krajach przechodzących okres transformacji prywatne firmy ubezpieczeniowe sprzedają dodatkowe polisy ubezpieczeniowe (...) Działalność tych firm ma prawdopodobnie zarówno pozytywne, jak i ujemne strony – wnoszą one więcej pieniędzy do niedofinansowanego systemu i wprowadzają inne formy rozdzielania świadczeń (np. kontraktacje). Jednocześnie zmniejszyły one możliwości korzystania z usług dobrych lekarzy i szpitali osobom biednym, prawdopodobnie zwiększając równocześnie zapotrzebowanie na publiczną opiekę przez kierowanie pacjentów zamożniejszych z powrotem do publicznego sektora służb medycznych, szczególnie do instytucji o wysokim poziomie świadczeń, zwiększając przez to wydatki budżetu państwa lub pomniejszając środki na leczenie i leki dla biednych”. Wszystkie wymienione zjawiska obserwowaliśmy również w Polsce w 2000 r.

Po nieprzygotowanym wprowadzeniu systemu społecznych ubezpieczeń i Kas Chorych, stwierdza się wystąpienie licznych niekorzystnych zmian i braków – pozytywne skutki reformy są natomiast mało widoczne w odczuciu użytkowników i kompetentnych fachowców. Nadal utrzymuje się tendencja do znacznego obniżania finansowania służby zdrowia przez budżet państwowy, który przed wprowadzeniem reformy stanowił 60% nakładów przeznaczonych na opiekę zdrowotną. Nowe fundusze ubezpieczeniowe mają poważne trudności w ściąganiu zaplanowanych sum. Według szacunków niezależnych ekonomistów, deficyt funduszu ubezpieczeniowego będzie sięgał 14% przychodów. Rozwój prywatnego sektora, wzrost kosztów leków i wprowadzenie wspólnych opłat przez ubezpieczenie za pewne usługi medyczne w sektorze publicznym i przez pacjentów, doprowadzą do wzrostu pieniędzy „wprost z kieszeni” w globalnych wydatkach na opiekę zdrowotną. Przy jednoczesnym szybkim różnicowaniu ekonomicznym i społecznym przyczyni się to do powstania sytuacji, w której osoby o niskich i średnich dochodach będą (i już mają) utrudniony dostęp do świadczeń zdrowotnych, szczególnie specjalistycznych.

Istniejące dane świadczą o zamykaniu instytucji i likwidacji niektórych specjalistycznych usług, w tym psychoterapeutycznych, o dużych utrudnieniach w kierowaniu pacjentów do specjalistów przez lekarzy ogólnych, przy czym pogarsza się dostępność do ich świadczeń (również w domach opieki społecznej). Kontrola nad lokalnymi funduszami i pozycja Kas jako często mało fachowego monopolisty w roli trzeciego płatnika podległego lokalnym władzom samorządowym, może się okazać nader niekorzystna dla pacjentów psychiatrycznych, dotkliwie odbijając się na modernizacji opieki (zagrożając warunkom bytowym i egzystencjalnym wielu przewlekle chorym, powodując przepełnienie szpitali m.in. przez przedłużenie ich pobytu w szpitalu, przy jednoczesnej redukcji liczby łóżek). Towarzyszy temu pogorszenie jakości wizyt ambulatoryjnych, ze względu na wzrost ich liczby, utrudniając stosowanie psychosocjalnych metod w rehabilitacji i stałej kontynuacji opieki (m.in. wskutek zmniejszenia szkolenia) w zintegrowanych pośrednich formach lecznictwa, np. w oddziałach dziennych, warsztatach chronionych, oddziałach terapii zajęciowej.

Te tendencje rozwojowe są wynikiem monopolistycznej pozycji funduszy ubezpieczeniowych i braku kompetencji ich urzędników, co w wielu przypadkach doprowadziło do popełnienia bardzo poważnych błędów w zawieraniu kontraktów. Również pewne regulacje prawne, dotyczące dostępu do usług, pogotowia, zmniejszenie ich liczby oraz wprowadzenie wysokich kar za nieuzasadnione wezwanie, brak środków pomocy kryzysowej i 24-godzinnej możliwości korzystania z pomocy lekarzy pierwszego kontaktu pogorszyły sytuację „ostrych” pacjentów (brak specjalnych poradni i ośrodków dla bezrobotnych podkreślaliśmy już w 1992 r.). Z drugiej strony grozi bardzo istotne pogorszenie w świadczeniu usług, na skutek poszerzających się i zaostrzających się protestów wielu grup personelu, zwłaszcza pielęgniarek, domagających się podwyżek bardzo niskich poborów oraz występujących przeciwko grożącym zwolnieniom (w najbliższej przyszłości około 40% zatrudnionych), co jeszcze bardziej obniży jakość opieki medycznej.

Kierując się nowymi wskaźnikami WHO, dotyczącymi oceny i rankingu poszczególnych systemów opieki zdrowotnej oraz skuteczności działań (sytuacja epidemiologiczna, wskaźniki demograficzne, śmiertelność, długość okresu trwania życia, finansowanie, stan kadry, sprzętu, zaopatrzenia w leki, dostępność, zaspokojenie oczekiwań i potrzeb konsumentów), można stwierdzić wyraźnie ich pogorszenie w tych krajach, w których od 10 lat przebiegają procesy transformacyjne.

*Krzysztof Aureliusz Teodoruk**

Rola samorządu terytorialnego w ochronie zdrowia

Z dniem 1 stycznia 1999 r. wprowadzone zostały ustawy reformujące systemy – administracji publicznej, ochrony zdrowia, edukacji i emerytalno-rentowy. Ustawy systemowe reformy administracji publicznej i ochrony zdrowia określają rolę samorządu terytorialnego w ochronie zdrowia.

1. Ustawa o samorządzie wojewódzkim, powiatowym i gminnym nakłada na samorządy wykonanie zadań z zakresu promocji i ochrony zdrowia.
2. Ustawa o zmianie niektórych ustaw, określających kompetencje organów administracji publicznej, w związku z reformą ustrojową państwa, nakłada na samorządy wojewódzkie i powiatowe:
 - a) rolę podmiotów właścicielskich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
 - b) Starosta jest organem wydającym decyzje w sprawie przymusowego leczenia gruźlicy,
 - c) Starosta powołuje i odwołuje powiatowego inspektora sanitarnego,
 - d) Zarząd Powiatu pokrywa koszty przewozu osób podległych przymusowej hospitalizacji i izolacji w przypadku stwierdzenia choroby zakaźnej,
 - e) Zarząd Województwa i Starosta organizują na podległym obszarze zarządy lecznictwa odwykowego,
 - f) samorząd województwa finansuje niektóre zadania służby medycyny pracy (badania kandydatów do szkół ponadpodstawowych).
3. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (art. 55a) nakłada na samorząd terytorialny obowiązek opracowania planu zabezpieczenia ambulatoryjnych usług zdrowotnych (art. martwy ze względu na brak rozporządzenia Ministra Zdrowia). Nowe rozporządzenie ukazało się 18.10.2001 – plan zatwierdza wojewoda.
4. Rola samorządu wynikająca z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej:
 - a) tworzenie, przekształcanie i likwidacja publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
 - b) nadawanie lub zatwierdzanie statutów publicznych zakładów opieki zdrowotnej,

* Wiceprezydent Miasta Białegostoku, Przewodniczący Komisji Promocji Ochrony Zdrowia Związku Miast Polskich.

- c) określanie standardów aparatury i wyrażanie zgody na zakup lub przyjęcie darowizny sprzętu i aparatury medycznej,
- d) wybieranie rady społecznej publicznego zakładu opieki zdrowotnej,
- e) przeznaczanie środków na inwestycje z zakresu ochrony zdrowia (podwyższenie kapitału założycielskiego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej),
- f) w razie likwidacji zakładu pokrywanie ujemnego wyniku finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Kompleksowa rola samorządu w okresie reformy ochrony zdrowia

Program reformy systemu opieki zdrowotnej zakłada, że samorząd terytorialny będzie pełnił funkcję organu założycielskiego dla większości publicznych zakładów opieki zdrowotnej, co jest zgodne z realizowaną przez rząd polityką decentralizacji.

Samorząd terytorialny w Polsce działa od 1990 r. na mocy ustawy z 8 marca o samorządzie terytorialnym i od tego czasu może prowadzić zakład opieki zdrowotnej. W latach 1990–1993 możliwe było przekazywanie zadań samorządowi w formie zadań zleconych i powierzonych. Od 1994 r. rozpoczął się tzw. program pilotażowy, który polegał na przekazaniu 46 miastom większego zakresu kompetencji i wśród przekazanych im zadań znalazły się zakłady opieki zdrowotnej. Mienie służące wykonywaniu zadań zostało skomunalizowane. Kontynuacją programu pilotażowego było ustawowe zwiększenie kompetencji dużych miast, dokonane na mocy ustawy o zmianie zakresu działania niektórych miast i miejskich strefach usług publicznych. Ustawa ta rozszerzyła zakres kompetencji niektórych gmin, dając możliwość prowadzenia zakładów opieki zdrowotnej jako zadania własnego. Założeniem przekazania gminom prowadzenia zakładów podstawowej opieki zdrowotnej było lepsze dostosowanie ich działalności do lokalnych potrzeb, podnoszenie jakości udzielanych świadczeń i lepsze wykorzystywanie środków.

Od 1999 r. weszła w życie nowa reforma administracyjna kraju, oparta na trójszczeblowym systemie podziału terytorialnego: samorząd województwa, samorząd powiatu i gmina. O ile powiat funkcjonalnie nie różni się od gminy (interes lokalny), o tyle województwo samorządowe stanowi nową jakość, reprezentując interes lokalny i zarazem ogólnokrajowy interes państwa.

Nowe zadania dla poszczególnych szczebli samorządów proponuje Ministerstwo Zdrowia.

W ustawie o samorządzie powiatu oraz samorządzie województwa zapisy dotyczące ochrony zdrowia mają charakter bardzo ogólny. Zarówno samorząd województwa, jak i powiatu wykonują zadania określone ustawami z zakresu promocji i ochrony zdrowia.

Sposób realizacji zadań przez jednostki samorządu terytorialnego z zakresu ochrony zdrowia uległ zasadniczym zmianom wraz z wprowadzeniem od 1999 r. ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Nastąpiło rozdzielenie funkcji organizatora od funkcji płatnika. Ostatnią rolę przyjmuje Kasa Chorych, natomiast rolą samorządu będzie sprawowanie funkcji organu założycielskiego dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

W ustawie z 13 października 1998 r. „Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną”, zawarty jest art. 47, na podstawie którego będzie obowiązywać rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów odnośnie do przejęcia przez jednostki samorządu terytorialnego uprawnień organu, który utworzył zakład (przez przyporządkowanie poszczególnych zakładów opieki zdrowotnej organom samorządu terytorialnego). Przejęcie jednostek oznacza nabycie z mocy prawa majątku tych jednostek przez samorządy, z tym że majątek ruchomy staje się własnością zakładu samodzielnego. Kluczem do rzeczywistej reformy służby zdrowia jest zmiana systemu finansowego, w wyniku której dochodzi do zawierania umów ze świadczeniodawcami bez pośrednictwa organów samorządu. Podmiotem do zawarcia umowy jest m.in. publiczny zakład opieki zdrowotnej.

Rola samorządu jako organizatora opieki zdrowotnej nie kończy się wraz z przekształceniem zakładu w zakład samodzielny, nie wygasa również wraz z wejściem ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Zadania organu założycielskiego są stosunkowo szerokie, a wynikają z zapisów wielu artykułów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, a mianowicie:

a) **organizator** – uprawnienia i obowiązki organu:

- tworzenie, przekształcanie i likwidacja – art. 36, art. 43 ustawy o ZOZ;
- zakres i „rodzaj” działalności – nadawanie i zatwierdzanie statutu i zmian w nim – art. 11 ust. 3, art. 39 ust. 2;
- Rada Społeczna – organ inicjujący i opiniodawczy podmiotu, który tworzy zakład – art. 44b, 45, ust. 1–8;
- wpływ na zarządzanie zakładem wynika z konieczności powołania przez organ założycielski kierownika zakładu (art. 44a) oraz (art. 67 ust. 2) możliwości oceny działalności zakładu oraz kierownika;

b) **nadzór** – uprawnienia i obowiązki organu:

- art. 67 ust. 1–2 – „Nadzór nad zakładami sprawuje podmiot, który utworzył zakład” (realizacja zadań statutowych, dostępność i poziom udzielanych świadczeń, prawidłowość gospodarowania mieniem, nadzór nad gospodarką finansową);

c) **właściciel** – uprawnienia i obowiązki organu

- utworzenie funduszu założycielskiego zakładu jako wydzielonej części mienia – art. 56 ust. 1,
- przekazanie zakładowi nieruchomości w nieodpłatne użytkowanie – art. 53 ust. 1
- udzielenie zgody na zbycie, wydzierżawienie lub wynajęcie majątku – art. 53 ust. 2,
- pozbawienie zakładu składników przydzielonego mienia – art. 53 a,
- pokrywanie zobowiązań w przypadku likwidacji zakładu – art. 60 ust. 4.

Całość powyższych zadań można ująć jako zadania organizacyjno-zarządzające. Nie wyklucza to możliwości przekazania przez organ samorządu, będący organem założycielskim zakładu, środków finansowych zakładowi samodzielnemu, zgodnie z art. 54 i art. 55 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, na podstawie umowy lub w formie dotacji, w miarę posiadanych przez samorząd funduszy, jednak zdecydowanie funkcja płatnika została przeniesiona na niezależną instytucję – Kasę Chorych.

Właściciel – instytucja administracji publicznej (obecnie w 99% samorządy terytorialne), która zgodnie z prawem jest tzw. organem założycielskim dla zakładów opieki zdrowotnej (obecnie – dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, bo bez uzyskania samodzielności nie miałyby szans na kontakt z Kasą Chorych). Właściciel nie dostaje żadnych pieniędzy na swoje zakłady – powinny się one utrzymywać z pieniędzy zarobionych na rynku medycznym (sprzedaż usług Kasie i innym chętnym). Jest również właścicielem nieruchomości (grunt, budynki) swoich SP ZOZ-ów.

Podległe mu jednostki winny dać sobie radę na rynku, bo jeśli nie – właściciel płaci za długi (w momencie ogłoszenia likwidacji)! Nie trudno się domyślić, że właściciel będzie otrzymywał wiele propozycji „nie do odrzucenia” od swoich jednostek: „pomóż, bo kasa za mało płaci, daj na remont dachu” itp.

W nowym systemie pojawiają się nowe wydatki dotychczas nie ponoszone (lub ponoszone w niewielkim stopniu) przez jednostki służby zdrowia: składki na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, odpis amortyzacyjny, ubezpieczenia majątkowe i OC, koszty własne systemu ubezpieczeniowego. Coraz bardziej nasilają się protesty pracowników służby zdrowia spowodowane niskimi zarobkami.

Samorządy będą poddawane różnego rodzaju naciskom (pacjenci – wyborcy, własne jednostki służby zdrowia, wpływowe grupy nacisku), których celem będzie uzyskanie finansowego, dotacyjnego wsparcia z kas samorządowych.

Jednocześnie zmienił się system finansowania jednostek – Kasa Chorych opłaca usługi faktycznie wykonane (specjalistykę oraz hospitalizację) oraz opiekę w zakresie POZ według liczby zadeklarowanych podopiecznych. Oferty do Kas Chorych składają nie tylko jednostki służb zdrowia, które podlegają samorządom, ale placówki przemysłowej służby zdrowia oraz prywatne. Powoduje to odpiływ środków finansowych od dotychczasowych monopolistów, co dodatkowo zagraża kondycji finansowej placówek służby zdrowia podlegających samorządom. W związku z tym, istnieje duże prawdopodobieństwo, że samorządy będą w znacznym stopniu zaangażowane w finansowanie ochrony zdrowia nawet wbrew swojej woli i założeniom ustawodawców.

Znajdujemy się w trakcie rozpoczętej reformy, której celem jest przejście od systemu nakazowo-rozdzielczego do kontrolowanego rynku wewnętrznego. Samorząd, czyli właściciela zainteresowanego kondycją swoich jednostek i zaspokajaniem potrzeb swoich wyborców – powinny interesować zarówno informacje opisujące osiąganie założonych celów, jak i informacje o środkach – w takim stopniu, w jakim opisują dynamikę procesu restrukturyzacji.

Jednak samorząd nie może zapominać o tym, że jest odpowiedzialny nie tylko za zapewnienie na swoim terenie opieki zdrowotnej, ale również za sprawy społeczne, w tym bezrobocie. Budżet państwa nie przeznaczy również żadnych dodatkowych pieniędzy dla samorządów na zadania, które spadły na nie wraz z reformą, np. komisje poborowych.

Pilnego rozwiązania wymagają następujące problemy:

1. statut wojewódzkich kolumn transportu sanitarnego,
2. środki na finansowanie innych zadań z zakresu ochrony zdrowia, przekazane samorządom ustawą kompetencyjną, a nieuwzględnione w projektach budżetów

województw, opracowanych przez Ministra Finansów (np. orzekanie o przydatności do pracy, o stanie zdrowia nauczycieli i innych).

3. realizacja „ustawy 203 zł” (podwyżka dla służby zdrowia).

Wprowadzenie reformy od 1999 r. to nie koniec, ale początek zmian; za kilka lat obraz służby zdrowia zmieni się istotnie w stosunku do obecnego. Najbliższe lata to sprawdzian systemu ubezpieczeniowego, jak i publicznych świadczeniodawców – SP ZOZ-ów oraz organizatora opieki zdrowotnej – samorządu terytorialnego. Proces przekształceń w służbie zdrowia nie ma końca. Wraz ze wzrostem wielkości produktu narodowego brutto stopniowo będzie poprawiała się kondycja finansowa służby zdrowia.

Gmina może założyć spółkę komunalną, która utworzy niepubliczny zakład opieki zdrowotnej – stwierdził Naczelny Sąd Administracyjny.

Ten precedensowy wyrok otwiera jednostkom samorządu terytorialnego drogę do tworzenia przez nie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Ulrich Niedermeyer*

Zdrowie psychiczne kobiet przed i po zmianach roku 1989

Przed pięciu laty przenieśliśmy się z Hamburga do Frankfurtu, by podjąć pracę jako psychiatry. Od początku nurtowało mnie pytanie, czy ludzie w Niemczech Wschodnich mają te same problemy psychologiczne, na które skarżą się ludzie w zachodnich landach. Czy pacjenci ze Wschodu różnią się od pacjentów z Zachodu?

Poniższy tekst opiera się na czterech źródłach:

- Historie pacjentek przyjętych do szpitala, w którym pracuję.
 - Jakże były ich doświadczenia w byłej NRD i po roku 1989?
 - Opinie koleżanek, które pracują dziś i pracowały w czasach byłej NRD jako lekarki lub pielęgniarki w szpitalu – na temat zmian w zdrowiu psychicznym kobiet po 1989 r. w porównaniu z okresem sprzed przełomu.
 - Dane statystyczne z zakresu diagnostyki pod względem zmian w diagnozie przed i po 1989 r.
 - Moje własne doświadczenia w okresie ubiegłych pięciu lat.
- Jaka była sytuacja społeczna kobiet przed rokiem 1989?

Przypomnę tu kilka faktów.

W porównaniu z zachodnią częścią Niemiec, gdzie zatrudnionych było ok. 53% kobiet – w NRD pracowało aż 90% kobiet, czyli zjawisko bezrobocia w praktyce nie miało miejsca.

Struktura systemu gospodarczego NRD powodowała, że – inaczej niż dziś – ręk do pracy brakowało. Była presja społeczna na podejmowanie pracy, gdyż miało się do pracy prawo, ale **także** obowiązek.

Ponadto, niski poziom wynagrodzeń stwarzał kobietom ekonomiczną konieczność podejmowania pracy. W oczach kobiet praca zawodowa była oczywistością.

Kobieta, decydująca się nie pracować zawodowo, była zjawiskiem niezwykle rzadkim i nieaprobowanym w społeczeństwie. Posiadanie pracy, bycie produktywną, miało w NRD wysoki prestiż.

Nieznaną była praca na część etatu. Nawet matki kilkorga dzieci pracowały na nocne zmiany.

Konsekwencją tego był fakt dysponowania przez niemal każdą kobietę własnym dochodem, co czyniło ją ekonomicznie niezależną od męża.

Inaczej niż dziś – uzyskanie rozwodu nigdy nie było problemem ekonomicznym, sam rozwód zresztą załatwiano w 15 minut.

Przynajmniej teoretycznie istniało równouprawnienie kobiet. Kobiety miały możliwość dochodzenia do wysokich stanowisk na średnim szczeblu zarządzania. Natomiast osiągnięcie przez kobietę wysokiej pozycji na najwyższym szczeblu zarządzania bądź w życiu politycznym było wówczas rzadkością – te stanowiska były zajmowane przez mężczyzn.

Ponieważ państwo zapewniało opiekę nad dzieckiem wkrótce po urodzeniu, pracujące matki nie miały potrzeby zajmowania się swoimi dziećmi. W ostatnim okresie istnienia NRD matki pozostawały w domu, opiekując się dziećmi przez okres maksymalnie jednego roku, po czym powracały do pracy. Chęć pozostania z dziećmi przez czas dłuższy była czymś niezwykłym i matki musiały tłumaczyć się, dlaczego wolą pozostawać w domu z dziećmi niż iść do pracy. Bezdzielnne kobiety decydujące się nie pracować, to zjawisko do 1989 r. nieznanne.

Choć dawne państwo roztaczało ścisłą opiekę nad swoimi obywatelami, matki cierpiały z powodu podwójnego obciążenia zawodowego i prowadzenia domu w społeczeństwie borykającym się z niedostatkami dóbr powszechnego użytku.

Kobiety często wychodziły za mąż przed osiągnięciem dwudziestego roku życia i rodziły dzieci w bardzo młodym wieku. Była presja – ekonomiczna i polityczna – na młodych, by zawierać małżeństwa, co zapewniało mieszkanie. Osoby stanu wolnego niemal nie miały żadnej szansy na wynajem mieszkania, nie było bowiem wolnego rynku nieruchomości, ten zaś, który był, podlegał ścisłej kontroli państwa.

Jedną z konsekwencji takiego stanu rzeczy był wysoki wskaźnik rozwodów oraz wysoki odsetek rozwiedzionych matek bądź matek samotnie wychowujących dzieci, otrzymujących z kiesy państwowej szereg różnych zasiłków.

Poziom samooceny był silnie uzależniony od posiadania pracy, bez obawy o jej utratę, od pełnienia roli pożytecznego członka społeczeństwa i od ekonomicznej niezależności od męża.

Zarówno kobiety, jak mężczyźni żyli w małym świecie, charakteryzującym się wysokim stopniem uniformizacji, niewielkim zróżnicowaniem poziomu dochodu z wynagrodzeń, brakiem bezrobocia i niemal zerowym poziomem mobilności i elastyczności w poszukiwaniu nowego miejsca pracy. Wszystkimi kierowała władza. Potem nastąpił kryzys roku 1989.

Jaka jest rzeczywistość życia kobiet w dzisiejszym świecie?

Odsetek niepracujących kobiet wynosi ok. 21%, wobec wskaźnika bezrobocia kobiet rzędu 10%. Około 90% kobiet deklaruje chęć pracy zarobkowej, mimo iż nie stoją w obliczu ekonomicznej konieczności dorabiania. W landach zachodnich wskaźnik ten oscyluje wokół 50%.

Przy utrzymującym się ogromnym popycie na miejsca pracy we wschodnich landach, liczba ofert pracy dla kobiet ciągle maleje. Wśród osób wykonujących pracę gorzej płatne kobiety znacznie przewyższa liczbę mężczyzn.

Kobiety samotnie wychowujące dzieci nie mają praktycznie szansy na znalezienie pracy, być może poza sektorem publicznym, gdzie liczba miejsc pracy będzie

* Klinika zdrowia psychicznego we Frankfurcie nad Odrą.

w przyszłości się zmniejszać. Dziś znacznie trudniej o opiekę nad dziećmi, a państwo już jej nie gwarantuje.

Znalezienie pracy jest przeżyciem mocno frustrującym dla kobiet, zwłaszcza kobiet po 45 roku życia. Wiele kobiet samotnie wychowujących dzieci odczuwa konieczność starania się o pracę jako coś upokarzającego.

Oto anegdota, którą usłyszałem, zwracając się do moich koleżanki z zapytaniem, jakie są różnice pomiędzy kobietami z landów wschodnich i zachodnich po 1989 r.

Kobieta ze Wschodu: stale w pośpiechu, zmęczona i błada, właśnie skończyła nocną zmianę i martwi się, że może stracić pracę z powodu niskiej wydajności. Wraca do domu do bezrobotnego męża, w lewym ręku dzwigając ciężkie torby, do prawego mając uceplonych dwoje rozbrzyknionych dzieci.

Kobieta z Zachodu: młoda i atrakcyjna, z opalenizną z solarium, ze świetnym makijażem. Rozmarza się jeszcze o ostatniej nocy, którą spędziła ze wspaniałym kochankiem, myślami jest już jednak przy kolejnym urlopie w swym domu na Majorce. Prawą rękę zdobią jej drogie pierścionki, w lewym ma kosmetyczkę.

Rzecz w tym, że te opisy kobiet ze Wschodu i Zachodu to nie żarty, a przynajmniej nie opowiadano mi ich jako żarty. Czy tak faktycznie jest, każdy może sobie odpowiedzieć sam, ja w to wątpię. Nie ulega jednak wątpliwości, iż obraz sytuacji kobiet we wschodnich landach po 1989 r. jest mało optymistyczny.

Jakie były konsekwencje owych radykalnych przemian społecznych?

Wiele kobiet dziś zastanawia się, czy w tak niepewnej sytuacji ekonomicznej rzeczywiście chcą mieć dzieci. Gwałtowny spadek wskaźnika urodzeń rzędu 70%, a także nadal rosnący wiek zawierania małżeństwa – oto tendencje, które być może wyjaśniają przyczyny nowej sytuacji, w której kobiety znalazły się obecnie.

Większość kobiet preferuje zdobycie dobrego wykształcenia, z myślą o znalezieniu sobie pracy, zamiast perspektywy rychłego zamążpójścia i jak najszybszego zajścia w ciążę. Kobiety, które zamiast zdobywania dobrego wykształcenia, dającego szansę na dobrą pracę, decydują się na wczesne wychodzenie za mąż i rodzenie dzieci, nie będą w przyszłości miały niemal żadnej szansy na dobrą płatną pracę i będą całkowicie uzależnione finansowo od mężów. Odsetek kobiet na zasiłku jest bardzo wysoki i nadal rośnie, zwłaszcza wśród młodych i słabo wykształconych kobiet samotnie wychowujących dzieci, jak i wśród kobiet, które przez długi okres pozostawały bez pracy.

Przyszłość kobiet bez pracy rysuje się niepewnie – zwykle uzależnione są od mężów, którzy na ogół zarabiają słabo.

Dziś wiele kobiet odczuwa rosnącą presję społeczną na ich powrót do kuchni i prac domowych, co może zwołać nieliczne miejsca pracy dla mężczyzn – tendencja jakoś nawiązująca do stanu świadomości społeczeństwa zachodniemieckiego w konserwatywnych latach pięćdziesiątych. Presja ta zagraża emancypacji, która była udziałem kobiet w byłej NRD.

Do tego dochodzi jeszcze jedno nowe zjawisko – mąż bez pracy w domu.

Jest więc obciążenie potrójne dla kobiety: jest ona jedyną osobą mającą dochód, ma rodzinę, którą musi się opiekować, a do tego bezrobotnego męża, który nie potrafi lub nie chce dzielić się obowiązkami domowymi.

Dawniej wystarczyło mieć dobrą pracę. Dziś, tak to odczuwa wiele kobiet, to nie wystarcza. Kobieta, starając się o pracę, musi pojawiać się modnie ubrana i dobrze uczesana. Czasem prezencja ma większe znaczenie niż doświadczenie zawodowe.

Jedną z pielęgniarek tak to ujęła: „Przed 1989 rokiem pisma dla kobiet zajmowały tylko modą. Dziś pismo dla kobiet to nie tylko moda, lecz także gotowanie, jak być dobrą matką, jak układać sobie współżycie z partnerem, jak wyglądać na osobę interesującą, wreszcie najnowsza dieta zapewniająca szczupłą sylwetkę. To wszystko wzmacnia konkurencję wśród kobiet”.

Nasuwa się pytanie – czy przemiany społeczne i ekonomiczne, o których mowa wyżej, wpłynęły na zdrowie psychiczne kobiet? Psychiatrzy zgodnie mówią o znacznym wzroście po 1989 r. odsetka osób z zaburzeniami łaknienia, takich jak *anorexia nervosa* czy *bulimia nervosa*.

Anorexia nervosa charakteryzuje się niemożnością utrzymania wagi ciała na minimalnym poziomie dla danego wieku i wzrostu, z powodu silnego lęku przybrania na wadze. *Amenorrhoea* zwykle nie występuje. Utrata wagi ciała często grozi śmiercią.

Kobiety cierpiące na bulimie wykazują cykliczne nawroty niepomahomawienia jedzenia ze świadomie wywoływanymi wymiotami, nadużywanie środków rozwalniających i moczopędnych, przeplatane okresami przesadnego poszczenia i nadmiernych ćwiczeń fizycznych. Na samoocenę tych kobiet nadmiernie wpływa kształt i waga ciała.

Obie dolegliwości są bardzo typowe dla kobiet i niezmiernie rzadkie u mężczyzn. Jest to choroba kobiet.

Obie dolegliwości, które stwierdzane są często wśród nastolatków i młodych kobiet w rozwiniętych krajach zachodnich, w NRD i innych krajach bloku wschodniego były niemal nieznanne.

Mozliwych przyczyn nasilania się tego zjawiska jest kilka, jedna jednak jest pewna – mianowicie wpływ mediów, promujących ideał młodej, atrakcyjnej, świetnie „zrobionej”, bardzo szczupłej dziewczyny czy kobiety o doskonałym ciele – cały ów model kultury „młodzieżowej”, silnie wpływający na wielu nastolatków, którzy próbują naśladować styl swych idoli.

Oba wymienione rodzaje zaburzeń łaknienia występują wyłącznie w społeczeństwach bogatych, nieznanne są natomiast w Trzecim Świecie czy w krajach rozwijających się.

Po 1989 r. odnotowano również silny wzrost pewnych zaburzeń, w tym lęków i zaburzeń dystymicznych.

Osoby cierpiące na ten rodzaj objawów zwykle skarżą się na ataki paniki z palpacyjami serca, brak powietrza i napady duszności, poczucie „zatykania”. Często cierpią na fobie społeczne, czyli nieustającą obawę o niemożność znalezienia się w nieznanych sytuacjach społecznych i sprostanie nieznanym wymogom.

Dystymia u kobiet objawia się beznamiętnością, brakiem aktywności, niską samooceną, trudnością podejmowania decyzji i poczuciem beznadziei.

Jedną z przyczyn nasilania się tych zaburzeń może być fakt, że kobiety bez pracy bądź obawiające się jej utraty czują się izolowane i bez przyszłości w społeczeństwie, w którym liczą się przede wszystkim wartości materialne. W porównaniu z okresem

sprzed 1989 r. gdy różnice poziomu dochodu były nieznaczne, w społeczeństwie zuniformizowanym, które takim już nie jest, a w którym samocena uzależniona jest od pozycji społecznej, osiągniętej w społeczeństwie teraz już nie równym, lecz świadomym swego stanu społecznego.

Wiele kobiet, żyjąc w dysfunkcjonalnych związkach, czując się i rzeczywiście będąc uzależnione od swych mężów i nie widząc wyjścia z sytuacji, nie żywi nadziei na poprawę swego osobistego losu w przyszłości. W sytuacji wyczerpania stresem i głębokiego poczucia osamotnienia odnotowuje się wzrost wskaźnika samobójstw kobiet w porównaniu z okresem sprzed 1989 r.

Również inne zaburzenie, tzw. osobowości granicznej, kolejna dolegliwość bardzo typowa dla kobiet, przed 1989 r. była niemal nieznaną. Zaburzenie to, dobrze znane w krajach zachodnich, cechuje się m.in. napadami gniewu i wściekłości, występują samookaleczenia. Dziewczyny i młode kobiety wykazują tendencje do autodestrukcji, raniąc nożem, nożyczkami czy żyłką swą skórę lub genitalia. Zadawany sobie ból pomaga im poczuć się sobą.

Wiele spośród tych pacjentek pochodzi z rozbitych rodzin, bądź rodzin z problemem alkoholowym, gdzie były bite i molestowane seksualnie. Jestem przekonany – a przemawiają za tym liczne dane – że ten rodzaj zaburzeń występuje coraz częściej. Stwierdzany wzrost liczby takich przypadków to nie tylko ich odzwierciedlenie w lepszej dziś niż dawniej diagnostyce.

Zaburzenia snu – kolejny rodzaj zaburzeń często występujących u kobiet – są również odnotowywane znacznie częściej obecnie niż przed 1989 r. Kobiety skarżą się na bóle w różnych miejscach ciała (bóle wędrujące), także na oznaki zaburzeń jego funkcji, takie jak oziębłość pociowa czy nieregularne miesiączkowanie. Nie daje się stwierdzić przyczyn somatycznych tego rodzaju objawów.

Zwłaszcza kobiety po czterdziestce a przed pięćdziesiątką, pozostające bez pracy, przez czas dłuższy czują się źle i zwracają się o zaświadczenie o trwałej niezdolności do pracy, co uprawnia je do otrzymywania zasiłku z pomocy społecznej. Kobiety takie nierzadko będą szły po poradę do pięciu czy nawet ośmiu specjalistów nie-psychiatrów, którzy, nie znajdując przyczyn ich objawów, odsyłają je ostatecznie do psychiatry, który wydaje fachową diagnozę zaburzenia psychicznego.

Często kobiety te nie nauczyły się, bądź nie są w stanie rozmawiać o swych problemach psychicznych wiążących się z ich stanem psychicznym, brakiem zatrudnienia i poczuciem bezużyteczności i odrzucenia. Ponura rzeczywistość życia tych kobiet polega na tym, iż one nigdy już pracy nie otrzymają. Ból nierzadko jest wyrazem ich cichej rozpacz z poczucia bezużyteczności.

Kończąc te uwagi na temat konsekwencji przemian społecznych i ekonomicznych dla zdrowia psychicznego kobiet, należy powiedzieć ogólnie, iż kobiety ze swą głębszą wrażliwością i silniejszym przeżywaniem emocji są lepszym od mężczyzn barometrem negatywnych tendencji w życiu społeczeństwa. Odczuwają efekt takich tendencji wcześniej niż mężczyźni, nadto są one dla kobiety bardziej dojmujące. Nierzadko kobiety są ofiarami zmian.

W społeczeństwie socjalistycznym ideałem i rzeczywistością była kobieta, która wcześniej wychodziła za mąż, szybko zachodziła w ciążę, wkrótce wracała do pracy i, nie konkurując z nikim, pozostawała na zajmowanym stanowisku do

końca życia zawodowego. Taki porządek rzeczy był przez kobiety powszechnie akceptowany. Nikt od kobiet nie oczekiwał elastyczności ani inicjatywy, mobilność była niemożliwa.

Dziś wszyscy, a więc i kobiety, muszą być elastyczni, mobilni i dobrze wykształceni. Zjawisko konkurowania o miejsca pracy już się pojawiło, a prawdopodobnie będzie jeszcze narastać.

Kobiety w większości stoją w obliczu tych radykalnych wyzwań. Te z nich, które mają odpowiednie kwalifikacje, mają szansę skorzystania z możliwości, jakie stwarza nowy system polityczny i ekonomiczny. Te, które tych kwalifikacji nie mają, są pod wieloma względami wykluczone ze społeczeństwa.

To właśnie te kobiety są pacjentkami psychiatrów, zwracając się o pomoc i wsparcie. Z mojego punktu widzenia jest rzeczą jasną, iż kobiety silnie podlegają konsekwencjom przemian politycznych, społecznych, a zwłaszcza ekonomicznych, zachodzących od 1989 r. Twierdzę, że problemy psychologiczne stały się niemal identyczne wśród kobiet w dawnych zachodniej i wschodniej części Niemiec.

tum. Zygmunt Nierada

*Laima Rudze**

Problemy na Łotwie

Sytuację demograficzną Łotwy w ostatnich latach należy uznać za krytyczną. W 1996 r. spadł do minimum wskaźnik urodzeń, natomiast dopiero od niedawna (1995) wskaźnik umieralności zatrzymał się w swej tendencji wzrostowej. Długość życia, zwłaszcza wśród mężczyzn, należy do najniższych w Europie. Wskaźniki te są świadectwem kryzysu demograficznego, sygnalizują jednak znacznie szersze obawy dotyczące zdrowia reprodukcyjnego i prowokują pytania o styl życia, dostępność informacji i służby zdrowia, a także szersze problemy społeczno-ekonomiczne, mogące wpływać hamująco na tendencje demograficzne, w tym zakładanie rodzin. Choć przeciętny mieszkaniec Łotwy za wskaźnik optymalny uważa 2,2 dzieci, to wskaźnik rodności, czyli liczby dzieci, które łotewska kobieta rodzi w ciągu swego życia, faktycznie wynosi tylko połowę tego optimum. Jako główną przyczynę tej różnicy najczęściej wymienia się brak odpowiednich warunków społeczno-ekonomicznych.

W okresie ostatnich lat zaszły poważne zmiany w modelu zakładania rodziny i rozwiązywaniu małżeństw. Liczba bezwzględna i względna zawieranych małżeństw spadła. W 1998 r. zawarto na Łotwie 2,4 razy mniej małżeństw niż w 1990 r. W ostatnich latach mniej więcej jedna trzecia małżeństw zawarta została pomiędzy osobami różnej narodowości. Wskaźnik rozwodów należy do najwyższych w Europie. I mimo że spadł on nieco w ostatnich latach, to przy poziomie zawieranych w tym samym okresie małżeństw widać, iż liczba rozwodów nadal przekracza o 60% liczbę rejestrowanych małżeństw. Wskaźnik rozwodów na 1 tysiąc mieszkańców wyniósł w 1998 r. 2,5, gdy w 1990 r. jeszcze 4,0.

Niemniej niepokojące są aktualne wskaźniki stanu zdrowia reprodukcyjnego. Wskaźnik umieralności matek w 1998 r. wynosił 43,2 na 100 tysięcy urodzeń żywych i nadal waha się, nie wykazując oznak istotnej poprawy. Umieralność niemowląt na Łotwie (14,7 na 1 tys. urodzeń żywych) nadal jest niemal trzykrotnie wyższa niż w krajach skandynawskich. Poważnym problemem jest także bezpłodność, częściowo spowodowana przez bardzo wysoki poziom chorób przenoszonych drogą płciową, które często pozostają leczone niewłaściwie, bądź nieleczone w ogóle. Środki antykoncepcyjne stosowane są rzadko, niski jest poziom ochrony przed

chorobami przenoszonymi drogą płciową, jeszcze jednak niższy jest poziom i dokładność wiedzy – zwłaszcza wśród mężczyzn – o metodach zapobiegania ciąży i chorobach przenoszonych drogą płciową (dane te ujawnił spis ludności z 1998 r.).

Co gorsza – brak edukacji publicznej i zawodowego szkolenia wywołały w społeczeństwie sporą nieufność wobec nowoczesnych metod planowania rodziny (zwłaszcza wobec środków doustnych). Wskaźnik stosowania antykoncepcji wśród kobiet zamężnych pozostaje daleko w tyle nie tylko za wskaźnikami krajów Unii Europejskiej, ale i znacznie za wskaźnikami krajów Europy Wschodniej. Te czynniki powodują, że aborcja wciąż pozostaje jedną z głównych metod kontroli urodzeń i że liczba aborcji nadal przewyższa liczbę urodzeń żywych.

Do niedawna pogłębionej analizie stanu zdrowia reprodukcyjnego na Łotwie niemal nie było. W 1988 r. Ministerstwo Pomocy Społecznej z pomocą Funduszu Ludnościowego ONZ opublikowało raport o wynikach szeroko zakrojonego projektu socjologicznego, co w dużej mierze przyczyniło się do wypełnienia luki informacyjnej. W raporcie przewijają się wyraźnie dwa wątki. Pierwszy, to potrzeba większej równości mężczyzn i kobiet w zakresie zdrowia reprodukcyjnego, jeśli chodzi o procesy decyzyjne. Po drugie – i w ścisłym związku z wątkiem pierwszym – istnieje wyraźna potrzeba wspierania rozwoju silnej rodziny, bez względu na formę, jaką rodzina przybiera. Ponieważ rodzina w różnorodności swych form stanowi kamień węgielny zdrowego społeczeństwa, odgrywanie w niej w pełni partnerskiej roli przez mężczyzn ma znaczenie kluczowe. Choć w kwestii prawa kobiety do swobodnego i świadomego wyboru w zakresie jej zdrowia reprodukcyjnego nie może być kompromisu – pozostaje faktem, iż wsparcie, uczestnictwo i zrozumienie ze strony rodziny te jej prawa reprodukcyjne właśnie wzmacniają. Z powodu nasilonego zagrożenia stresem społecznym w okresie transformacji, zaostreniu uległy różne formy wykluczenia i izolacji, to zaś szczególnie uwypukliło potrzebę silnego wsparcia u samej podstawy społeczeństwa.

Wspomniany raport podkreśla brak wsparcia i uczestnictwa męskich partnerów w podejmowaniu decyzji w różnych aspektach zdrowia reprodukcyjnego. Mężczyźni poza tym mają o wiele mniejszą niż kobiety wiedzę o metodach zapobiegania ciąży. Odsetek mężczyzn rozmawiających z dziećmi o sprawach związanych ze zdrowiem seksualnym jest prawie o 20% mniejszy niż kobiet, co zresztą odzwierciedla niewystarczające uczestnictwo mężczyzn w sprawach zdrowia reprodukcyjnego. Wśród respondentów płci obojga uczestniczących w badaniu aż 13% stwierdziło, iż nigdy nie rozmawiało z partnerem o zabezpieczeniu się przeciwko niepożądaney ciąży. W ogóle niczego o zabezpieczeniu się nie wiedzieli 9% kobiet i 6% mężczyzn. Nigdy żadnych środków zapobiegawczych nie stosowało 10% respondentów mężczyzn i 7% kobiet. Większość respondentów (ok. 70% kobiet i 60% mężczyzn) jest zdania, że w przypadku niechcianej ciąży kobieta powinna mieć swobodę wyboru kierunku działania, który uzna za najstosowniejszy dla siebie. Niepokojący jest fakt, że w przedziale wieku 15–19 lat nieplanowanych jest aż 75% pierwszych ciąż i 63% ciąż drugich. Wśród respondentów w tym samym przedziale wieku 15–19 lat 22% mężczyzn nawet nie wie o fakcie przerwaniu ciąży przez ich partnerki. Tylko 37% kobiet podejmujących decyzję o usunięciu pierwszej niepożądaney ciąży otrzymało od swych partnerów wsparcie moralne lub finansowe.

* Łotewskie Stowarzyszenie na rzecz Planowania Rodziny i Zdrowia Reprodukcyjnego.

12% przyszłych matek nie odczuło, by ich mężczy partnerzy spieszyli im z partnerską pomocą, a jedynie 3% mężczyzn stwierdziło, iż żadnej pomocy partnerce nie udzieliło, co zresztą potwierdza fakt poważnych trudności w porozumiewaniu się i zrozumieniu pomiędzy niektórymi partnerami. 6% kobiet i co dziesiąty mężczyzna stwierdził, iż nie wie niczego o AIDS, a 15% kobiet i 17% mężczyzn stwierdziło to samo o HIV. Co piąty mężczyzna i co trzecia kobieta są przekonani, iż nie grozi im żadne ryzyko zakażenia. Tylko jedna trzecia mężczyzn i jedna na dziesięć kobiet używali prezerwatyw, w celu zapobiegania zarażeniu się wirusem HIV czy innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową. W perspektywie ogólniejszej raport rzuca światło na oczekiwania ról mężczyzn i kobiet, jak np. odpowiedzialność kobiety za zapobieganie ciąży i rodzenie dzieci. Sprawę dodatkowo komplikuje sztucznie zadekretowana „równość” mężczyzn i kobiet z czasów sowieckich i polityczne i społeczno-ekonomiczne burzliwe przemiany okresu przejściowego: samo już uzgadnianie i przekształcanie ról, jakie mają pełnić mężczyźni i kobiety, jest w każdej sytuacji zadaniem trudnym, tymczasem trwający stres społeczny może jeszcze bardziej utrudnić próby skutecznego działania w tym kierunku. Poza tym w krajach, znajdujących się w okresie przejściowym lub w fazie rozwoju, często pojawiają się pilniejsze i ważniejsze potrzeby ekonomiczne lub społeczne odsuwając na plan dalszy kwestie poważnych konsekwencji braku równości statusu mężczyzn i kobiet. A im bardziej kwestie tożsamości płci zostają zmarginalizowane w programie działań w skali krajowej, tym mniejsza szansa na skuteczne działania, likwidujące nierówność kobiet i mężczyzn we wszystkich dziedzinach życia ekonomicznego, społecznego i politycznego. Kwestie tożsamości płci nadal będą podejmowane na poziomie podstawowym aż do chwili, gdy przebiją się do programów polityki ogólnokrajowej. Chciałabym tu podkreślić znaczenie społeczno-demograficznych problemów mężczyzn. Na Łotwie panuje powszechne przekonanie, że nowo narodzoną dziewczynkę czeka życie o wiele trudniejsze niż nowo narodzonego chłopca, kobiety bowiem muszą wkładać znacznie większy wysiłek w wychowanie dzieci, a pamiętając o świadczonej przez nie nieodpłatnie pracy w domu można powiedzieć, że ich obciążenie pracą jest rzeczywiście znacznie większe. Mężczyźni również mają wiele problemów zwłaszcza o charakterze społecznym, jednak są to problemy zasadniczo o wymiarze ogólnospołecznym. Nowo narodzony chłopiec na Łotwie ma znacząco większą szansę na przedwczesną śmierć, popadnięcie w alkoholizm lub znalezienie się w więzieniu. Chłopcy średnio uczą się przez mniej lat niż dziewczęta.

Lekarze i biologowie od dawna wiedzą, że z genetycznego punktu widzenia kobiety są żywotniejsze od mężczyzn. Niemal wszędzie w świecie dowodem na to jest fakt, iż w pierwszych latach życia umieralność wśród chłopców jest większa niż dziewcząt. Przeciętny naturalny czas trwania życia kobiet jest na ogół aż o trzy czy cztery lata dłuższy niż mężczyzn. Na Łotwie różnica ta jest znacznie większa – w dekadzie lat dziewięćdziesiątych wynosiła 11–12 lat. Dane centralnego urzędu statystycznego mówią o różnicy 11,4 lat w 1998 r. Mężczyźni na Łotwie umierali średnio po 64,1 latach, kobiety natomiast dożywały średnio 75,5 lat. Takie wskaźniki są jednymi z najgorszych w Europie, zwłaszcza dla mężczyzn. Jak wiadomo, w okresie przedwojennym Łotwa szczyliła się jednym z najwyższych w Europie wskaźników oczekiwanej średniej długości życia. Wielka rozbieżność pomiędzy

wskaźnikami umieralności mężczyzn i kobiet to na Łotwie poważny problem społeczno-demograficzny. Najbardziej niepokojąca przyczyna takiego stanu rzeczy to podwyższona umieralność mężczyzn w okresie ich najwyższej aktywności zawodowej, czyli pomiędzy 20 a 50 rokiem życia. Powstają wskutek tego poważne straty dla gospodarki kraju, długość bowiem okresu aktywności zawodowej społeczeństwa ulega w ten sposób znaczącemu skróceniu. Rodziny tracą tych, którzy je utrzymują, zakłócone zostają proporcje społeczeństwa według płci i wieku.

W porównaniu z mieszkańcami krajów gospodarczo bardziej rozwiniętych mieszkańcy Łotwy pozornie nie powinni mieć większych trudności przeżywania wielu lat po przejściu na emeryturę (po osiągnięciu 60 roku życia), a tak właśnie jest zwłaszcza w przypadku kobiet, których oczekiwana średnia długość życia na Łotwie tylko niewiele bądź wcale nie pozostaje w tyle za długością życia kobiet w wieku emerytalnym w najbardziej rozwiniętych krajach świata. Natomiast mężczyźni na Łotwie osiągający wiek emerytalny żyją o 3–5 lat krócej od mężczyzn w tej samej grupie w krajach Europy Zachodniej.

Co więcej – mieszkańcy Łotwy mają spore trudności w dożyciu do wieku emerytalnego, a dotyczy to w szczególności mężczyzn, których wskaźnik umieralności jeszcze w wieku aktywności zawodowej jest wysoki. Rośnie liczba osób umierających z przyczyn nienaturalnych. W okresie ostatnich kilku lat wskaźnik umieralności na Łotwie utrzymywał się na poziomie wyższym niż w drugiej połowie lat osiemdziesiątych, a liczba osób co roku umierających śmiercią nienaturalną jest ok. 1,5 razy wyższa niż przed 10 laty.

Bardzo poważnym problemem na Łotwie jest przestępczość – szczególnie rozpowszechniona wśród mężczyzn. Więzienia przepełnione są skazanymi mężczyznami. Alkoholizm wiąże się ściśle z negatywnymi zjawiskami społecznymi. Spożycie alkoholu na mieszkańca jest na Łotwie jednym z najwyższych w świecie. Według danych Centralnego Biura Statystyki spożycie czystego alkoholu w 1998 r. wynosiło na Łotwie 8,4 litra na mieszkańca w wieku powyżej 15 roku życia. Osoby nadmiernie pijące często zapadają na poważne choroby. W 1998 r. na Łotwie leczonych było 33,3 tysiące osób na podstawie diagnozy choroby alkoholowej. Nie ulega wątpliwości, iż liczba osób uzależnionych od alkoholu jest na Łotwie znacznie wyższa, gdyż wielu alkoholików nie zwraca się do ośrodków zdrowia o pomoc. Alkoholizm ma negatywny wpływ na stabilność rodziny i wskaźnik urodzeń na Łotwie. Badania prowadzone wśród rodzin rozbitych wskazują na alkoholizm jako czynnik o znaczeniu kluczowym prowadzącym do rozwodów.

Dzieci wymagają opieki obojga rodziców. Jeśli mąż ma pociąg do alkoholu, żona będzie niepokoić się o przyszłość swej rodziny, podejmować więc będzie kroki, aby ograniczyć liczbę posiadanych dzieci. Jeśli chodzi o spożycie środków, wpływających na system nerwowy innych niż alkohol, i tu konsumentami najczęściej są mężczyźni. W końcu 1998 r. notowanych narkomanów było na Łotwie 1 080 osób, w tym mężczyzn 863 (80%).

Kolejny niepokojący problem to poziom wykształcenia wśród mężczyzn. Jest on średnio niższy niż w przypadku kobiet, zwłaszcza wśród ludzi młodych. W klasach od V do IX chłopcy znacznie częściej niż dziewczęta „wypadają” ze szkoły. Dziewczęta dominują w szkołach średnich i średnich zawodowych. Z różnych

przyczyni do dość dużej liczby dzieci w wieku szkolnym, i to właśnie chłopców, w ogóle do szkoły nie uczęszcza. Należy więc oczekiwać, iż coraz więcej będzie osób o niskim poziomie wykształcenia, a nawet analfabetów, to zaś stanowić może przeszkodę w rozwoju kraju, a jednocześnie być czynnikiem sprzyjającym szerzeniu się przestępczości i alkoholizmu. Instytucje oświatowe na Łotwie są w większości finansowane z budżetu centralnego, a płace nauczycieli są niskie. Jest to jedna z przyczyn małego udziału mężczyzn w ogólnej liczbie nauczycieli. Fakt, iż nauczycieli mężczyzn jest niewielu, nie podnosi prestiżu szkoły w oczach chłopców.

Wszystkie te problemy są powodem stanu zaniepokojenia społeczeństwa – w tym kobiet.

Dysproporcje pomiędzy mężczyznami a kobietami i degradacja wielu mężczyzn stwarza problemy wielu kobietom, które chciałyby żyć w normalnych rodzinach.

Nasuwa się pytanie – dlaczego tak się dzieje i co można zrobić, by ten stan rzeczy poprawić. Jak zwiększyć społeczną odpowiedzialność mężczyzn w poszczególnych grupach wiekowych? Jasnej odpowiedzi tu nie ma. Pojawienie się gospodarki rynkowej rzuciło silniejsze światło na negatywne strony życia, jakie były znane już przed 1990 r. Ludzie zwykle wzrastają w rodzinie, a rodzina na Łotwie przechodzi kryzys. Przez ponad 30 lat na Łotwie utrzymywał się bardzo wysoki wskaźnik rozwodów, a w licznych rodzinach żony wdowiwały. To oznacza, iż wiele dzieci wzrasta w rodzinach niepełnych, a cierpi przy tym pokolenie najmłodsze. Dzieci często przejmują stereotypy dotyczące wychowania od matek, więc chłopcy przejmują wzorce zachowań będące mniej męskie niż mogłyby być. Również w szkołach dzieci muszą obyc się bez dobrych wzorów wśród dorosłych, ponieważ tak mało jest wśród mężczyzn nauczycieli. Wymagania stawiane w szkołach na Łotwie wobec chłopców są na ogół niższe niż wymagania w stosunku do dziewcząt.

Pojęcie zdrowego stylu życia zupełnie jest nieobecne w życiu codziennym mężczyzn i kobiet na Łotwie. Wielu w ogóle nie uczyło się umiejętności prowadzenia zdrowego życia, a w licznych przypadkach ludzie świadomie szkodzą swemu zdrowiu, pijąc, paląc i włączając się w działania antyspołeczne. Edukacja zdrowotna wciąż jeszcze w wielu szkołach nie jest częścią programu nauczania. Również środki przekazu nie poświęcają zbyt wiele uwagi sprawom zdrowia.

Oto niektóre z problemów, z którymi boryka się Łotwa. Sądzę iż takie same bądź podobne problemy istnieją w każdym kraju postkomunistycznym. Co czynić? Jak podchodzić do rozwiązywania takich problemów? Naszym zadaniem jest podejmować inicjatywy stwarzające nowe możliwości w tej dziedzinie.

Łotewskie Zrzeszenie Planowania Rodziny i Zdrowia Seksualnego „Papardes zieds”

Łotewskie Zrzeszenie Planowania Rodziny i Zdrowia Seksualnego jednoczy ludzi, którzy uznają prawo wszystkich kobiet, mężczyzn i młodzieży do swobodnego i świadomego wyboru w sprawach swej płciowości i zdrowia reprodukcyjnego za podstawowe prawo człowieka. Zrzeszenie promuje i broni tego poglądu oraz występuje o środki umożliwiające realizację tego prawa przez wszystkich ludzi na

Łotwie. Zrzeszenie dąży do poprawy zdrowia, szczęścia i siły łotewskich rodzin, upowszechniając dobre praktyki w dziedzinie reprodukcji i zdrowia seksualnego, a także swobodę wyboru.

Łotewskie Zrzeszenie Planowania Rodziny i Zdrowia Seksualnego założone zostało w 1994 r. Zrzeszenie jest pozarządową organizacją, działającą społecznie na rzecz poprawy wysokiej jakości informacji, edukacji i usług w zakresie planowania rodziny na Łotwie.

Zrzeszenie jest członkiem Międzynarodowej Federacji Planowania Rodziny (IPPF) – wiodącej w świecie organizacji, działającej na rzecz planowania rodziny.

Zrzeszenie współpracuje z IPPF od 5 lat. Ponieważ IPPF jest jednym z głównych darczyńców na rzecz Zrzeszenia – organizacja ta podlega zasadom i standardom IPPF. Co roku firma Price Waterhouse Cooper wykonuje audyt, sprawdzając finanse Zrzeszenia.

Zrzeszenie utrzymuje stałą współpracę z międzynarodowymi agencjami – UNDP/UNFPA, WHO, Fundacją Sorossa na Łotwie, Programem PHARE, Szwedzkim Komitetem ds. Europy Wschodniej i innymi sponsorami miejscowymi i zewnętrznymi.

Wśród partnerów wewnętrznych wymienić należy Radę Centrów Zdrowia Młodzieży, Ośrodek Promocji Zdrowia, Krajowe Centrum ds. AIDS, Łotewską Radę ds. Młodzieży i wiele innych organizacji pozarządowych i państwowych.

Łotewskie Zrzeszenie Planowania Rodziny i Zdrowia Seksualnego realizuje w swej działalności trzy zasadnicze cele:

Informacja, edukacja

Promocja prawa wszystkich kobiet, mężczyzn i młodzieży do swobodnego i świadomego wyboru w sprawach swej płciowości i zdrowia reprodukcyjnego.

Usługi

Reagowanie na prawo ludzi do usług w zakresie planowania rodziny wysokiej jakości i łatwo dostępnych, do zdrowia reprodukcyjnego i edukacji seksualnej, ze zwróceniem szczególnej uwagi na potrzeby grup zmarginalizowanych i upośledzonych.

Organizacja

Rozwój **demokratycznej i dobrowolnej** organizacji, w celu skutecznego działania na rzecz osiągnięcia celów Zrzeszenia.

Projekty i działania 1997–2000

1. Materiały informacyjne w formie broszur

Antykoncepcja. Informacja o korzyściach, wynikających ze stosowania antykoncepcji i różnych jej rodzajów.

Szczęśliwe relacje. Informacja o psychologicznej stronie różnych relacji.

Choroby przenoszone drogą płciową. Informacja o chorobach przenoszonych drogą płciową i sposobach ich unikania.

Seksualność a niepełnosprawność. Informacja na temat planowania rodziny i zdrowia reprodukcyjnego osób niepełnosprawnych.

Ciąża a choroby przenoszone drogą płciową. Informacja o wpływie chorób przenoszonych drogą płciową na płód i dziecko.

Dla mężczyzn... Informacja o chorobach przenoszonych drogą płciową, antykoncepcji, higienie, stosunkach seksualnych, ciąży itd.

Aborcja. Informacja dla klientek o problemach przed- i poaborcyjnych.

Broszura i plakat *Prawa seksualne i reprodukcyjne.* Informacja dla nastolatków o prawach człowieka na podstawie „Karty Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych IPPF”. Wykonanie – Grupa Młodzieżowa.

Dla nastolatków... Informacje na temat dojrzewania. Wykonanie – Grupa Młodzieżowa.

2. Materiały dla osób zajmujących się problematyką zdrowia zawodowo

Katalog środków antykoncepcyjnych dla pracowników służby zdrowia. Katalog zawiera informacje na temat wszystkich rodzajów marek i typów środków antykoncepcyjnych dostępnych na Łotwie. Opracowany we współpracy z wszystkimi firmami farmaceutycznymi działającymi na Łotwie.

Poradnik stosowania środków antykoncepcyjnych. Książeczka opracowana na podstawie zaleceń WHO, dotyczących stosowania antykoncepcji. Zawiera informacje na temat wszelkich przeciwwskazań do używania różnych środków antykoncepcyjnych zależnie od warunków medycznych i przyzwyczajzeń klienta. Przy każdym środku antykoncepcyjnym książeczka podaje ryzyko związane z jego stosowaniem w skali od jednego do czterech stopni.

Podręcznik planowania rodziny dla pracowników służby zdrowia. Tłumaczenie jednej z publikacji medycznych IPPF.

3. Projekty

Program „Młodzi młodym”. Jest to program uświadamiający dla grup rówieśniczych – szkolenie ochotników w zakresie problemów płciowości i zdrowia reprodukcyjnego, którzy później występują w szkołach, informując rówieśników o antykoncepcji, chorobach przenoszonych drogą płciową, dojrzewaniu, relacjach itd.

Grupa Młodzieżowa „pogotowie telefoniczne” i „pogotowie elektroniczne”. Prowadzone przez specjalnie przeszkoloną Grupę Młodzieżową, której członkowie odpowiadają na pytania rówieśników dotyczące seksualności, antykoncepcji, relacji, chorób przenoszonych drogą płciową itd.

Tworzenie nowych możliwości i koordynacja w skali regionalnej działań na rzecz równości kobiet i mężczyzn w zakresie zdrowia reprodukcyjnego. Główne cele projektu: stworzenie szerokiej sieci koordynacji i współpracy organizacji działających na rzecz zdrowia reprodukcyjnego i zapewnienie szerokiego dostępu do wysokiej jakości materiałów i czynności informacyjno-edukacyjnych i poradnic-

twą, promujących uczestnictwo mężczyzn i młodzieży w sprawach zdrowia reprodukcyjnego.

Upowszechnianie w społeczeństwie świadomości praw seksualnych i reprodukcyjnych. Kampania informacyjna w środkach przekazu – wydawanie periodyków, reklamy w telewizji i radiu, konferencja prasowa na temat praw seksualnych i reprodukcyjnych.

Projekt „Pro-Info”. Informacja pierwsza pomoc dla prostytutek: gorąca linia dla prostitutek, dla chętnych seminaria szkoleniowe, informacje na temat bezpiecznego seksu i innych spraw zdrowotnych.

Projekt współpracy ze środkami przekazu. Informacje na temat zdrowia seksualnego, relacji, antykoncepcji itp. w pismach i magazynach, gorąca linia prowadzona w „Radiu Nastolatków”.

Projekt „Mężczyźni uczestniczą w planowaniu rodziny”. Program szkoleniowy dla Grupy Młodzieżowej, seminaria i broszura.

Projekt Społecznej Promocji Antykoncepcji. Z Projektem tym Zrzeszenie wystartowało w grudniu 1996 r., teraz na rynku łotewskim obecne są już trzy produkty – prezerwatywy COOL CLASSIC i COOL GOLD oraz pigułka doustna MICROGYNON.

Cele projektu to udostępnienie wysokiej jakości środków zapobiegania ciąży po niewysokiej cenie oraz wsparcie tej akcji szeroką kampanią informacyjno-uświadamiającą.

4. Konferencje i seminaria

„Ludność i rozwój. 1994–1999”. Konferencja na temat dynamiki i aktualnej sytuacji na Łotwie – w związku z kairską Międzynarodową Konferencją Ludności i Rozwoju z 1994 r.

„Zdrowie a płciowość”. Konferencje i seminaria dla różnych grup docelowych (niepełnosprawnych, członków ich rodzin, lekarzy, działaczy społecznych i naukowców) szkół specjalnych na temat planowania rodziny i zdrowia reprodukcyjnego niepełnosprawnych.

„Współczesna antykoncepcja”. Najnowsze informacje dotyczące antykoncepcji, doustnych środków antykoncepcyjnych itd. w formie konferencji.

Konferencja „Schorzenia wewnętrznych narządów płciowych na Łotwie – ocena sytuacji bieżącej”.

tłum. Zygmunt Nierada

Raport społeczny Łotwy 1999*

Zdrowie oznacza dobre samopoczucie fizyczne, duchowe i społeczne – to naturalna podstawa istnienia i trwania kraju i narodu. Służba zdrowia obejmuje całość działań służących zapewnieniu i utrzymaniu zdrowia. Służba zdrowia działa na trzech poziomach – podstawowym, wtórnym i trzecim. Na poziomie podstawowym ma w polu widzenia społeczeństwo jako całość i każdego z jego członków indywidualnie, musi więc być dostępna i skuteczna. Trudno przeprowadzić linię graniczną pomiędzy promocją zdrowia i działaniami opieki zdrowotnej na poziomie podstawowym – prewencją, diagnostyką, leczeniem, rehabilitacją, opieką nad pacjentem indywidualnym w rodzinie – a opieką zdrowotną na poziomie społecznym w warunkach ambulatoryjnych, gdyż większość tego typu działań nakłada się na siebie i są one bardziej nakierowane na mobilizację środków własnych jednostki niż na konieczność korzystania z wysoko specjalistycznej interwencji medycznej. Zadanie lekarza działającego na podstawowym poziomie opieki zdrowotnej polega na ocenie stanu zdrowia pacjenta i podjęciu decyzji, kiedy pacjenta należałoby skierować na poziom drugi bądź trzeci. W celu poprawy sytuacji epidemiologicznej kraju, zwiększenia dostępności specyficznych strategicznie ważnych wyspecjalizowanych usług medycznych – niezbędne jest zwrócenie się do lekarza poziomu podstawowego o skierowanie do psychiatry, dermatologa, lekarza od uzależnień, endokrynologa dla diabetyków, do dentystry dla dzieci w wieku do lat 18. Na drugim poziomie działalności opieki zdrowotnej służba zdrowia zorientowana jest na świadczenie wyspecjalizowanych usług wykonywanych przez personel medyczny w odpowiednich (uprawnionych) przychodniach lekarskich. Główne specjalności drugiego poziomu opieki zdrowotnej to choroby wewnętrzne, chirurgia, ortopedia, okulistyka, urologia, dermatologia, otolaryngologia. Opieka zdrowia na poziomie trzecim obejmuje świadczenie wysokiej jakości usług przez pracowników służby zdrowia wyspecjalizowanych w jednej lub kilku dziedzinach i posiadających kwalifikację dodatkową (z poświadczeniem kwalifikacji do leczenia daną metodą) i pracujących w specjalistycznych ośrodkach bądź instytucjach medycznych; tego typu usługi nadto wiążą się z koniecznością korzystania z technicznie zaawansowanego i złożonego zestawu aparatury diagnostycznej i leczniczej. Z myślą o podniesieniu

jakości opieki zdrowotnej ludności i racjonalnym wykorzystaniu środków budżetowych kraju – na Łotwie rozpoczęto wdrażanie reformy opieki zdrowotnej. Celem reformy jest ustanowienie szerokiego i finansowo zrównoważonego systemu opieki. Nowy system zakłada stworzenie systemu opieki podstawowej i prewencji, a także sprawnego powszechnego i jednolitego systemu ubezpieczenia zdrowotnego, gwarantującego dostępność do usług służby zdrowia i optymalne wykorzystanie jej infrastruktury. Proces reformy realizowany jest w kraju etapowo. Do 1991 r. na Łotwie działał scentralizowany system opieki zdrowotnej. Całkowicie finansowany przez państwo, wytworzył fałszywe przekonanie, że opieka zdrowotna nic nie kosztuje. Resort służby zdrowia otrzymywał określone środki finansowe niezależnie od jakości i ilości świadczonych usług. Wielka liczba osób zatrudnionych w służbie zdrowia była tam zbyt duża. W pierwszym etapie reformy podjęto decyzję o wprowadzeniu odpłatności za faktycznie wykonaną pracę. Dla wyceny należności za wykonane czynności medyczne wprowadzono system punktowy, który realizowano za pośrednictwem rejonowych Kas Chorych. Środki finansowe przeznaczone na ochronę przekazywano samorządom, w ten sposób uzyskiwały one możliwość dowolnego określania kwot potrzebnych do utrzymania działalności służby zdrowia. Wytworzyła się więc sytuacja, w której poziom kwot zgłaszanych przez poszczególne rejony kraju był silnie zróżnicowany co do skali i kosztów usług świadczonych przez służbę zdrowia, nie mówiąc o tym, że pacjenci sami musieli pokrywać część kosztów wykorzystanych świadczeń. W 1997 r. utworzono Centralny Fundusz Krajowy Obowiązkowego Ubezpieczenia Zdrowotnego, z zadaniem usprawnienia organizacyjnego i metodologicznego reformy systemu finansowania opieki zdrowotnej w kraju. Do funduszu tego kierowana jest całość środków przeznaczanych na opiekę zdrowotną, która następnie jest rozdzielana na poszczególne rejonowe Kasy Chorych na podstawie zawartych porozumień i ustalonych kryteriów rozdziału.

W 1998 r. w służbie zdrowia zatrudnionych było ogółem 8313 tysięcy lekarzy i 13 850 tysięcy pracowników z wykształceniem średnim medycznym. Liczba lekarzy na Łotwie nie odbiega poziomem od innych krajów europejskich (2,94 lekarzy na 10 tysięcy mieszkańców na Łotwie, wobec 3,0 w Europie).

Kształceniem lekarzy zajmują się Łotewska Akademia Medyczna i Wydział Medyczny Uniwersytetu Łotewskiego, obie uczelnie finansowane są z budżetu państwa. W ubiegłych latach budżet uczelni rósł (mimo spadku liczby studentów) – w 1997 r. wynosił 2,719 mln LVL, w 1998 r. zaś 2,987 mln LVL (z czego 1,1 mln to pieniądze z wpływów własnych), zaś od 1998 r. Ministerstwo Oświaty i Nauki zapreliminowało zwiększanie wsparcia budżetowego o 50 tysięcy na potrzeby Wydziału Medycznego Uniwersytetu Łotewskiego.

Państwo umożliwia pracownikom służby zdrowia poprawę kwalifikacji w funkcjonujących instytucjach – mianowicie na Wydziale Kształcenia Podyplomowego Łotewskiej Akademii Medycznej, na kursach podyplomowych organizowanych przez Łotewskie Stowarzyszenie Lekarskie, instytut specjalizacji i podnoszenia kwalifikacji, na kursach i warsztatach organizowanych przez organizacje zawodowe lekarzy poszczególnych specjalności. Funkcjonujący system zdobywania i odnawiania świadectw uprawnień zawodowych pracowników służby zdrowia wymaga więcej niż po prostu dążenia do podnoszenia kwalifikacji – jest stawiane jako

* Ministerstwo Pomocy Społecznej Łotwy.

wymóg bezwzględny wobec wszystkich osób zatrudnionych w służbie zdrowia. Taki system gwarantuje ważność świadectwa uprawnień przez dłuższy okres czasu, w czasie którego gromadzone są „punkty zaliczeniowe” na kursach podnoszenia kwalifikacji za uczestnictwo w spotkaniach organizowanych przez zrzeszenia zawodowe itd. Doskonalenie zawodowe pielęgniarzek jest przedmiotem działania Centrum Zawodowego Kształcenia Medycznego.

Rozszerzanie się sieci lekarzy opieki podstawowej w kraju doprowadziło oczywiście do wzrostu liczby pacjentów leczonych ambulatoryjnie. Fakt ten świadczy o tym, iż reformy służby zdrowia zaczynają przynosić założone efekty, poprawia się bowiem dostępność usług służby zdrowia dla ludności. Tezę tę potwierdza również wskaźnik charakteryzujący liczbę wizyt u lekarzy z okresu kilku ostatnich lat, wynoszący 10,8 w 1996 r., 11,0 w 1997 r., 11,3 w 1998 r. Ze wzrostem liczby pacjentów w przychodniach spadała jednocześnie liczba szpitali – ze 156 w 1997 r. do 150 w 1998 r.

Rada Ministrów określiła sposób realizacji budżetu służby zdrowia w dwóch rozporządzeniach – mianowicie w „Rozporządzeniu o finansowaniu służby zdrowia” i „Rozporządzeniu o zakupie produktów medycznych i farmaceutycznych”.

W celu zapewnienia ludności dostępu do wysokiej jakości usług służby zdrowia przy istniejących funduszach, a także efektywnego wykorzystania części środków, które państwo przeznacza na służbę zdrowia, podjęto wszelkie środki, aby zaspokoić wszystkie potrzeby konsumentów usług służby zdrowia, w tym środków zapewniających dostępność usług służby zdrowia społecznie upośledzonych grup mieszkańców. Możliwości finansowe zostały zbilansowane na miarę zapotrzebowania na usługi i potrzeby zapewnienia ich dostępności. Wprowadzono niewielką odpłatność za usługi w postaci wpłaty przez pacjentów bezpośrednio do kasy instytucji medycznej, świadczącej usługę w ramach gwarantowanego minimum usług ochrony zdrowia. Taka opłata wpływa dyscyplinując na pacjenta i zwiększa odpowiedzialność jednostki za swoje zdrowie jako wartości materialnej. By nie dopuścić do sytuacji, w której odpłatność ograniczałaby dostępność usługi – do przepisów dotyczących finansowania usług ochrony zdrowia wprowadzono określone normy zabezpieczenia społecznego zgodnie z wymogami Unii Europejskiej. Maksymalna opłata wnoszona przez pacjenta w okresie jednego roku kalendarzowego nie może przekraczać kwoty 80 LVL, opłata pacjenta za każdą hospitalizację zaś może wynieść maksymalnie 15 LVL dla osoby dorosłej (bez opłaty za wykonywane zabiegi). Wymieniono też określone słabsze grupy społeczne, które zwolnione są z obowiązku odpłatności w formie opłaty pacjenta.

Pilna pomoc medyczna udzielana jest bezpłatnie. Z usług służby zdrowia wszystkich poziomów (podstawowego, drugiego i trzeciego) można korzystać w zakładach opieki zdrowotnej państwowych, samorządowych i prywatnych. W 1998 r. uznano działalność takich instytucji za część sfery regulowanej, zatwierdzono też procedury certyfikacji zakładów opieki zdrowotnej oraz przepisy regulujące zakres wymagań obowiązujących różnego typu zakłady opieki zdrowotnej. Odpowiedzialność za certyfikację zakładów opieki zdrowotnej powierzono instytucji pn. Centrum Statystyki, Informacji i Technologii Ochrony Zdrowia. Zaczęto przeprowadzać proces certyfikacji instytucji medycznych w całym kraju. Certyfikacja daje większe pod-

stawy do ubiegania się o wsparcie finansowe podstawowego zakresu świadczonych usług. Działalność wszystkich zakładów służby zdrowia regulują jednolite normy prawne, konkretna zatem forma własności zakładu jest w tym przypadku sprawą drugorzędną. Nadzór nad jakością świadczonych usług wykonuje publiczna agencja założona specjalnie w tym celu – mianowicie Republikański Inspektorat Jakości Usług, który jest nadto instancją odwoławczą w sprawach orzeczeń specjalistycznych komisji lekarskich o niezdolności do pracy. Do 1998 r. zakup produktów medycznych i farmaceutycznych według procedury wprowadzonej w rozporządzeniu „O ulgach w zakupach produktów medycznych i farmaceutycznych” był gwarantowany dla niektórych grup ludności (niepełnosprawnych, osób represjonowanych politycznie i inne kategorie), a także dla niektórych szczególnych chorób i warunków. Od 1998 r. weszło w życie nowe rozporządzenie Rady Ministrów „O postępowaniu w sprawach rekompensaty kosztów zakupu medycznych produktów, urządzeń i dóbr dla celów leczniczych w przychodniach zdrowia”, którego realizacja została rozłożona w czasie do 2002 r. Nowe przepisy zmieniają zasadniczo zasady przepisywania produktów medycznych i farmaceutycznych w świadczeniu usług ambulatoryjnych. Doprowadzi to do znacznego zwiększenia liczby osób uprawnionych do ulgowego nabywania produktów medycznych i farmaceutycznych, w związku z otrzymywanymi usługami ambulatoryjnymi.

Zadnych konkretnych kategorii społecznych ludności nie wyróżniono, natomiast przy ustalaniu wysokości ulgi odpłatności za leczenie uwzględniany będzie rodzaj schorzenia, jego charakter i stopień zagrożenia. Możliwość zaopatrywania się w produkty medyczne i farmaceutyczne w leczeniu ambulatoryjnym po cenach ulgowych jest jednym z mechanizmów zapewniających optymalne warunki rozwoju usług ochrony zdrowia na poziomie podstawowym.

Zdrowie, zachorowalność, umieralność

Całkowity koszt finansowania służby zdrowia rośnie z każdym rokiem, jednak uwzględniając inflację, technologiczne starzenie się itd. – jest to wciąż za mało nie tylko dla rozwoju i poprawy usług służby zdrowia, lecz w niektórych przypadkach również dla utrzymania obecnych standardów usług służby zdrowia.

Objawia się to w tendencjach niekorzystnych dla zdrowia publicznego, dodatkowo wzmacnianych wysokim wskaźnikiem umieralności w przypadkach niektórych grup chorób, szerzeniem się chorób zakaźnych, wysokim poziomem śmiertelności z powodu nowotworów złośliwych. W okresie kilku ostatnich lat poziom śmiertelności chorób nowotworowych podniósł się, choć wskaźnik umieralności w grupie pacjentów cierpiących na choroby z tej grupy spadł. Świadczy to o poprawie jakości procesu leczenia i o dostatecznie wczesnej diagnozie choroby. Potwierdza to również rosnąca w ostatnich latach długość życia pacjentów onkologicznych.

W 1998 r. odnotowano najniższy od ośmiu lat poziom śmiertelności niemowląt (14,7 na 1 tys. urodzeń żywych).

Zmienia się struktura przyczyn śmiertelności niemowląt: znacząco wzrósł odsetek dzieci umierających wskutek wad wrodzonych i uszkodzeń w okresie prenatalnym,

spadł natomiast wskaźnik śmiertelności wskutek zatruc i następstw uszkodzeń zewnętrznych. Pozytywne tendencje, jeśli chodzi o poziom śmiertelności niemowląt, są skutkiem środków podejmowanych w latach poprzednich z myślą o zachęcaniu kobiet do zwracania się o poradę w zakładzie opieki lekarskiej do 12 tygodnia ciąży. W związku z obecną sytuacją społeczno-ekonomiczną w kraju i wiążącą się z tym niekorzystną sytuacją zdrowotną – w szczególności niezadowalającą kondycją fizyczną ludności, która stanowi dominujący czynnik w szerzeniu się chorób zakaźnych – nadal poważnym problemem jest wysoki wskaźnik zachorowalności na gruźlicę. W 1998 r. odnotowano 1820 przypadków nowych różnego typu zakażeń gruźliczych, czyli 131 przypadków więcej niż w roku poprzednim. Wzrost poziomu zachorowalności na gruźlicę odnotowuje się wśród mężczyzn, jak i wśród kobiet. Jednak mężczyźni wykazują silniejszą skłonność do zapadania na gruźlicę.

W większości przypadków na gruźlicę zapadają ludzie w wieku aktywności zawodowej.

Są podstawy do przypuszczenia, iż rośnie zapadalność na gruźlicę wśród dzieci. Po raz pierwszy od początku dekady lat dziewięćdziesiątych liczba pacjentów, którzy zapadli na gruźlicę, po raz pierwszy zmniejszyła się i stanowi 74 osób na 100 tysięcy mieszkańców. Zapadalność na choroby przenoszone drogą płciową nadal spada. W porównaniu z 1997 r. wskaźnik zachorowalności na kłę podpławną rok później o 12,9%. Liczba zachorowań na rzeżączkę spadła w tym czasie o 26,1%, na nierzężączkowe zapalenie cewki moczowej – o 22,6%.

Rośnie zapadalność na zakaźne choroby skóry. Odnotowano wzrost zachorowań na grzybicę skórne o 10,2%. W prewencji tego typu chorób ważna jest współpraca ze służbami weterynaryjnymi.

Szybko rośnie liczba pacjentów nosicieli wirusa HIV – w 1998 r. zarejestrowano 163 nowych zachorowań, rok później – 241 nowych przypadków. Na dzień 31 grudnia 1998 r. było w kraju w sumie 251 pacjentów zakażonych wirusem HIV. Są to głównie osoby w przedziale wieku 15–49, odsetek mężczyzn w tej grupie trzykrotnie przewyższa udział kobiet.

Wskaźnik niepełnosprawności pierwotnej pozostawał zasadniczo niezmienny przez okres ostatnich trzech lat, choć w poszczególnych grupach schorzeń notowano spore wahania. W 1998 r. zwiększyła się liczba zgonów nagłych, wzrósł także wskaźnik śmiertelności na tle nadużywania alkoholu i z powodu marskości wątroby.

Reforma służby zdrowia a współpraca międzynarodowa

Reforma systemu ochrony zdrowia jest w kraju wprowadzana w ramach programu kredytu Banku Światowego zatwierdzonego przez Radę Ministrów. Rozwój opieki lekarskiej na poziomie podstawowym leży u podłoża reformy służby zdrowia. Państwo wspiera zakładanie przez lekarzy samodzielnych praktyk podstawowej opieki lekarskiej, wydzielając w tym celu dotacje. By zapewnić dostępność do służby zdrowia w zakresie usług podstawowych, w 1998 r. wprowadzono system lekarze pierwszego kontaktu i lekarza rodzinnego. Pacjent ma prawo wyboru swego lekarza rodzinnego. Reforma zakłada przekazywanie środków lekarzom pierwszego kontaktu, przy czym wielkość przekazywanych środków ma być proporcjonalna do

liczby pacjentów zarejestrowanych u danego lekarza. W 1998 r. rozpoczęto w kraju wprowadzanie nowego modelu płatności za usługi podstawowej opieki lekarskiej w 32 praktykach lekarskich na Łotwie. Istotnym elementem programu rozwoju sieci lekarzy pierwszego kontaktu jest współpraca z samorządami, dostępność bowiem usług służby zdrowia zależy nie tylko od tego, czy działa dobry specjalista w danej dziedzinie, ale także od uporządkowanej infrastruktury lokalnej. Zrozumiałe, iż samorządy ponoszą odpowiedzialność za ustalanie rozmieszczenia przestrzennego zakładów opieki lekarskiej i praktyk lekarskich, za utrzymanie dróg, zapewnienie ludności odpowiedniej komunikacji publicznej. Samorządy realizują swe prawa i wykonują swe obowiązki za pośrednictwem regionalnych Kas Chorych, w których mają udział.

Obowiązkiem i prawem samorządu jest zapewnienie jakości usług opieki lekarskiej i jej nadzorowanie. Samorząd jest zobowiązany dbać o to, aby działające na ich terenie zakłady opieki lekarskiej i praktyki lekarskie spełniały ustanowione w kraju i obowiązujące normy oraz by pracujący w nich lekarze posiadali wymagane uprawnienia. Reforma realizowana jest zgodnie z kierunkową strategią polityki ochrony zdrowia przyjętą dla krajów europejskich przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Eksperti łotewscy działają w różnych dziedzinach działalności WHO (endokrynologii, chorób przenoszonych drogą płciową, chorób zakaźnych i innych). Eksperti ci odpowiadają za koordynację działań podejmowanych w poszczególnych krajach w zakresie ich specjalności i otrzymują szczegółowe informacje o kierunkach rozwoju w ich dziedzinach pracy w poszczególnych grupach krajów europejskich i wschodnioeuropejskich.

Tworzone są wyspecjalizowane grupy współpracy do zajmowania się specyficznymi problemami (program CINDI z głównym zadaniem prewencji chorób sercowo-naczyniowych, zgodnie z protokołem przyjętym przez Komitet Sterujący w Kopenhadze).

Rozwijana jest znacząca współpraca z Radą Europy. Łotwa reprezentowana jest w Europejskim Komitecie Bioetyki i Komitecie Zdrowia. Specjaliści w dziedzinie ochrony zdrowia zapoznawani są z rekomendacjami Komitetu Zdrowia Rady Europy odnośnie do poszczególnych obszarów działalności. Lekarze specjaliści rozwijają współpracę z różnymi organizacjami pozarządowymi.

łt. Zigmunt Nierada

*Esmeralda Kuliesyte**

Działalność edukacyjna w grupach rówieśniczych

Litewskie Zrzeszenie Planowania Rodziny i Zdrowia Seksualnego jako jedyna organizacja pozarządowa na Litwie zajmuje się zdrowiem i prawami reprodukcyjnymi ludności, zwłaszcza młodzieży. Założona w 1995 r., liczy obecnie 300 członków – lekarzy, nauczycieli, pedagogów, dziennikarzy, działaczy społecznych, pielęgniarek, położnych i uczące się młodzieży.

Zrzeszenie w swej działalności opiera się na Programie Działania przyjętym przez kairską Konferencję nt. Ludności i Rozwoju ONZ z 1994 r., koncentrując uwagę na zapewnieniu wysokiej jakości usług ochrony zdrowia w swym kraju. Zrzeszenie w swej pracy korzysta z tłumaczonej wersji Karty Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych Międzynarodowej Federacji Planowania Rodziny (IPPF). Organizuje seminaria, kursy, konferencje, publikuje materiały informacyjne i uczestniczy w różnych projektach, programach i kampaniach.

1. Sytuacja na Litwie

Sytuacja społeczno-ekonomiczna kraju, pogarszająca się jakość ochrony zdrowia i innych elementów infrastruktury usług publicznych – odbiły się negatywnie na statusie zdrowia całej ludności. W ciągu ostatnich czterech lat odnotowano nawet skrócenie się oczekiwanej długości życia – z 71,5 roku do 69,3 lat. System ochrony zdrowia, który Litwa odziedziczyła, jest całkowicie scentralizowany i nieefektywny. W czasach sowieckich opieka lekarska była wysoce wyspecjalizowana, kosztowna i nieudolnie finansowana. Wynagrodzenia pracowników służby zdrowia pozostawały bez związku z jakością wykonywanej pracy. Obecnie po reformie Litwa tak określa zasadnicze zadania systemu służby zdrowia:

- Koncentrowanie wysiłków na prewencji i rozwoju edukacji zdrowotnej.
- Reorganizacja służb ochrony zdrowia, w celu stworzenia nowoczesnego systemu publicznej służby zdrowia, zmniejszenia roli szpitali i dążenia do zastępowania opieki szpitalnej opieką ambulatoryjną.
- Zapewnienie wysokiej jakości służby zdrowia.
- Efektywne finansowanie służby zdrowia.

* Litewskie Stowarzyszenie na rzecz Planowania Rodziny oraz Zdrowia Reprodukcyjnego.

Resort zdrowia nie zaprzecza, iż jego podejście do kwestii zdrowia reprodukcyjnego jest zdominowane przez optykę medyczną.

2. Planowanie rodziny

Problem planowania rodziny od lat wymagał uwagi, jednak na Litwie w tej sprawie dyskusje podjęto dopiero od niedawna. W czasach sowieckich główną metodą planowania rodziny była aborcja. Antykoncepcja hormonalna nigdy nie cieszyła się popularnością, alternatyw zaś niemal nie było. W sytuacji braku dostępnych skutecznych i bezpiecznych środków antykoncepcyjnych niechciane ciąży były częste, a wskaźnik aborcji – wysoki. W ostatnich latach dostępność środków antykoncepcyjnych poprawiła się w sposób znaczny, więcej też czyni się w zakresie edukacji publicznej, mimo to niechciana ciąża i aborcja to wciąż zjawiska częste. Od 1990 r. przerywanie ciąży dozwolone jest tylko do 12 tygodnia, choć w przypadku zagrożenia zdrowia kobiety granicę tę można przesunąć. Przerwanie ciąży może zostać dokonane wyłącznie przez lekarza w instytucji medycznej i po konsultacji.

W ostatnich latach ogólna liczba aborcji spada, natomiast wśród kobiet młodych aborcje stają się częstsze. Większość aborcji dokonywanych jest u kobiet w wieku 25–35 lat, zwykle w przypadku ciąży drugiej lub dalszych. Według danych opublikowanych w „Raporcie o stanie rodziny i płodności” – 26% kobiet i 40% mężczyzn przechodzi inicjację seksualną przed 18 rokiem życia (medianą wieku pierwszego stosunku jest 17 rok życia).

Najpopularniejsze metody zapobiegania ciąży na Litwie to prezerwatywa, czasowa wstrzemięźliwość i wkładki domaciczne. Środki antykoncepcyjne, zwłaszcza pigułka, są stosunkowo drogie – od 2,5 do 5 USD za sztukę. Przerwanie ciąży w państwowym zakładzie opieki zdrowotnej kosztuje 25 USD (100 litów), w klinikach prywatnych 100 USD i więcej. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie kobiet nie sięga 1 tysiąca litów (250 USD) brutto.

Są i inne problemy poza niechcianą ciążą i aborcją – spada wskaźnik urodzeń, śmiertelność niemowląt pozostaje na wysokim poziomie, szpitale są w złym stanie, daje się we znaki ostry niedobór środków finansowych, sprzętu medycznego i niezbędnych lekarstw. Sejm sprawom planowania rodziny poświęca niewiele uwagi. To samo dotyczy konserwatywnego rządu i katolicko zorientowanej opinii publicznej. Niski wskaźnik urodzeń na Litwie i panujące obawy o spadek liczby ludności nie ułatwiają promocji stosowania na szerszą skalę antykoncepcji.

Doradztwo z zakresu planowania rodziny tradycyjnie prowadzone jest w ośrodkach zdrowia świadczących usługi zdrowotne dla kobiet przez lekarzy (położników i ginekologów). Opieką otaczane są również kobiety w ciąży i pacjentki ze schorzeniami ginekologicznymi. Doradztwo z zakresu planowania rodziny nie jest jednak prowadzone na odpowiednim poziomie i jej jakość pozostawia wiele do życzenia. Nie wszystkie usługi są świadczone nieodpłatnie, nie są więc dostępne dla nastolatków, studentów czy rodzin o niskich dochodach. Pracownicy litewskiej służby zdrowia dotąd nie zapoznali się z podstawami usług doradczych w tej dziedzinie.

3. Wychowanie seksualne

Wychowanie seksualne nie jest częścią programu nauczania, a sądząc po obecnym poziomie kultury politycznej, w najbliższej przyszłości raczej nie zanoszą się na jego wprowadzenie do szkół. Poza tym nauczyciele albo są nieprzygotowani albo niechętni do pracy w tej dziedzinie. Wychowanie seksualne nadal widziane jest przez pryzmat oporu wobec tej idei jako propaganda seksu, stąd bardzo trudno jest wprowadzić wychowanie seksualne do szkół. Również materiałów i książek z dziedziny wychowania seksualnego jest stosunkowo niewiele i są one trudno dostępne. Wcześniejszy wiek inicjacji seksualnej, z jednoczesnym brakiem w szkołach wychowania seksualnego i akcji uświadamiających, sprzyja rozpowszechnianiu HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową. Przez lata wychowanie seksualne na Litwie ograniczało się do przekazywania wiedzy o anatomii i fizjologii człowieka, natomiast sprawy płciowości i bezpiecznego seksu pozostawiano całkowicie rodzicom.

4. Choroby przenoszone drogą płciową. AIDS

Od 1990 r. Litwa notuje gwałtowny wzrost liczby zakażeń HIV i chorobą AIDS oraz innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową, zwłaszcza wśród niepełnoletnich. Wiek inicjacji seksualnej obniżył się. Na Litwie prowadzony jest urzędowy rejestr przypadków HIV, AIDS, kiły i rzeżączki. W 1996 r. liczba zachorowań na kiłę sięgnęła 101,4 przypadków na 10 tysięcy mieszkańców. W ostatnich latach wobec zaatakowania przez wirus HIV środowisk narkomanów liczba zarażonych zaczęła rosnąć szybciej niż w latach poprzednich. Na Litwie 45% zarażonych to narkomani używający strzykawek. Największą liczbę zarażonych notuje się w portowym mieście Kłajpeda w nieznacznej odległości od rejonu Kaliningradu. Zrzeszenie tam właśnie prowadzi jeden z ośrodków dla młodzieży w ramach swego programu działania, koncentrując się na propagowaniu wśród osób niepełnoletnich bezpiecznego seksu i stosowaniu metod zapobiegających zarażeniu się. Według litewskiego krajowego ośrodka AIDS obecnie główne problemy to brak programów prewencji dla narkomanów, a także programów rehabilitacyjnych dla narkomanów. Poziom wiedzy personelu medycznego i np. nauczycieli o naturze zakażenia i jego rozpowszechnianiu się jest bardzo niski. Na podstawie wystąpień podczas kilku spotkań można przyjąć, iż wystarczającej wiedzy na temat HIV nie miało niemal 20% lekarzy i 30% nauczycieli, a wśród społeczeństwa odsetek ludzi nie mających wiedzy na ten temat można szacować na 40–50%.

5. Działania na rzecz młodzieży

Obecnie Zrzeszenie realizuje projekt pn. Centrum Młodzieży, w ramach którego założono ośrodki w pięciu największych miastach Litwy. Celem projektu jest szerzenie wśród młodych wiedzy z zakresu zdrowia reprodukcyjnego, w tym seksualności okresu dorastania, o zmianach zachodzących w ciele, udzielanie porad psychologicznych, wprowadzanie edukacji w grupach rówieśniczych, organizowanie

wykładów na tematy takie, jak niepożądana ciąża, aborcja i choroby przenoszone drogą płciową, różne nowoczesne środki antykoncepcyjne, uzyskiwanie i udzielanie informacji dotyczących związków uczuciowych i ogólnie pomaganie młodym ludziom we wchodzeniu w dorosłość. Wolontariusze z każdego z Centrów Młodzieży organizują seminaria i wykłady na tematy takie, jak sprawy zdrowia reprodukcyjnego, zapobieganie AIDS i chorobom przenoszonym drogą płciową, środki antykoncepcyjne, aborcja i niepożądana ciąża, przedstawiając je zarówno w ośrodkach, jak szkołach i innych miejscach, gdzie gromadzi się młodzież. Omawiane są nadto problemy porozumiewania się osób różnej płci, higieny osobistej, skutki i przyczyny zażywania narkotyków, picia alkoholu i palenia tytoniu. Merytorycznie dyskusje o sprawach zdrowia reprodukcyjnego nakierowane są na podkreślanie istnienia możliwości wyboru, zaś z punktu widzenia uczuciowego chodzi w nich o wskazanie, co czynić, gdy jest się zakochanym, jak zachowywać się w stosunkach z drugim człowiekiem itd., a także w rozwijaniu umiejętności dokonywania świadomego wyboru i otwartego mówienia o uczuciach i zachodzących w nich zmianach. Grupy młodzieżowe współpracują ze szkołami, innymi organizacjami, zwłaszcza pracującymi z młodzieżą organizacjami pozarządowymi. Każde centrum prowadzone jest przez dorosłego koordynatora przeszkolonego w dziedzinie zdrowia reprodukcyjnego i w zakresie edukacji w grupach rówieśniczych.

Centra tworzone są przy istniejącej już sieci publicznych Ośrodków Edukacji Zdrowotnej. Myślą przewodnią projektu jest wspieranie rządowego programu zdrowia w promocji zdrowia reprodukcyjnego i zdrowego seksu wśród nastolatków przez doradztwo z zakresu zdrowia reprodukcyjnego, szkolenie w tej dziedzinie wychowawców grup rówieśniczych i położnych oraz działania informacyjno-doradcze. U podłoża braku wiedzy wśród ludzi młodych o sprawach zdrowia reprodukcyjnego, seksualności, chorób przenoszonych drogą płciową i bezpiecznego seksu – leży ogólny brak edukacji seksualnej w szkołach oraz niedostatek ośrodków specjalnych dla dorastającej młodzieży. Projekt ten, który jest finansowany ze środków Międzynarodowej Federacji Planowania Rodziny (IPPF) i Funduszu Ludnościowego ONZ (UNFPA), może zatem na Litwie liczyć na duże zapotrzebowanie.

Projekt złożony jest z kilku wzajemnie powiązanych i uzupełniających się elementów. Od inauguracji w sierpniu 1998 r. pięć centrów działających w ramach programu świadczy usługi następujące:

- poradnictwo na miejscu dla grup rówieśniczych,
 - gorąca linia telefoniczna dla dorastającej młodzieży,
 - poradnictwo i usługi na miejscu z zakresu zdrowia reprodukcyjnego świadczone przez położną, w niektórych zaś centrach (np. w Kownie) również przez lekarzy pracujących w niepełnym wymiarze godzin,
 - edukacja dla grup rówieśniczych w szkołach lokalnych, prowadzona przez samych ludzi młodych, obok koordynatora,
 - propagowanie bezpiecznego seksu w klubach i dyskotekach,
 - upowszechnianie informacji podczas specjalnych imprez propagandowych, takich jak Dzień Wiedzy o HIV i AIDS, Walentynki, podczas których promuje się sprawy zdrowia reprodukcyjnego wśród dorastającej młodzieży itd.
- Na początku projektu przeszkolono 25 wychowawców grup rówieśniczych (po pięć osób z każdego centrum). Kursy odbyły się w Wilnie, prowadzone były przez

instruktorów z centrum Zdrowia Rodzinnego z łotewskiej stolicy Rygi. Wychowawcy grup rówieśniczych i wolontariusze z każdego z centrów organizują cotygodniowe seminaria i wykłady na tematy zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, zapobiegania chorobom przenoszonym drogą płciową, nowoczesnych środków zapobiegania ciąży i innych kwestii ściśle wiążących się ze sprawami życia osób dorastających i problemami wieku dorastania. Konkretnie w czasie seminariów i wykładów dyskutowane są sprawy, takie jak porozumiewanie się osób różnej płci, higiena osobista, negatywne skutki zażywania narkotyków, palenia tytoniu czy picia alkoholu, a także problematyki stosowania aborcji jako metody regulowania płodności.

Centra cieszą się wśród młodzieży dużym powodzeniem. Na przykład centrum w Szauliai systematycznie odwiedza ponad 60 osób. W każdym mieście z usług centrum projektu korzysta regularnie od 4 do 8 okolicznych szkół – zarówno uczniów, jak i nauczycieli.

W 1999 r. przeprowadzono akcje informacyjne o usłudze wychowania dla grup rówieśniczych w 100 szkołach w różnych miejscowościach. W trakcie 1024 tysięcy wykładów z informacji o zdrowiu seksualnym i reprodukcyjnym skorzystało około 20 tysięcy nastolatków. Na około 45 tysięcy szacować należy liczbę osób, które uzyskały prawidłowe informacje z zakresu zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego dzięki różnym innym akcjom.

Litewskie Zrzeszenie spodziewa się, iż jego działania na rzecz młodzieży wpłyną na świadomość społeczeństwa i przedstawicieli władz, by przekonać ich do bardziej poważnego podejścia i przybliżania młodzieży wiedzy o sprawach dotyczących zdrowia reprodukcyjnego. Projekt, którego realizację rozpoczęto dzięki wsparciu finansowemu ze strony IPPF, otrzymał teraz deklarację dalszego wsparcia ze strony Funduszu Ludnościowego ONZ.

Zrzeszenie angażuje młodych ludzi także do uczestnictwa w projekcie pn. Społeczna Promocja Stosowania Prezerwatyw (Cool) rozpoczętego w 1998 r. Opa-kowania prezerwatyw z nadrukiem znaku Funduszu Ludnościowego i informacjami o funduszu i jego działalności są zalecane do stosowania wszystkim Litwinom, zwłaszcza młodzieży, jako produkt wysokiej jakości, będący jednocześnie tani, modny i promowany przez Fundusz Ludnościowy. Wolontariusze z centrów uczestniczą w kampaniach reklamowych programu Cool, podczas imprez, w dyskotekach, zalecając kondomy Cool na wykładach, w reklamach, na plakatach i w ulotkach propagujących bezpieczny seks.

tłum. Zygmunt Nierada

III. REFORMA ZDROWIA, JEJ EFEKTY I ZMIANY W POLSCE I KRAJACH SĄSIEDNICH

Chaos informacyjny na temat reformy

W liczbach wygląda to imponująco – na działania informacyjne i promocyjne reformy zdrowia w latach 1998 i 1999 rząd wydał 3,5 mln zł, a dodatkowo Kasy Chorych pozyskały od sponsorów ponad 1 mln zł. To dużo pieniędzy, należy więc zadać sobie pytanie, dlaczego efekt był tak mizerny.

W styczniu 1999 r. obudziliśmy się bowiem, zgodnie z zapowiedziami premiera Buzka w telewizyjnych spotach reklamowych, w zupełnie innym kraju. Był to kraj ludzi wściekłych, zagubionych, źle poinformowanych, błakających się ze swymi problemami zdrowotnymi od lekarza do Kasy i z powrotem, stojących w gigantycznych kolejkach w ZUS-ie, żeby zgłosić się do ubezpieczenia (a dotyczyło to tylko tych ludzi, którzy pracowali wówczas na własny rachunek) i wypełnić druki, których człowiek z wyższym wykształceniem nie był w stanie sam wypełnić poprawnie.

Pamiętam, jak zgłaszał się do ubezpieczenia mój kolega, informatyk. Przy okienku w ZUS-ie okazało się, że dokumenty wypełnił źle. – Panie – powiedział stojący za nim taksówkarz – nie bierz pan tego na rozum, tylko ściągnij ode mnie. Mnie wypełnił ktoś z ZUS-u. I rzeczywiście, po skorzystaniu ze ściągki, okazało się, że już jest to zgodne z wymaganiami systemu informatycznego.

Moja opinia o chaosie informacyjnym na temat reformy zdrowia jest ściśle subiektywna, ale uprawniona – w momencie wejścia reformy w życie znalazłam się w samym oku cyklonu. – Dla pacjenta po nowym roku nic się nie zmieni – powiedziała w telewizji w grudniu 1998 r. pani minister Knysok, pełnomocnik rządu ds. wdrożenia ustawy o Powszechnym Ubezpieczeniu Zdrowotnym (PUZ). Tym cytatem zaczęłam swój pierwszy poradnik dla pacjenta, drukowany w *Gazecie* codziennie od 7 do 15 grudnia. Każdy odcinek poradnika zawierał od 1 do 2 kolumn druku a w nich omówienie zmian, które będą dotyczyć pacjentów po wdrożeniu reformy. Po tygodniu dowiedziałam się z działu promocji nakładu, że poradnik podniósł nakład *Gazety* o 70 tysięcy egzemplarzy w każdym z tych dni. To może obrazować głód informacji o reformie wśród społeczeństwa. I niski stopień jego poinformowania, mimo akcji promocyjnej i informacyjnej, realizowanej przez urzędników Ministerstwa Zdrowia i Kas Chorych.

Pierwszy informator *Gazety* zawierał niezbędne informacje zawarte w ustawie o PUZ, rozporządzeniach wykonawczych ministra zdrowia do tej ustawy, w ostatnich

* *Gazeta Wyborcza.*

odcinkach zawarłam również propozycje rządowe do nowelizacji ustawy, która jeszcze nie została uchwalona przez Sejm, ale parę dni później stała się prawem. Pisałam go na bieżąco, wydzwanając do Ministerstwa Zdrowia i do Kancelarii Premiera i choć zbieranie informacji jest moim zawodem, wcale nie było łatwo uzyskać odpowiedź na konkretne pytanie. To, co mnie wówczas uderzało w odpowiedziach wysokich urzędników, to niemożność odróżnienia propagandy od informacji. Swoje własne życzenia i intencje brali za rzeczywistość, nie zwracając uwagi na to, że w rzeczywistości znacznie bardziej liczy się konkretny zapis ustawowy, niż intencje i życzenia twórców tych zapisów. Pierwszy gazetowy poradnik, siłą rzeczy, konsumował teorię reformy, czyli to, co zostało zapisane w prawie. 1 stycznia przyszła praktyka.

Sprawdziłam w archiwum *Gazety* – od 11 stycznia 1999 r. do końca lutego w każdym numerze drukowane były moje odpowiedzi na pytania czytelników na temat reformy. Zależnie od ilości miejsca w gazecie, było to od 5 do 10 pytań i odpowiedzi dziennie. Cykl nazywał się – *Jak się leczyć w bałaganie*. Już następnego dnia po wydrukowaniu pierwszego odcinka dowiedziałam się od osób zbliżonych do wysokich urzędników z Ministerstwa Zdrowia, że tytuł naszego cyklu bardzo uraził panią minister Annę Knysock, pełnomocnika rządu ds. wdrażania PUZ. Nie było moją intencją urażanie uczuć kogokolwiek, wobec tego poszłam do mojej szefowej z propozycją, by zmienić tytuł na bardziej elegancki, np.: jak się leczyć w tym chaosie. Helena Łuczywo nie zgodziła się. – Bałagan zawsze można posprzątać – argumentowała, zaś chaos to jest coś znacznie gorszego – chaos jest nie do opanowania.

Tak więc tytuł pozostał.

To były niezwykle dni. Nigdy nie czułam się tak potrzebna ludziom, jak wówczas. Od 10 rano do 10 wieczór dzwoniły telefony od zdesperowanych pacjentów, lekarzy, pielęgniarek, rejestratorek. Zadawali pytania, na które można było odpowiedzieć od ręki, znając ustawę o PUZ i rozporządzenia do niej wydane, ale zadawali również pytania, na które nikt nie potrafił odpowiedzieć, bo okazywało się np. że znaleźli się w luce prawnej. Wtedy dzwoniłam do rzeczniczki prasowej pani minister Knysock, ona przekazywała szefowej problem do rozstrzygnięcia, ta zwoływała zespół prawników, by znaleźli interpretację przepisów. Często już po trzech dniach mogłam podać na łamach gazety interpretację prawną. Ale było i tak, że nikt nie potrafił znaleźć odpowiedzi, bo odpowiedzi nie było.

Po dwóch miesiącach sytuacja zaczęła się troszeczkę normować, pytania zaczęły się powtarzać, więc skończyliśmy naszą gorącą linię na temat reformy zdrowia. I tylko Adam Michnik błysnął dowcipem, kiedy podpisywał do wypłaty moje honorarium za luty. – Na reformie zdrowia w tym kraju – powiedział – zyskała jedynie Cichocka.

Można powiedzieć, że w pewnym sensie jestem ofiarą tej reformy, ale też i jej beneficjentką. W połowie września 1999 r. zamieściłam 3 kolejne odcinki informatora o reformie. Opierały się one już nie na przepisach prawa, ale informacjach pochodzących z życia. Radziły pacjentom, jak zachowywać się w nowym systemie, po to, by nie być traktowanym jak piłeczka pingpongowa, którą odbija się od lekarza do lekarza, ze szpitala do Kasy Chorych, z Kasy Chorych na powrót

do lekarza. Jasne już bowiem było wówczas, że to nie zapisy prawne rządzą nową rzeczywistością w systemie ochrony zdrowia, ale strumień pieniądza, który Kasy kierują do świadczeniodawców. Ale, jeśli strumień pieniądza wymuszał zachowania sprzeczne z ustawą o PUZ, to raczej sposób finansowania służby zdrowia należało korygować, a nie tolerować jawne łamanie prawa. Takim łamaniem prawa były np. próby przyciągnięcia do swojej przychodni pacjenta nie jakością usług, ale szantażem.

Przypomnijmy – nowy system miał opierać się na kompetentnych, przyjaznych dla pacjenta usługach lekarza pierwszego kontaktu, który miał pełnić rolę przewodnika po systemie ochrony zdrowia, a równocześnie – przez system skierowań – bramkarza do systemu. W zdecydowanej większości przypadków lekarz nie był w stanie pełnić tej roli, bo nie był do niej w żaden sposób przygotowany. Specjalistów medycyny rodzinnej było w 1999 r. raptem 3 tysiące, z czego duża część zatrudniona w przychodniach, będących częścią struktury Zespołów Opieki Zdrowotnej. Po to, by pacjent mógł mieć swojego lekarza rodzinnego, potrzeba ich było 20 tysięcy. Ale system kontraktowania usług lekarza pierwszego kontaktu Kasy Chorych od początku prowadziły tak, by strumieniem pieniądza wspierać przekształcanie się ZOZ-ów, oddzielenie usług podstawowej opieki zdrowotnej od szpitala i jej prywatyzację. Dzięki opłatom kapitacyjnym za każdego pacjenta na liście lekarza, opłatom, które dawały możliwość lepszych zarobków, proces odłączania się PUZ ze struktur ZOZ-owskich postępował znacznie bardziej dynamicznie, niż inne przekształcenia w systemie ochrony zdrowia. Ta akcja wywołała też reakcje. W wielu ZOZ-ach trwało zastraszanie pacjentów, że jeśli opuszczą swoją dotychczasową przychodnię i przeniosą się do konkurencji, nie będą mieli prawa korzystać ani z usług specjalisty w swojej dotychczasowej przychodni, ani z rehabilitacji, ani nie zostaną przyjęci do miejscowego szpitala. Działając we własnym dobrze pojętym interesie finansowym, ZOZ-y dopuszczali się i zapewne jeszcze dopuszczają jawnego łamania prawa. Wydawało nam się w gazecie, że należy te wszystkie numery pokazać naszym czytelnikom i uzbroić ich w argumenty przeciw szantażowi. Obszerniejszego omówienia wymagały również sprawy odpłatności za niektóre usługi. Okazało się bowiem, że w każdym przypadku, w którym była niejasność co do źródeł finansowania np. niektórych badań, w przychodniach i szpitalach wyciągano rękę do pacjenta. Do dzisiaj pacjenci płacą za niektóre usługi, które i tak są finansowane w kontraktach z Kasami Chorych. Taka jest cena niedoinformowania.

W 2000 r. również w *Gazecie* zamieściłam następne 2 poradniki dla pacjenta, w 2001 r. powtórzyłam, jak egzekwować swoje prawa i omówiłam najważniejsze zmiany w ustawie o PUZ zapowiadane w nowelizacji, która dokonana się dopiero w lipcu 2001 r., po niemal dwóch latach od wniesienia rządowego projektu poprawek do Sejmu.

Żle poinformowani przed reformą byli nie tylko pacjenci, ale również lekarze i rejestratorki w przychodniach. Nie wiem, dlaczego rząd wydał pieniądze w 1998 r. na tzw. kaskadowe kształcenie pracowników ochrony zdrowia na kursach organizowanych przez MZ. Kaskada nie zadziałała – w momencie wprowadzenia Kas Chorych większość lekarzy była przekonana, że za swoje usługi ma prawo pobierać

od pacjentów pieniądze, a z rachunkiem odsyłać ich do Kasy Chorych. Kiedy okazało się, że nie na tym ten system polega, odczuli rozczarowanie. Ale do dzisiaj płaczą się w korytarzach Kas Chorych ludzie, których lekarz wysłał z rachunkiem do Kasy w celu jego zrefundowania.

Spróbujmy dociec, czego nauczył pacjenta o reformie pełnomocnik ministra zdrowia ds. promocji reformy. Mam w ręku ulotkę, która informuje, co to jest reforma ochrony zdrowia. Jest to – według Antoniego Bielewicz – proces całkowitej przebudowy dotychczasowego systemu. Dlaczego? Bo system strukturalnie jest narażony na mamotrawstwo, jest zła struktura celów, jest zła struktura systemu służby zdrowia, jest zła struktura kształcenia lekarzy, jest zła struktura finansowania i zła struktura wynagradzania za pracę.

Co pacjent zyska na reformie? Ano będzie centralnym ogniwem nowego systemu. To są cytaty z ulotki dla pacjentów.

Usiłuję sobie wyobrazić, co z tej ulotki dowiedziała się emerytka czekająca w kolejce do swego lekarza. Czyta się ją tak, jak ja czytam instrukcję obsługi nowego ekspresu do kawy. Czytam, nic nie rozumiem, a para wylatuje mi bokiem. Nicco lepiej wygląda inna ulotka, wydana już po styczniu 1999 r. Zawiera 10 konkretnych pytań i w miarę zrozumiałych odpowiedzi na nie. Te 10 pytań jest tak dobranych, że wyczerpuje całą problematykę reformy. Dla porównania – niedawno wróciłam z Oslo, gdzie dowiedziałam się, że od 1 czerwca Norwegia wprowadza powszechnie obowiązujący system lekarza rodzinnego. Ulotka, jaką pokazano mi w tamtejszym MZ, zawiera 25 szczegółowych pytań i odpowiedzi na nie. Dotyczy tylko lekarza pierwszego kontaktu. I to pokazuje, z jaką maestrią odpowiedzialni za informację urzędniczy w Polsce wywiązali się z obowiązku poinformowania społeczeństwa o reformie.

Na tego typu działania informacyjne rządu szły pieniądze polskiego podatnika, ale za to, kiedyś w 1999 r. ze zdumieniem wysłuchałam wypowiedzi telewizyjnej rzecznika prasowego AWS Piotra Żaka, który jako przykład polityki informacyjnej rządu podał specjalny numer *Służby Zdrowia* wydany na początku stycznia 1999 r. i zawierający poradnik dla pacjenta i lekarza. Ten poradnik z całości ja napisałam, a wydała Aleksandra Gielewska. Była to wyłącznie nasza inicjatywa, przez nikogo nie inspirowana, a ani Kasy Chorych, ani Ministerstwo Zdrowia nie znalazło pieniędzy, by zakupić egzemplarze choćby po kosztach druku i rozdáwać zdezorientowanym pacjentom.

W ostatnich dniach Sejm przegłosował ponad 100 poprawek do ustawy o PUZ. Bezpośrednio po głosowaniu posłowie nie byli zgodni co do tego, co ostatecznie przegłosowali. Z wyników głosowania nie był zadowolony ani minister zdrowia, który zapowiedział lobbowanie innych rozwiązań w Senacie, ani wiceminister Knysok, mówiąca, że niektóre rozwiązania przyjęte przez posłów są sprzeczne ze sobą, a niektóre szkodliwe dla systemu ochrony zdrowia, ani minister finansów, protestujący przeciw planowi stopniowego podnoszenia składki do 9% przez 5 kolejnych lat, choć tego stanowiska akurat nie rozumiem, bo poprawka była uchwalona na wniosek SLD, a wszystko wskazuje na to, że po wyborach to właśnie SLD będzie biedzić się z budżetem państwa, a nie minister Bauc.

Prace nad nowelizacją tej ustawy trwały w Sejmie 19 miesięcy i wszystko wskazuje na to, że ustawodawcy pogubili się w labiryncie polskiego systemu ochrony

zdrowia i nie bardzo wiedzą, jak z niego wyjść na prostą. SLD wystąpiła już publicznie ze swoim programem reformy, która ma polegać na likwidacji Kas Chorych i przejściu na system budżetowo-samorządowy. Mają się zmienić radykalnie sposoby finansowania świadczeniodawców za usługi medyczne, co oznacza, że zmieni się również sposób i warunki dostępu pacjenta do leczenia.

Tymczasem w czerwcu minister Opala zapowiedział kampanię informacyjną o reformie, adresowaną do szerokich kręgów społeczeństwa i pracowników ochrony zdrowia. Kampanię ma przeprowadzić firma Profile, a pieniądze na nią mają być wydane jeszcze w tym roku. Gdyby taka akcja została przeprowadzona 3 lata temu, miałyby jakiś sens. Dzisiaj, tuż przed zmianą opcji rządzącej, w momencie, kiedy dalszy kierunek reformy nie jest jeszcze wytyczony, to nic innego, jak wyrzucanie pieniędzy w błoto. Te wyrzucone pieniądze ja i każdy podatnik będzie musiał spłacić, poczynając od 2008 r.

Do dzisiaj nie wiem, kto miał rację w mojej dyskusji z Heleną Łuczywo w styczniu 1999 r. Nie wiem, czy wdrożona reforma to bałagan, który być może za kilka lat uda się posprzątać, czy chaos, który jest nie do opanowania.

Ostatecznie rząd zrezygnował z kampanii informacyjnej o reformie zdrowia. Znowelizowana ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym weszła w życie 26 września. Aby skonsumować zapisy tej ustawy w informatkach dla pacjenta, kampania musiałaby się odbyć już po wyborach i po zapowiedziach SLD i UP, że przystępuje do dogłębnej zmiany systemu.

*Bożena Moskalewicz**

System informacji o chorobach reumatycznych po wprowadzeniu reformy i uwzględnieniu jej poprawek

Dawniej mówiono: gościec postępujący, obecnie używa się nazwy – reumatoidalne zapalenie stawów. Dawniej trudno było ustalić przyczynę zapalnych przewlekłych chorób stawów, obecnie jesteśmy świadkami zaawansowanych badań, wkraczających w genetykę. Także wśród leków wskazuje się na leki starszej generacji i leki bardzo nowoczesne. Pojawianie się chorób reumatycznych jest jednak do dziś w jakiś sposób nieuchronne. Wszystkie społeczeństwa globalnej cywilizacji jednakowo cierpią z powodu przewlekłych nieurazowych chorób układu ruchu i wyrażają niepokój z powodu strat, będących następstwem tych powszechnych schorzeń.

Dziedzina reumatologii obejmuje swoim zainteresowaniem bardzo różne, ale też i liczne choroby, jak: choroba zwyrodnieniowa, reumatoidalne zapalenie stawów, zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa, osteoporoza. Okaleczające skutki reumatoidalnego zapalenia stawów są groźną perspektywą dla 300 tysięcy osób w naszym kraju. Szybka utrata zdolności do pracy uderza w młodych ludzi, którzy zachorowali na zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa. Bolesne manifestacje choroby zwyrodnieniowej są udziałem blisko 3 mln mieszkańców Polski. Zagrożenie złamaniem kości w wyniku osteoporozy niepokoi osoby w starszym wieku. Ponieważ nauka wyodrębniła już ponad 200 różnych jednostek wśród chorób reumatycznych, rezygnujemy z prezentacji rzadziej występujących przewlekłych schorzeń układu ruchu.

W Polsce od dziesięcioleci interesowano się ogólną liczbą chorych leczonych u lekarza reumatologa i udziałem nowo zdiagnozowanych pacjentów wśród ogółu chorych. Oficjalna statystyka gromadziła informacje o pacjentach placówek ambulatoryjnej opieki reumatologicznej (chorobowość rejestrowana) i o nowo rejestrowanych chorych w danym roku (zachorowalność rejestrowana). Warto zwrócić uwagę na to, że to nie liczba wizyt, a liczba leczonych osób stanowiła podstawę obliczeń statystycznych w lecznictwie reumatologicznym.

Zwolnienia lekarskie wydawane na skutek nieurazowych chorób układu ruchu były analizowane przez Główny Urząd Statystyczny oraz Instytut Medycyny Pracy.

Do rutynowych danych należy zaliczyć liczbę orzeczeń o rentach inwalidzkich – te dane można było uzyskać z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczych Ubezpieczeń Społecznych.

Informacje o liczbie hospitalizowanych i czasie ich pobytu gromadzone były przez Główny Urząd Statystyki, Ministerstwo Zdrowia i Kasy Chorych. Podział informacji o chorobach reumatycznych dotyczył: rozpoznania, płci, wieku i miejsca zamieszkania chorego. Zakres oficjalnej statystyki sprowadzał się do placówek lecznictwa i kończył na ich prognozie.

Na pytanie, jak wielu chorych nie dotarło do lekarza specjalisty, mogły odpowiedzieć tylko specjalnie skonstruowane badania przesiewowe (tzw. screening) w wybranych grupach ludności lub na próbie losowej z populacji generalnej. Inne pytanie: jaki jest przebieg przewlekłej, trwającej do końca życia choroby, pozostaje bez odpowiedzi, o ile nie prowadzi się dobrze kontrolowanych badań longitudinalnych. Ile osób boryka się z niesprawnością, brakiem pomocy w poruszaniu się, kontaktach ze światem – na to pytanie rutynowe statystyki nie miały odpowiedzi.

Tymczasem niewiele jest badań epidemiologicznych w reumatologii, wykraczających poza progi klasycznie rozumianej medycyny. Z nielicznych badań angażujących poważne nakłady finansowe i organizacyjne możemy zaprezentować następujące przykłady. W latach 1976 i 1989 zrealizowano i powtórzono przesiew dotyczący dolegliwości reumatycznych w czterech skonstruowanych ze sobą miejscowościach: miasto i wieś w terenie rolniczym oraz miasto i wieś w terenie uprzemysłowionym. Uzyskane wyniki potwierdziły tę samą częstość występowania schorzeń reumatycznych w Polsce i innych krajach.

W 1996 r. Główny Urząd Statystyczny dokonał ankietowego pomiaru stanu zdrowia u osób wylosowanych z list wyborczych. Wiadomo stąd, że na reumatoidalne zapalenie stawów było inną przewlekłą chorobę stawów choruje w Polsce około 5 mln osób. Grupa niepełnosprawnych w pięciomilionowej rzeszy chorych z dolegliwościami reumatycznymi z orzeczoną grupą inwalidzką stanowi 33,1%, tj. 1 716 403 osoby. Wśród nich większość stanowią inwalidzi I i II grupy (60,8%).

W latach 1999–2001 rozpoczęto pilotażowy program Krajowego Rejestru Chorób Reumatycznych. Prospektywna obserwacja wykazała, że opóźnienie w dotarciu pacjenta do specjalisty reumatologa wynosi blisko 3 lata!

W 2002 r. rozpocznie się badanie przesiewowe, dotyczące częstości występowania chorób reumatycznych w Polsce. Ankiety zostaną przeprowadzone z osobami wylosowanymi z systemu PESEL.

Niewiele uwagi poświęca się chorobom reumatycznym w debatach na temat zdrowia Polaków. Na tę „ciszę informacyjną” nie zasługują chorzy, których jest w kraju ponad, jak wspomniano wyżej, 5 mln. Mało kto wie, że dobrze reprezentowani w życiu publicznym chorzy na cukrzycę, stanowią grupę około 2 mln osób.

Nie sądzę, że dostrzeżenie problemu chorób reumatycznych nastąpi samo. W regionach gospodarczo rozwiniętych zapalne choroby kości i stawów zajmują wysokie miejsca wśród przyczyn zgonów. Oczekując pozytywnych prognoz gospodarczych dla Polski na najbliższe dwudziestolecie, musimy sobie jednocześnie zdać sprawę z ryzyka spełnienia zakładanego dla krajów rozwiniętych scenariusza prognozy stanu zdrowia, w którym choroby kości i stawów (na siódmym miejscu) wyprzedzą groźny AIDS (na dziewiątym miejscu) na liście najważniejszych przyczyn zgonów. W przewidywaniach sporządzonych przez naukowców z Bostonu (Harvard University) dla całego świata, w ciągu dwudziestolecia 2000–2020 liczba

* Instytut Reumatologiczny w Warszawie.

zgonów „reumatologicznych” wzrosło o 40%. Na 180 mln zgonów ogółem w 2020 roku – 5,5 mln będzie spowodowane zapalnymi chorobami narządu ruchu, z tego 2 mln 100 tysięcy przypada na mężczyzn, a 3 mln 400 tysięcy na kobiety. Zagrożenie zapalnymi chorobami kości i stawów jest śmiertelne.

Rozsądek każe już dzisiaj sporządzić listę braków informacyjnych w tej dziedzinie. Wiemy mało, albo też nic na temat kosztów leczenia w poszczególnych chorobach na różnych poziomach lecznictwa, kosztów bezpośrednich i pośrednich, strat w skali rodziny, społeczności lokalnych i globalnych. Nie znamy liczby i rodzaju operacji ortopedycznych przeprowadzanych w przebiegu przewlekłych chorób reumatycznych. Istnieją tylko fragmentaryczne studia nad trafnością skierowań do szpitala. Nie wiemy prawie nic o kosztach opieki pielęgniarstwa, pomocy społecznej, kosztach transportu chorych. Słaba i niekompletna jest dokumentacja dotycząca rehabilitacji medycznej. Brakuje powszechnie przyjętych kryteriów skuteczności leczenia, nie opisuje się działań leczniczych w kategoriach efektywności. W praktyce leczenia specjalistycznego nie ma dość informacji na temat jakości życia chorych reumatycznych. Generalnie bardzo mało wiemy o tym, kto choruje: jaki ma poziom wykształcenia, zamożności, jaki jest jego stan cywilny, rodzinny. Ile wie o swojej chorobie; co jest skłonny zrobić dla swojego zdrowia (np. aktywność fizyczna), a z czego ma zamiar zrezygnować (np. za wysokie ceny leków).

Braki informacyjne

Braki informacyjne w statystyce dotyczącej diagnostyki i leczenia chorób dermatologicznych to:

- koszt leczenia,
- leczenie operacyjne,
- koszt opieki pielęgniarstwa,
- pomoc społeczna,
- rehabilitacja medyczna,
- trafność skierowania do szpitala,
- skuteczność leczenia (jakość życia),
- stan cywilny pacjenta,
- dochód pacjenta.

Postępowanie badawcze i literatura naukowa preferują model klinicznych badań kontrolowanych w medycynie, zazwyczaj omijając wskaźniki i zmienne społeczne oraz psychologiczne. Na tle przyjętego modelu, badania populacyjne przesiewowe mają mało akceptowany przez środowisko medyczne profil zagadnień. Struktura publicznej opieki zdrowotnej wzmacnia jeszcze ten punkt widzenia. Współczesna medycyna ma wszystkie klasyczne cechy organizacji biurokratycznej, takie jak: bezosobowość, hierarchizacja, centralizm i specjalizacja. Władza eksperta, którą sprawują lekarze, w zasadzie rozstrzyga o zakresie i jakości zbieranych danych rutynowych, a także naukowych. Wpływem tej władzy możemy tłumaczyć bardzo powolne wprowadzanie spraw pozaklinicznych do systemu informacji. W zbiurokratyzowanym systemie dobro biorcy usług ustępuje pierwszeństwa wobec interesu dawcy usług. Narzuca się pytanie, czy zdrowie jest wartością społeczną, czy tylko profesjonalną. System medyczny jest zamknięty wobec wpływów zewnętrznych,

siłą rzeczy reumatologia nie odbiega od przyjętego schematu. Dlatego też bardzo słabo informuje osoby spoza swojego kręgu o poważnych problemach zdrowotnych, z którymi się boryka. Dane statystyczne, które zazwyczaj stanowią mocny argument w dyskusji o nadawaniu priorytetów, są niekompletne, często nieporównywalne i niewłaściwie uporządkowane. Są placówki, które nie dostarczają informacji liczbowych poza swój poziom hierarchiczny, a z drugiej strony, o ile nawet istnieją analizy rutynowego materiału statystycznego, to nie jest przyjęte przekazywanie ich treści do samych zainteresowanych, t.j. specjalistów reumatologów. Bazy informacji nie są wykorzystywane ani do podejmowania decyzji, ani też do racjonalnego uzasadnienia wagi problemu w skali kraju.

Rycina 1. Niedoścignienie problemu chorób reumatycznych na skutek:

- niedostatecznej jakości
- nieprzekazywania
- niewykorzystania



danych

Dawne formy systemu informacji gwarantowały dość szczypty zakres powtarzających się corocznie danych o chorobach reumatycznych. Lista tych danych ograniczała się do: chorobowości, zachorowalności, zwolnień lekarskich, rent inwalidzkich, hospitalizacji i czasu pobytu w szpitalu. Reforma, zmieniając strukturę zarządzania, wywołała załamanie systemu informacji statystycznej w ramach resortu zdrowia. Obecnie dostępne dane sprowadzają się do trzech pozycji: renty, hospitalizowanych i czasu pobytów szpitalnych. Nowy schemat postępowania, który pojawił się wraz z Kasami Chorych, stworzył bariery, jakich chorzy wcześniej nie znali. Liczne ograniczenia formalne, niedostatek informacji, świadomość zawirowania instytucjonalnego odsuwały potrzeby zdrowotne na dalszy plan. Pokonanie tych barier wymagało znacznej pomysłowości i determinacji w rozpoznawaniu skutecznych dróg dotarcia do odpowiedniego specjalisty. Nowy system odrzucił większość osób potrzebujących skutecznej opieki specjalistycznej.

System informacji jest „nerwem” układów społecznych. Jak widzimy, opieka reumatologiczna wymaga odtworzenia zaniedbanych i stworzenia nowych obszarów w systemie informacji.

Wnioski

- 1) Brak możliwości obserwacji przebiegu procesu zdrowotnego.
- 2) Z powodu załamania się systemu informacji statystycznej należy zmienić strukturę zarządzania.
- 3) Z powodu zapaści systemu informowania chorego i jego rodziny należy zmienić „drogi przez instytucje”.

Aleksandra Solik*

Dostęp do legalnej aborcji – rola środowiska medycznego

Już na wstępie muszę podkreślić, że ani reforma zdrowia, ani poprawki do niej wprowadzone nie wpłynęły w żaden sposób na poprawę sytuacji kobiet uprawnionych do przerwania ciąży. Przypomnę, że zgodnie z obowiązującym prawem¹ aborcja jest dopuszczalna w Polsce w trzech przypadkach:

- 1) gdy zagrożone jest zdrowie lub życie kobiety,
- 2) gdy badanie prenatalne lub inne przesłanki wskazują na prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego uszkodzenia płodu lub choroby zagrażającej jego życiu,
- 3) gdy do ciąży doszło na skutek czynu zabronionego, np. gwałtu.

W pierwszym przypadku nie obowiązuje limit czasu, w którym można wykonać zabieg. W drugim, przerwanie ciąży jest dopuszczalne do czasu, gdy płód osiągnie zdolność do życia poza organizmem matki. W trzecim – ciążę wolno przerwać do 12 tygodnia. Tylko w tym ostatnim przypadku aborcję można przeprowadzić legalnie w gabinecie prywatnym.

W pierwszym i drugim przypadku do przerwania ciąży uprawnia zaświadczenie wystawione przez lekarza innego niż ten, przeprowadzający zabieg i potwierdzający okoliczności, o której mowa w ustawie. W trzecim kobieta musi posiadać zaświadczenie od prokuratora, potwierdzające prawdopodobieństwo tego, że ciąża jest wynikiem przestępstwa.

Zgodnie z klauzulą sumienia zawartą w ustawie o zawodzie lekarza, ma on prawo odmówić wykonania zabiegu, ale oczywiście tylko wtedy, gdy nie zagraża to bezpośrednio zdrowiu lub życiu kobiety. Musi jednak wskazać pacjentce realny sposób uzyskania dostępu do tego zabiegu.

Teoretycznie można odnieść wrażenie, że ustawa daje dość duże możliwości uwzględnienia woli kobiety, co do kontynuowania ciąży. Zwłaszcza jeśli przyjmie się, że „zdrowie” zgodnie z definicją WHO, to nie tylko brak choroby lub niedomagań, ale także zaznaczanie pełnego dobrostanu w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym.

Niestety doświadczenia Federacji i kobiet, które usiłowały skorzystać z zapisów ustawy wykazują, że tak nie jest. Świadczą o tym również oficjalne dane, dotyczące

przerywania ciąży w latach 1993–1999. Według tych informacji liczba legalnych zabiegów systematycznie spada. W 1993 r., gdy zaczęła obowiązywać restrykcyjna ustawa antyaborcyjna, wynosiła 1240, rok później już 874, a w 1999 r. tylko 151 przypadków (1995 r. – 570, 1996 – 505, 1998 – 310). Na pewno tendencji tej nie można tłumaczyć poprawą stanu zdrowia kobiet ani zmniejszeniem się liczby przypadków przemocy seksualnej wobec kobiet. Świadczy ona raczej o poważnych barierach stawianych przed kobietami uprawnionymi do zabiegu.

Podane przeze mnie informacje dotyczące zapisów ustawy pozwalają dostrzec, że sytuacja kobiet, które chciałyby przerwać ciążę, ostatecznie zależy od decyzji lekarzy. W każdym bowiem przypadku kobieta, której uda się zdobyć odpowiednie zaświadczenia, musi znaleźć szpital, który podejmie się przeprowadzenia zabiegu. Teoretycznie, wtedy, gdy ciąża jest wynikiem gwałtu, kobieta może skorzystać ze tego świadczenia w gabinecie prywatnym. W praktyce jednak może to być równoznaczne z koniecznością poniesienia kosztów równych cenie nielegalnego zabiegu nie tylko dlatego, że lekarze przeważnie nie znają zapisów ustawy, ale również z powodu brak jednoznacznego stanowiska Kas Chorych w sprawie ewentualnej refundacji kosztów.

Z naszych doświadczeń i badań opisanych w raporcie Federacji² wynika, że kobiety są praktycznie pozbawione możliwości dotarcia do placówek opieki zdrowotnej, która podjęłaby się przeprowadzenia zabiegu. Nie ma żadnego systemu informacji ani żadnego punktu, w którym można byłoby uzyskać dane na temat szpitali przeprowadzających aborcje w dopuszczonych ustawą przypadkach. W środowisku medycznym problem aborcji stanowi tabu – od tematu wyraźnie się ucieka. W związku z tym także tu brakuje wiedzy o tym, gdzie można poddać się aborcji.

Alte trudności zaczynają się już wcześniej – wtedy, gdy trzeba uzyskać zaświadczenie uprawniające do przerwania ciąży, a często nawet już wtedy, gdy chodzi o skierowanie na badania prenatalne. Z naszych obserwacji wynika, że badania prenatalne coraz częściej traktuje się nie jak procedury medyczne, lecz jak czynny poprzedzający przerwanie ciąży, a tym samym jako zapowiedź problemów. „Mielismy kiedyś taki przypadek – badania prenatalne wykazały chorobę płodu i kobieta otrzymała pozwolenie na przerwanie ciąży. Szpital miał z tego powodu potem same kłopoty” – powiedziała lekarka do pacjentki, proszącej o skierowanie na badanie prenatalne³.

Federacja wielokrotnie zwracała uwagę na dramatyczną sytuację kobiet, dla których kontynuowanie ciąży stanowi zagrożenie zdrowia lub życia. Zgodnie z ustawą, do przerwania ciąży w takim przypadku uprawnia jedno zaświadczenie wystawione przez lekarza innego niż ten, który przeprowadza zabieg. Rozporządzenie ministra zdrowia uprawnia do wydania zaświadczenia tylko lekarzy specjalistów w tej dziedzinie zdrowia, która obejmuje schorzenie, stanowiące przeciwskazanie do kontynuowania ciąży. Ta regulacja jest poważną barierą w dostępie do legalnej aborcji. Po pierwsze, ogranicza krąg lekarzy, u których kobieta może

² W. Nowicka (red.), *Ustawa antyaborcyjna w Polsce, funkcjonowanie, skutki społeczne, postawy i zachowania – Raport, września 2000.*

³ Na podstawie: *Piekiło kobiet, historie współczesne*, Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, Warszawa, 2001.

* Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny.

¹ „Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży”, Dz.U. 1993, nr 17, poz. 78, z późniejszymi zmianami.

szukać zrozumienia. Po drugie – mimo że często o stanie zdrowia pacjentki decyduje cały szereg schorzeń, zaświadczenie od lekarza ogólnego, który się nią opiekuje, bywa kwestionowane. Bardzo często zły stan zdrowia kobiety łączy się z ciężką sytuacją materialną. W praktyce nierzadko idzie w parze z niedożywieniem, brakiem możliwości wykupienia odpowiednich leków, a tym samym brakiem właściwego leczenia. Kobiety, których nie stać na właściwe odżywianie się, nie są również w stanie skorzystać z usług tzw. podziemia aborcyjnego. Są więc zmuszone do kontynuowania ciąży i urodzenia dziecka.

Powszechnym zjawiskiem jest odmawianie przez lekarzy specjalistów wystawiania zaświadczeń. Istnieją podstawy do szukania przyczyn takich postaw w braku ustalonych kryteriów upoważniających do przerwania ciąży. Z drugiej jednak strony, doświadczenia Federacji upoważniają do stwierdzenia, że taka lista nie rozwiązałaby problemu. Wszystko bowiem wskazuje na to, że rzadne problemy zdrowotne kobiety nie są wystarczająco poważne, by nie kwestionowano jej prawa do przerwania ciąży. Świadczy o tym przykład kobiety w ciąży zakażonej wirusem HIV i posiadającej odpowiednie zaświadczenie. Zgłosiła się ona do Federacji z prośbą o pomoc w znalezieniu szpitala, który wykonałby zabieg. Nasza organizacja wystosowała listy do dwunastu warszawskich i pozawarszawskich szpitali, mających oddziały ginekologiczno-położnicze. Zwróciła się w nich o przyjęcie pacjentki. Pięć szpitali w ogóle zignorowało prośbę Federacji. Część z tych, które odpowiedziały, stwierdziło, że nie mające wolnych miejsc lub oddziałów septycznych. W trzech innych przypadkach domagano się dodatkowych zaświadczeń lub próbowano nas przekonać, że problemem powinien zająć się ktoś inny. Nasuwają się dwa pytanie:

- 1) jeśli HIV/AIDS nie jest powodem na tyle ważnym, by szpitale przestały obawiać się dokonania aborcji, to co nim jest?
- 2) jeśli tak wygląda reakcja na interwencje organizacji pozarządowej, to na co muszą być przygotowane kobiety nie mające żadnego wsparcia?

Chciałabym posłużyć się jeszcze jednym przykładem ilustrującym inne niebezpieczne zjawisko. Do Federacji zgłosiła się młoda kobieta w ciąży z bardzo wysoką krótkowzrocznością (–24 dioptrie) i dużymi zmianami siatkówki oka. Kilku lekarzy okulistów odmówiło potwierdzenia na piśmie, że kontynuowanie ciąży zagraża jej oczom. Jedynym dokumentem, jaki udało jej się uzyskać, było zaświadczenie od lekarki internistki, która zaświadczyła, że ciąża może być niebezpieczna dla wzroku pacjentki, a także dla jej życia – byłoby to bowiem już trzecie cesarskie cięcie. Lekarka, która знаła pacjentkę, wiedziała także o jej innych problemach zdrowotnych – np. o anemii i niewyjaśnionych problemach neurologicznych. Lekarz w szpitalu, który przyjął kobietę, zakwestionował jej zaświadczenie i – nie przeprowadzając żadnych badań – opatrzył pieczętkami i komentarzem opinię, że nie widzi podstaw do przerwania ciąży⁴. Ten fakt, podobnie jak i wcześniejsze postawy wszystkich okulistów, do których zwracała się pacjentka, wyraźnie dowodzą, że dokonano się pewne przewartościowanie w rozumieniu zapisów ustawy. Mówi ona, że ciążę można przerwać, gdy „**istnieje zagrożenie dla zdrowia lub życia**”, a więc wtedy,

⁴ Pacjentka urodziła dziecko przez cesarskie cięcie. Obecnie traci wzrok. Nie może opiekować się dziećmi. Ze względu na stan oczu i uczulenie nie może stosować antykoncepcji. W warszawskim szpitalu, w którym rodziła, odmówiono jej podwiązania jajowodów.

gdy istnieje ryzyko, że pacjentka **może, choć nie musi** doznać szkody, kontynuując ciążę. Tymczasem lekarze oczekują pewności, że tak się stanie, zarówno przy wystawianiu zaświadczenia, jak i podczas przyjmowania do szpitala. Takiej pewności nie będzie nigdy. W praktyce kobieta nie ma więc szansy skorzystania z ustawowych zapisów. **Nasuwa się oczywisty wniosek: kobieta w ciąży traci podmiotowość – nie może decydować o swoim zdrowiu i życiu. Jest całkowicie zależna od władzy lekarzy.**

Powstaje pytanie o przyczyny takich postaw ze strony lekarzy. Z naszych badań i doświadczeń wynika, że istotnym powodem jest nieznajomość obowiązującego prawa. Większość lekarzy nie ma pewności, co do zapisów ustawy. Nie wiedzą również, jak należy je interpretować. Nie otrzymują w tym żadnego wsparcia od władz, którym ten stan rzeczy wydaje się być na rękę. Władze służby zdrowia oraz Izby Lekarskie nie próbują nawet upowszechniać wiedzy na temat ustawy. Co więcej, sam konsultant krajowy ds. ginekologii i położnictwa (powołany przez Ministerstwo) wprowadzał w błąd dyrektorów i ordynatorów szpitali, powołując się na nie istniejący już przepis. Lęk przed kłopotami i konfliktem z prawem powoduje, że lekarze i kierownicy placówek mnożą procedury i próbują oddalić od siebie problem. Nie bez znaczenia są tu także naciski ze strony Kościoła katolickiego. Warto przytoczyć przykład prof. Wacława Deca, który otwarcie wypowiadał się za prawem kobiety do legalnej aborcji, mimo iż sam zabiegów nie wykonywał. Gdy zginął tragicznie, hierarchia kościelna odmówiła mu katolickiego pogrzebu. Inny tragiczny przykład nacisku Kościoła dotyczy historii kobiety, u której – podczas ósmej już ciąży – stwierdzono nowotwór mózgu. Wydaną wcześniej „zgódę” na zabieg cofnięto pod presją kapłana szpitalnego. Mimo że prokuratura wszczęła dochodzenie w sprawie naruszenia tajemnicy lekarskiej (jak kapłan wszedł w jej posiadanie?), lekarze nie zmienili stanowiska. W takiej sytuacji pacjentka nie wyraziła zgody na operację i zmarła niedługo po urodzeniu ósmego dziecka.



Krzysztof Kaźmierczak*

Konsekwencje ustawy GKV-2000. Uwagi porównawcze w stosunku do polskiej reformy

Ustawa GKV 2000 (Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000) jest kolejnym krokiem w ramach reformy systemu opieki zdrowotnej w Republice Federalnej Niemiec. Jej głównym zadaniem jest zahamowanie wzrostu wydatków w służbie zdrowia. O redukcji tych wydatków w Niemczech nikt nie marzy.

Reforma ma długą tradycję: od ponad 10 lat jest ona stałym elementem niemieckiego systemu opieki zdrowotnej. W ciągu tego okresu Bundestag ustanowił wiele ustaw, a rząd wydał wiele zarządzeń, mających bezpośredni wpływ na służbę zdrowia. Najważniejsze z nich to:

- Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1993,
- Pflegepersonalreglung (PPR) 1993,
- Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) 1994,
- (Neue) Bundespflegesatzverordnung (BpflV) 1995,
- I-V Änderungsverordnung zu der BpflV 1995–1998,
- Krankenhaus-Stabilisierungsgesetz (KSG) 1996,
- Beitragsentlastungsgesetz (BeitrEntG) 1996,
- I oraz II Neuordnungsgesetz 1997,
- Vorschaltgesetz (GKV-SolG) 1999,
- GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000.

Jak więc widać, niemiecką służbę zdrowia cechują ciągłe zmiany sytuacji prawnej.

Jakie są przyczyny wprowadzenia ustawy GKV-2000? Jest ich wiele, ale najważniejszą z nich jest potrzeba zmian strukturalnych w niemieckiej służbie zdrowia. W Niemczech systemy opieki ambulatoryjnej oraz szpitalnej odgradzone są od siebie licznymi barierami prawnymi. W konsekwencji sektory te konkurują ze sobą, zamiast kooperować.

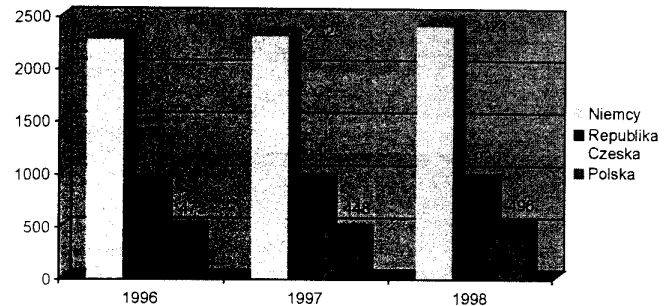
Drugą ważną przyczyną jest stabilizacja wysokości składek ubezpieczeniowych. Ten cel to jeden z dogmatów niemieckiej polityki socjalnej. Jak wiadomo, wysokość składek ubezpieczeniowych wpływa bezpośrednio na koszty pracy. Wzrost kosztów pracy powoduje wzrost kosztów produkcji, a to z kolei prowadzi długofalowo do wzrostu bezrobocia. Im więcej bezrobotnych, tym mniej pracowników płacących składki ubezpieczeniowe.

Wydatki na opiekę zdrowotną są w Niemczech gigantyczne. W 1998 r. Niemcy wydały na ten cel 10,6% (rysunek 1) swojego produktu narodowego, co odpowiada

około 400 mld marek. Wydatki w Polsce i Republice Czeskiej były procentowo i nominalnie o wiele niższe. OECD opublikowała wydatki nominalne na głowę mieszkańca. Jak widać na rysunku 2, Niemcy wydały w 1998 r. na głowę mieszkańca 2424 USD; w Polsce suma ta wynosiła 496 USD.

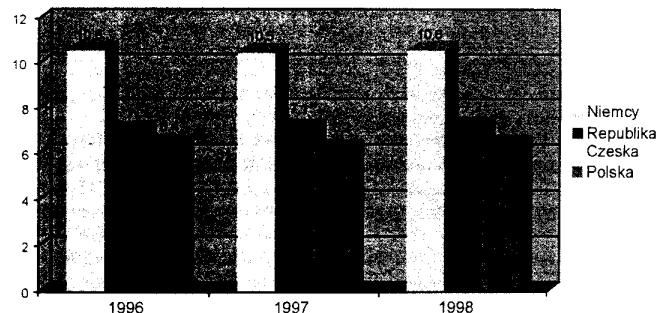
Jeżeli chodzi o strukturę wydatków, to zdecydowanie największą ilość środków (43%) pochłaniają szpitale (rysunek 3). Koszty te są zdecydowanie za wysokie.

OECD Health Data 2000



Rysunek 1. Wydatki na zdrowie w procentach od dochodu narodowego

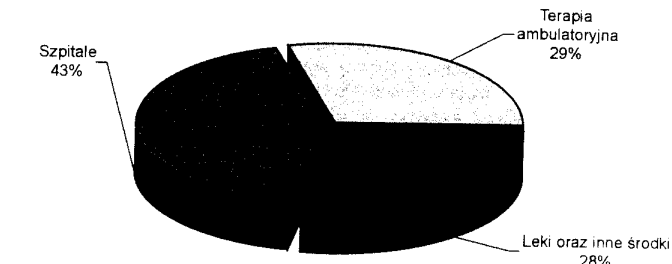
OECD Health Data 2000



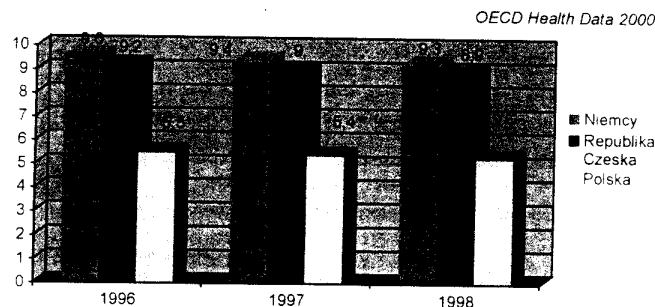
Rysunek 2. Wydatki na ochronę zdrowia na głowę mieszkańca (USD)

Są dwie główne przyczyny tego stanu. Po pierwsze w Niemczech jest za dużo szpitali. Jak widać na rysunku 4, w Niemczech na 1000 mieszkańców przypada około 9 łóżek. W porównaniu z innymi krajami, liczba ta jest za wysoka. Drugą przyczyną jest przestarzały system finansowania usług szpitalnych. Polega on na opłacaniu stawki dziennej, przy czym jej wysokość uzależniona jest od oddziału, na jakim

* Krankenhausbetriebswirt (VKD), Medizin-Controlling, Klinika we Frankfurcie nad Odrą.



Rysunek 3. Struktura wydatków na leczenie w Niemczech



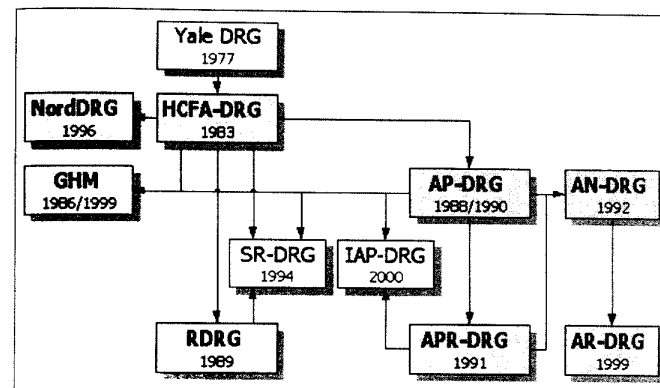
Rysunek 4. Liczba łóżek szpitalnych na 1000 osób w populacji

pacjent przebywa. W konsekwencji, szpitale zainteresowane są maksymalnym wydłużeniem pobytu pacjenta, co z kolei prowadzi do wzrostu kosztów.

Ustawa GKV-2000 radykalnie zmienia warunki finansowania usług szpitalnych. Na mocy tej ustawy zostanie w 2003 r. wprowadzony w życie nowy, zryczałtowany system opłat szpitalnych (GR-DRG). System ten będzie się wzorował na australijskim systemie AR-DRG 4.1 i obejmie wszystkie specjalności medyczne, z wyjątkiem psychiatrii. System ten ma uwzględniać wszystkie schorzenia oraz powikłania pacjenta, a stopień zróżnicowania ma pozwalać na jego praktyczne stosowanie jako systemu odpłatności.

System DRG (*Diagnosis Related Groups*) został opracowany w Yale (USA) w 1977 r. Firma 3M udoskonaliła go i rozpowszechniła na świecie (rysunek 5). Australijska wersja AR-DRG 4.1 jest wysoko rozwiniętą odmianą systemu DRG.

Na podstawie głównej diagnozy każdy pacjent zostaje przyporządkowany do jednej z 23 grup głównych (rysunek 6). Następnym kryterium są procedury medyczne, jakie przeprowadzono w czasie terapii. To one decydują o tym, do jakiej partycji pacjent zostanie przyporządkowany. Wykorzystując dodatkowe dane, takie jak: diagnozy uboczne, komplikacje, wiek pacjenta, itd., zostaje oznaczona końcowa grupa DRG. Grup tych jest w australijskim systemie ponad 800.



Rysunek 5. Historia systemu DRG (ZIM)

Jakie efekty przyniesie wprowadzenie systemu DRG? Po pierwsze możliwość obiektywnej oceny usług szpitali, co w konsekwencji ułatwi prowadzenie rokowań budżetowych. Zryczałtowany system opłat będzie również motywował szpitale do skrócenia okresu pobytu pacjenta w szpitalu oraz rozwijania nowych form zaopatrzenia. Spowoduje to długofalowo redukcję liczby łóżek w szpitalach o około 20% w porównaniu ze stanem dzisiejszym.

Jak już wspominałem, celem ustawy GKV-2000 są zmiany strukturalne w niemieckim systemie opieki zdrowotnej. Chodzi konkretnie o rozbudowę kooperacji pomiędzy sektorem ambulatoryjnym i szpitalami (rysunek 7).

Na mocy ustawy Kasy Chorych mogą podpisywać umowy, w celu tworzenia tzw. zintegrowanych systemów zaopatrzenia. Placówki, które podpiszą taką umowę, muszą się zobowiązać do świadczenia usług o następujących kryteriach:

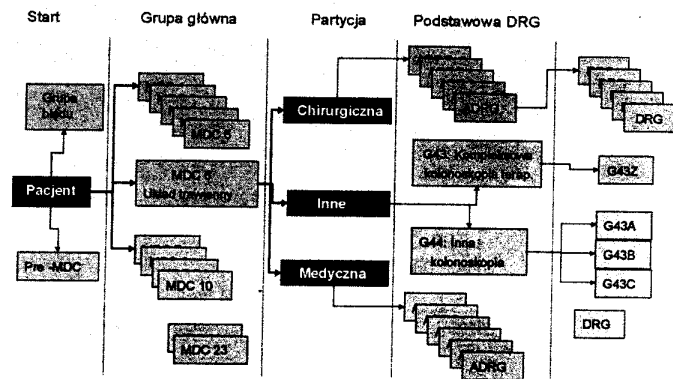
- kontrolowanej jakości,
- skutecznym działaniu,
- koniecznym zakresie,
- w ekonomiczny (oszczędny) sposób.

Na mocy takiej umowy szpitale mogłyby zaopatrywać pacjentów ambulatoryjnych, co dziś jest możliwe w bardzo ograniczonym zakresie.

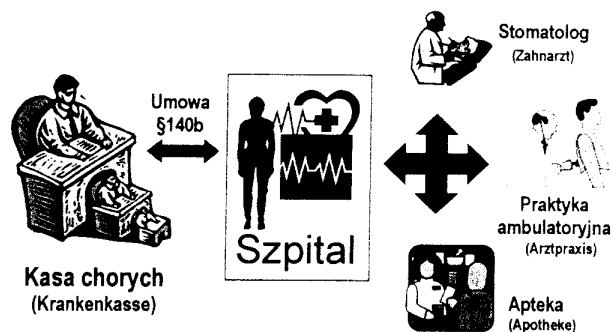
Partnerami w zintegrowanym systemie zaopatrzenia mogą być nie tylko szpital, ale każda medyczna placówka usługowa, na przykład apteka lub praktyka stomatologiczna.

Zintegrowany system zaopatrzenia ma umożliwić ciągłość zaopatrzenia chorych.

Dla szpitali oznacza to możliwość pionowej ekspansji! Konieczne są jednak inwestycje i zmiany organizacyjne.



Rysunek 6. Algorytm systemu AR-DRG 4.1



Rysunek 7. Zintegrowany system zaopatrzenia w ramach kooperacji sektora ambulatoryjnego ze szpitalami

Ustawa GKV-200 wzmacnia również pozycję lekarza rodzinnego. W nowym systemie ma on przejąć stopniowo rolę koordynatora. W tym celu może zbierać i przechowywać dane osobowe swoich pacjentów oraz wymagać wydania informacji lub wyników od innych placówek.

Jak więc widać, niemiecki system opieki zdrowotnej będzie w następnych latach intensywnie przebudowywany. Nowe zmiany strukturalne mają doprowadzić do osiągnięcia starego, ale nadal aktualnego celu: stabilnego poziomu składek ubezpieczeniowych.

Ute Winkler*

Reforma służby zdrowia w Niemczech

1. Charakterystyka służby zdrowia w Niemczech

Niemiecka służba zdrowia uważana jest za jedną z najlepszych w świecie, a mimo to wymaga reform i udoskonaleń, aby również w przyszłości utrzymać swą rangę. Służba zdrowia działa na podstawie solidarnego ubezpieczenia zdrowotnego (GKV – ustawowe ubezpieczenie zdrowotne), które gwarantuje każdemu ubezpieczonemu to, co pod względem medycznym konieczne jest dla diagnostyki i terapii, profilaktyki i rehabilitacji. Ważną cechą charakterystyczną jest solidarne finansowanie, które bez względu na indywidualnie opłacane składki, gwarantuje każdemu na wypadek choroby opiekę medyczną. Solidarność zachodzi między zdrowymi i chorymi, bogatymi i biednymi, osobami samotnymi i posiadającymi rodzinę. Ubezpieczeniem GKV objętych jest 90% ludności. 70 mln mężczyzn, kobiet i dzieci pokłada w nim zaufanie.

Ustawowe ubezpieczenie zdrowotne dysponuje rocznie środkami finansowymi w wysokości ponad 260 mld DM, które w powiązaniu z kwotą zarobków wpłacane są na zasadzie parytetu zarówno przez pracowników, jak i pracodawców. Obecnie duży nacisk położono na kwestię wymiaru składek. Zasoby finansowe będące w dyspozycji, okazały się niewystarczające. Potrzeby placówek świadczących usługi medyczne: lekarzy oraz szpitali i innych, są duże. Chodzi zatem o sprawiedliwy podział szczupłych środków tak, aby uniknąć zmniejszenia świadczeń dla ubezpieczonych. Jednocześnie należy zlikwidować błędy oraz wyrównać istniejący w systemie czasem zbyt niski, a czasem nadmierny zakres niektórych form opieki zdrowotnej, wykorzystać efekty synergii, znieść podział na odrębne sektory w przypadku lecznictwa ambulatoryjnego i szpitalnego, a także wzmocnić działania profilaktyczne oraz promujące zachowanie zdrowia.

2. Reforma ustawowych ubezpieczeń zdrowotnych 2000

Celem, jaki przyświecał nowemu rządowi Republiki Federalnej Niemiec, sprawanemu przez czerwono-zieloną koalicję, przy uchwalaniu reformy ustawowych ubezpieczeń zdrowotnych 2000, która weszła w życie 1.1.2000, była poprawa opieki zdrowotnej, świadczonej w ramach ustawowego ubezpieczenia tak, by

* Federalne Ministerstwo Zdrowia RFN.

jej priorytetem byli pacjenci i osoby ubezpieczone, przy zachowaniu stabilności składek. Możliwe to było m.in. dzięki:

- lepszemu skorelowaniu opieki ambulatoryjnej i stacjonarnej (opieka zintegrowana),
- wzmocnieniu opieki lekarza domowego,
- wprowadzeniu ekwiwalentnego w stosunku do osiąganych wyników wynagrodzenia w szpitalach, przez zastosowanie zryczałtowanego systemu płac,
- zintensyfikowanie działań prozdrowotnych oraz samopomocowych,
- poprawę jakości opieki zdrowotnej,
- rozszerzenie praw pacjentów.

Tym samym wytyczono kierunki działania, umożliwiające stabilność składek pod względem finansowym, zoptymalizowania świadczeń medycznych z tym związanych oraz ich dostępność dla pacjentów. W nadchodzących latach należy systematycznie kontynuować takie postępowanie.

3. Aktualne procesy ustawodawcze

Do końca kadencji parlamentu, upływającej w 2002 r., na uchwalenie czeka jeszcze kilka ustaw, dotyczących pilnych problemów służby zdrowia, wymagających szybkich rozwiązań względnie regulacji prawnych.

Dotyczy to głównie następujących przedsięwzięć legislacyjnych:

3.1. Reforma wyrównania struktury ryzyka

Od 1996 r. wszystkie osoby ubezpieczone w ustawowych Kasach Chorych mają prawo wolnego wyboru Kasy. Dzięki temu powstała konkurencja wśród Kas Chorych, co daje osobom ubezpieczonych większą możliwość wyboru. Planowane tzw. wyrównanie struktury ryzyka między poszczególnymi Kasami Chorych ma na celu wyrównanie historycznie uwarunkowanych różnic w zakresie struktury osób ubezpieczonych. Chodzi o pewnego rodzaju transfer finansowy między Kasami Chorych: z tych, do których zapisała się większa niż przeciętnie liczba osób młodych i zdrowych, do tych, w których liczba zarejestrowanych osób starych i schorowanych, uprawnionych do świadczeń ubezpieczeniowych, przekracza przeciętną liczbę osób zarejestrowanych. Aprobowane ze względów politycznych współzawodnictwo między Kasami Chorych ujawniło wkrótce swe ciemne strony, polegające na tym, że niektóre z nich zaczęły szczególnie intensywnie werbować korzystnych dla siebie członków. Szczególnie Kasy z niskimi stawkami składek (poniżej 12%, przy przeciętnej 13,5%) stały się atrakcyjne dla osób młodych i zdrowych i były przez te kasy werbowane. Spowodowało to, że wystąpiła nierównowaga pacjentów pomiędzy poszczególnymi Kasami Chorych. Kasy, w których zarejestrowanych było nieproporcjonalnie dużo osób starszych i schorowanych częściowo zmusiło to do zwiększenia wysokości składki, a tym samym spowodowało jeszcze bardziej niekorzystną sytuację pod względem konkurencyjności. Dlatego sytuacja ta wymaga reformy, której priorytetem będzie opieka nad osobami chorymi, ze szczególnym uwzględnieniem osób przewlekle chorych, uprawnionych do korzystania ze świadczeń w ramach ubezpieczenia.

Z tego względu od 2002 r. wspierane będą programy celowe typu disease-management i oddzielnie uwzględniane przy wyrównywaniu struktury ryzyka.

Od 2002 r. przez 3 lata obowiązywać będzie w Kasie Chorych najniższa stawka ustalona na 12,5%, by w ten sposób wesprzeć wymienione wyżej programy. Dzięki temu zmniejszy się też rozpiętość składek i Kasy o niskich składkach zmuszone będą czasowo do ponoszenia nakładów solidarnościowych.

W ramach ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego GKV od 2003 r. ma zostać dodatkowo wprowadzony pool ryzyka, celem wyrównania struktury ryzyka. Pool ryzyka zabezpieczy solidarny podział ciężarów finansowych, wynikających z nakładów związanych z kosztownymi świadczeniami dla ubezpieczonych, które w przypadku opieki zdrowotnej np. pacjentów dializowanych bądź chorych na AIDS przekraczają w dużej mierze wartość przeciętną.

Celem długofalowym jest zapewnienie solidarnych uregulowań, dotyczących konkurencyjności, przez wprowadzenie od 2007 r. kryterium śmiertelności uwzględnianego przy wyrównaniu struktury ryzyka.

3.2. Odchodzenie od budżetów przeznaczonych na finansowanie lekarstw

Za czasów poprzedniego rządu federalnego wprowadzono budżety dla poszczególnych działów opieki medycznej, które nowy rząd zatwierdził ze względu na stabilność wymiaru składki. Celem wprowadzenia budżetów na finansowanie leków było spowodowanie przestrzegania przez wszystkich ekonomicznego gospodarowania środkami finansowymi z tytułu ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego zainteresowanych. W rzeczywistości prowadziło to do nieustannych sporów politycznych między środowiskiem lekarskim a Kasami Chorych, prowadzącymi własną politykę. Budżety nie miały sensu, ponadto nie można było obarczać winą lekarzy za przekraczanie uzgodnionego budżetu. W tej sprawie przedłożono projekt nowej regulacji, która bardziej elastycznie uwzględniać ma specyfikę struktury pacjentów każdego gabinetu lekarskiego i medycznej implikacji tej struktury.

Dzięki temu można było uwzględnić ważne żądanie ze strony środowiska lekarskiego, postulujące przejęcie większej odpowiedzialności jednostkowej w warunkach zwiększonego zakresu decyzyjnego.

Postuluje się, by wprowadzony reformą o ustawowych ubezpieczeniach zdrowotnych 2000 r. zryczałtowany system wynagrodzeń w szpitalach był samodzielnie konkretnie kształtowany częściowo przez samorząd (Kasy Chorych, szpitale), a częściowo przez politykę, aby udało się osiągnąć nieodwołnie z tym związaną przejrzystość zasad, efektywność i gwarancję jakości. Już w zeszłym roku samorząd zgodził się na australijskie DRG (*diagnosis related groups*), co wymaga jeszcze usystematyzowania pod kątem politycznym i uchwalenia odnośnych regulacji prawnych. Rozpoczęcie wdrażania planowane jest na początku 2003 r., ale w tym celu konieczne jest nie tylko przetłumaczenie, ale i przeniesienie na grunt realiów Republiki Federalnej Niemiec. Federalne Ministerstwo Zdrowia musi nakreślić ramy polityczne dla ustawy o finansowaniu szpitalnictwa. Konieczne są np. regulacje dotyczące:

- ustalania cen,

- przyszłych pertraktacji między Kasami Chorych a szpitalami,
- zmian strukturalnych opieki medycznej,
- kształtowania zasady stabilizacji wymiaru składek.

4. Konieczność dalszych reform – okrągły stół

W maju 2001 r., minister ds. zdrowia, Ulla Schmidt, powołała okrągły stół, celem prowadzenia obrad nad przyszłością służby zdrowia. Zapewnienie jakości oraz efektywne zarządzanie w służbie zdrowia są celami naczelnymi prowadzonego cyklu rozmów. Dotyczą one m.in.:

- modernizacji systemu zaopatrzenia w leki i środki medyczne,
- przyszłości opieki medycznej w szpitalach,
- strategii rozwoju ponadsektorowej (zintegrowanej) opieki medycznej,
- dalszego podwyższania jakości opieki na podstawie zaewidencjonowanych świadczeń medycznych i pielęgnacyjnych (wytuczne),
- koncepcji dotyczących optymalizacji profilaktyki,
- przyszłości ambulatoryjnej opieki medycznej.

Powysze zagadnienia mają zostać w najbliższych miesiącach opracowane przez odnośne grupy robocze.

Przy okrągłym stole zasiadają przedstawiciele ubezpieczonych i pacjentów, ustawowych Kas Chorych, lekarzy i lekarzy stomatologów, szpitali, przemysłu farmaceutycznego, przemysłu sprzętu medycznego, aptekarzy oraz pracowników służby zdrowia (personelu pielęgniarstwa), związków zawodowych, związku pracodawców oraz przewodniczącego Rady Rzeczoznawców Centralnej Akcji w Służbie Zdrowia oraz przewodniczącej konferencji ministrów służby zdrowia krajów związkowych.

Gremium okrągłego stołu powołano w celu dokonania przeglądu perspektywy w średnio- i długookresowych w niemieckiej służbie zdrowia oraz omówienia ich w gronie wszystkich zainteresowanych, a także, by w drodze dialogu można było wypracować rozwiązania i osiągnąć konsensus.

5. Zdrowie kobiet

Jak dotąd, podobnie jak i w wielu innych krajach, brak jest w Niemczech liczącej się opieki zdrowotnej w odniesieniu do specyficznych schorzeń kobiecych. Znaczenie tego tematu jest przeważnie niedoceniane. Badania naukowe, opieka medyczna i profilaktyka nie uwzględniają w dostatecznym stopniu różnic specyficznych dla płci w sensie *gender mainstreamings*. Jest to tym bardziej zaskakujące, że specyficzna dla płci dyferencjacja w odniesieniu do przyczyn, postaci występowania, charakterystyki oraz zespołu symptomów chorób jest z naukowego punktu widzenia bezsporna. Podwójne obciążenie sprawami rodzinnymi i zawodowymi, brak poczucia własnej wartości u kobiet, a także doświadczanie przemocy wywierają wpływ na zdrowie psychiczne kobiet. Kobiety chorują inaczej niż mężczyźni. Są bardziej wyczerpane na zaburzenia pracy organizmu. U kobiet częściej diagnozowane są zaburzenia psychosomatyczne i funkcjonalne, prawie dwukrotnie więcej kobiet niż

mężczyzn cierpi na depresję. Kobiety przed pięćdziesiątką umierają częściej na zawał serca niż mężczyźni w tym samym wieku. Należy ponownie rozważyć sprawę tradycyjnej definicji zdrowia i przyczyn powstawania chorób oraz ich przebiegu z punktu widzenia specyfiki organizmu kobiety.

Celem szerszego uwzględnienia w polityce zdrowotnej kompleksowych aspektów specyficznych dla płci żeńskiej, w Federalnym Ministerstwie Zdrowia złożony został referat „Kobiety i ich zdrowie”. Jego założeniem było m.in.:

- szczegółowe opracowanie dotyczące uwzględnienia *gender streamings* w opiece zdrowotnej i badaniach naukowych,
- spowodowanie zwiększenia udziału kobiet ekspertów w gremiach doradczych i decyzyjnych w sprawach dotyczących opieki zdrowotnej oraz badań naukowych,
- uwzględnienie specyficznych potrzeb rozmaitych grup kobiet (kobiet w starszym wieku, upośledzonych i innych),
- większe wspieranie krajowych i międzynarodowych kontaktów inicjatyw badawczych w tej dziedzinie.

Opublikowana ekspertyza opracowana na zlecenie Ministerstwa ds. Rodziny, Seniorów, Kobiet i Młodzieży nosi tytuł: „Badania sytuacji zdrowotnej kobiet w Niemczech”. Zebrano dane z uwzględnieniem różnic, dotyczących rozwoju Niemiec Zachodnich i Wschodnich. Ponad 700-stronicowy raport jest pierwszym obszernym studium naukowym na temat całych Niemiec, w którym podjęto kwestię statusu zdrowotnego kobiet, trybu życia w aspekcie zdrowotności (alkohol, palenie, nadużywanie leków), przemocy ze strony osoby odmiennej płci, stanu zdrowia w kontekście zdolności rozrodczych (planowanie rodziny, antykoncepcja, poród, zaburzenia płodności), korelacji między pracą a zdrowiem (wydajność pracy zawodowej, podwójne obciążenie, bezrobocie kobiet), aspektów wspierania zdrowotności i opieki zdrowotnej kobiet.

6. Zakończenie

System solidarnościowego ubezpieczenia zdrowotnego można kontynuować pod warunkiem stałego dopasowywania go do zmieniających się ramowych warunków społecznych. Moim zdaniem, naczelnym zadaniem w odniesieniu do ustawowych ubezpieczeń w Republice Federalnej Niemiec jest w przyszłości przede wszystkim dokonanie przekształceń:

- Ze względu na zmieniającą się sytuację życiową zachodzi konieczność nowego zdefiniowania solidarności i sprawiedliwości społecznej. Jest już nie do przyjęcia wyłączone zorientowanie ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego na przychody z pracy zawodowej, uwarunkowane spadającym udziałem kwoty zarobków w dochodach ludności ogółem.
- Potrzeby osób ubezpieczonych i pacjentów zmieniają się w coraz większym stopniu z uwagi na trend do indywidualizacji. Dlatego też oferta ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego musi być bardziej elastyczna. Nie chodzi tu o tzw. świadczona wybrane bądź opiekę podstawową, z możliwością indywidualnie wybieranej kombinacji ubezpieczeń dodatkowych, ale o możliwość wyboru form opieki.

- Obecnie opieka zdrowotna zorientowana jest w dużym stopniu na przypadki chorobowe. Potrzebna jest tu zmiana perspektywy, umożliwiającą przeniesienie punktu ciężkości na cele zachowania zdrowia. Z tym wiąże się zwiększenie wysiłków wspierania zdrowotności, profilaktyki i indywidualnych postaw prozdrowotnych.

tłum. Teresa Chruszczewska

Jan Vomlela*

Reforma służby zdrowia w Republice Czeskiej

Celem poniższego tekstu jest przedstawienie zasadniczego kroku reformy czeskiej służby zdrowia, którym jest wprowadzenie systemu publicznych ubezpieczeń zdrowotnych, próba oceny jego dotychczasowych wyników i braków oraz zarysowanie problemów, stojących przed nami w związku ze staraniami o wejście do Unii Europejskiej.

Najważniejszym elementem reformy czeskiej służby zdrowia było wprowadzenie systemu publicznego ubezpieczenia zdrowotnego, który wszedł w życie w roku 1993. Jest on narzędziem służącym do opłacania kosztów opieki medycznej osób objętych ubezpieczeniem. System opiera się na zasadach solidarności zdrowych z chorymi i bogatych z biednymi.

Prawo określa ubezpieczenie zdrowotne jako obowiązkowe, przy czym każdy z ubezpieczonych jest ubezpieczony indywidualnie. Dotyczy to:

- osób posiadających zezwolenie na stały pobyt na terenie Republiki Czeskiej,
- osób bez pozwolenia na pobyt stały na terenie Republiki Czeskiej, pracujących u pracodawcy, mającego siedzibę na terenie Republiki Czeskiej.

Płatnikami składek publicznego ubezpieczenia chorobowego są:

- ubezpieczeni,
- pracodawcy,
- państwo.

Osoba ubezpieczona jest płatnikiem składek ubezpieczenia, gdy:

- jest pracownikiem na etacie objętym ubezpieczeniem chorobowym, lub
- jest osobą prowadzącą własną działalność gospodarczą (przedsiębiorcą), lub
- ma stały pobyt na terytorium Republiki Czeskiej, nie należy do wyżej wymienionych grup, a składek ubezpieczeniowych nie płaci za nią państwo.

Pracodawca jest płatnikiem składek ubezpieczeniowych za swoich pracowników.

Państwo jest płatnikiem składek ubezpieczeniowych z budżetu państwa przede wszystkim za:

- dzieci,
- osoby otrzymujące emeryturę,
- kobiety na urlopach wychowawczych,

* Revírní bratrská pokladna, Sleská Ostrava.

- poszukujących pracy,
- osoby pobierające pomoc socjalną,
- osoby odbywające zasadniczą służbę wojskową lub służbę zastępczą,
- osoby w areszcie śledczym lub odbywające karę więzienia,
- osoby opiekujące się jednym dzieckiem poniżej 7 roku życia lub dwójgim dzieci do 15 roku życia.

Wysokość składek, kar oraz sposób ich płacenia określa specjalna ustawa.

- Składek pracownika w wysokości 13,5% jego pborów płaci z jednej trzeciej pracownik, a z dwu trzecich pracodawca.
- Wysokość składek osób prowadzących działalność gospodarczą jest określana na podstawie ich dochodów koregowanych w związku z zeznaniem podatkowym.
- Składka osób bez dochodów podlegających opodatkowaniu wynosi obecnie 675 koron miesięcznie.
- Wysokość składki za osobę ubezpieczoną, którą płaci państwo, wynosi aktualnie 392 korony miesięcznie.
- Kara za niepłacenie w terminie wynosi 1 promil zalegającej kwoty za każdy dzień zaległości.

Wobec kategorii osób ubezpieczonych, za które składki płaci państwo, dochodzi do redystrybucji składek, składających się ze składki opłacanej przez państwo i 60% składek pobranych przez Kasy Chorych. Kasy Chorych mają prawo do jednej części udziału tej sumy w wypadku osób poniżej 60 roku życia, a do trzech udziałów w wypadku osób powyżej 60 roku życia.

Płatnicy są zobowiązani regularnie płacić składki odpowiedniej Kasie Chorych oraz informować w terminie ośmiodniowym o faktach mających wpływ na ten obowiązek.

Prawa i obowiązki osób ubezpieczonych:

Osoba ubezpieczona ma prawo:

- wyboru Kasy Chorych; wybór można zmienić raz na 12 miesięcy, zawsze w pierwszym dniu kwartału; noworodki są ubezpieczone w Kasie, w której ubezpieczona jest ich matka,
- wyboru lekarza i placówki medycznej, mających umowę z daną Kasą Chorych; prawo to można egzekwować raz na trzy miesiące,
- do opieki medycznej i leków, bez konieczności ich bezpośredniej zapłaty, o ile zakres i warunki tej opieki nie przekroczą ustawowo określonych warunków,
- do udziału w kontroli świadczonej opieki lekarskiej, w czym powinny mu pomagać Kasa Chorych, państwowa administracja służby zdrowia i Izba Lekarska.

Osoba ubezpieczona ma obowiązek:

- zawiadamiania w terminie ośmiodniowym o zaistnieniu tych faktów, które wpływają na przebieg jej ubezpieczenia,
- płacenia odpowiednich składek ubezpieczeniowych Kasie Chorych, o ile obowiązek ten dotyczy tej osoby,
- przestrzegania zaleceń lekarskich.

Z ubezpieczenia zdrowia pokrywane są koszty świadczeń medycznych osobie ubezpieczonej, w celu zachowania lub poprawy stanu jej zdrowia.

Wymienić tu należy:

- opiekę zdrowotną otwartą i zamkniętą,
- pomoc doraźną (pogotowie),
- prewencję zdrowotną,
- podawanie leków, środków medycznych i stomatologicznych,
- lecznictwo uzdrowiskowe, łącznie z sanatoriami i prewentoriami dziecięcymi,
- zakładową opiekę prewencyjną,
- transport chorych i pokrywanie kosztów transportu,
- orzecznictwo,
- ogledziny zmarłego i sekcję zwłok, łącznie z transportem.

Ze składek ubezpieczeniowych pokrywana jest opieka zdrowotna świadczona na terytorium Republiki Czeskiej oraz koszty koniecznej i nie cierpiącej zwłoki opieki poniesione przez ubezpieczonego za granicą do wysokości odpowiadającej cenie tej opieki na terytorium czeskim.

Koszty opieki zdrowotnej są pokrywane na podstawie kontraktów, które zawierają Kasy Chorych z placówkami służby zdrowia, w celu zapewnienia opieki medycznej dla ubezpieczonych u siebie osób i ustalenia warunków pokrywania kosztów tej opieki.

Wysokość kwot odpowiadających pokryciu kosztów poszczególnych zabiegów jest publikowana w Spisie Zabiegów Lekarskich, zawierających wycenę zabiegów w punktach określoną przez Ministerstwo Zdrowia. Każdemu zabiegowi odpowiada pewna liczba punktów, w zależności od poziomu skomplikowania zabiegu i zapotrzebowania na materiał medyczny.

Wartość punktu, ewentualnie inne ustalenia dotyczące cen opieki medycznej, ustalane są między Kasami Chorych a stowarzyszeniami świadczącymi usługi opieki medycznej. Z powodów praktycznych ustalenia cen podzielone są na następujące działy opieki lekarskiej:

- opieka lekarzy pierwszego kontaktu,
- opieka specjalistyczna,
- opieka stomatologiczna,
- opieka szpitalna,
- transport medyczny,
- fizjoterapia,
- zabiegi laboratoryjne i radiodiagnostyczne,
- opieka sanatoryjna,
- Home Care (opieka nad pacjentem w domu; medycyna środowiskowa).

Wyniki rozmów w poszczególnych działach są przekazywane Ministerstwu Zdrowia, które w wypadku zgodności stron stwierdza zgodność treści z interesem ogółu, a w wypadku niezgodności określa wysokość składek i tryb ich płacenia. Wynik jest publikowany w formie przepisu prawa i jest zobowiązujący. W ten sposób są określane ceny opieki zdrowotnej na okres półrocz.

Koszty opieki zdrowotnej, świadczone osobie ubezpieczonej przez placówki służby zdrowia, które nie mają kontraktu z daną Kasą Chorych, są pokrywane tylko do wysokości pomocy koniecznej i nie cierpiącej zwłoki.

Ubezpieczenia zdrowia świadczą Kasy Chorych, a mianowicie:

- Ogólna Kasa Chorych Republiki Czeskiej oraz
- branżowe Kasy Chorych.

Ogólna Kasa Chorych została powołana do życia przez odrębną ustawę, założycielem pozostałych jest Ministerstwo Zdrowia.

Aktualnie Ogólna Kasa Chorych ubezpiecza 70% mieszkańców Republiki Czeskiej.

Struktura organizacyjna, pozycja zarządu, rady nadzorczej i inne władze branżowej Kasy Chorych są regulowane zasadami statutu, zatwierdzonego przez Ministerstwo Zdrowia.

Samorządną władzę Kasy Chorych tworzy zarząd i rada nadzorcza. W ich skład wchodzi przedstawiciele osób ubezpieczonych, pracodawców i państwa – każdy z jedną trzecią części głosów.

Zasadniczymi dokumentami prowadzenia działalności gospodarczej Kas Chorych są plan ubezpieczenia zdrowia na kolejny rok i sprawozdanie roczne za miniony rok kalendarzowy, łącznie z zamknięciem bilansu i sprawozdaniem audytora.

Plan ubezpieczenia zdrowia, sprawozdanie roczne i zamknięcie bilansu branżowych Kas Chorych zatwierdza rząd, w wypadku ogólnej Kasy Chorych – parlament.

Kasa Chorych dysponuje własnym mieniem i mieniem powierzonym, posługuje się własnym systemem księgowości i systemem informacyjnym, które powinny być zgodne z państwową ewidencją statystyczną i spełniać wymogi wiarygodności.

W Republice Czeskiej działa obecnie 8 branżowych Kas Chorych, przy czym 4 z nich mają zakres ogólnokrajowy, pozostałe mają charakter regionalny.

Z oceny minionych ośmiu lat istnienia systemu wynika, że:

- przepływy finansowe w służbie zdrowia są za pośrednictwem systemu publicznego ubezpieczenia zdrowia odpowiednio administrowane,
- stan zdrowia mieszkańców wyraźnie się poprawił, o czym świadczy znaczący wzrost przewidywanego średniego wieku zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn,
- obywatelom służą dziś o wiele lepiej wyposażone placówki służby zdrowia, poszerzył się wybór leków i środków medycznych, dawniej dla ogółu niedostępnych,
- poprawiły się warunki świadczenia usług służby zdrowia.

Z drugiej strony system przeszedł przez cały szereg niedomagań, które nie pozostały bez konsekwencji:

- W pierwszym okresie działania systemu publicznego ubezpieczenia zdrowia brakowało mechanizmu kontrolnego, co spowodowało szybkie pogłębianie się dysproporcji między jego przychodami a wydatkami. Nie zawsze racjonalne posunięcia władz podczas szukania przyczyn tego stanu doprowadziły do ograniczenia konkurencyjności i zaniku dwóch trzecich z łącznej liczby Kas Chorych.
- System powinien w centrum uwagi stawiać ubezpieczonego obywatela, bezpośrednio lub pośrednio finansującego jego działanie. W rzeczywistości preferowano interesy instytucji świadczących lub największej Kasy Chorych.
- W warunkach konkurencyjności nie jest korzystne, gdy jedna z konkurencyjnych Kas Chorych panuje nad więcej niż 50% rynku. Władza jest w tej sytuacji

zmuszona tolerować i kompensować braki w jej gospodarowaniu, ponieważ determinuje ona działanie całego systemu. Taki podmiot nie jest w rzeczywistości zainteresowany poprawą złej sytuacji gospodarczej, którą spowodował.

- Niefortunne było też radykalne obniżenie limitu kosztów ogólnych Kas Chorych, który wynosi 4% wysokości składek po ich redystrybucji, bez dokładnej analizy skutków, co okazało się wpływać ujemnie na produktywność i ograniczyło zdolność Kas Chorych do kontrolowania płatnika ubezpieczenia i wykazywanych świadczeń przez świadczących usługi zdrowotne.

Pomimo tego system jest dostatecznie sprawny i potrzebuje wyłącznie drobnych reform dostosowujących go do wymogów rozwoju społeczno-politycznego i naukowo-technicznego oraz dotychczasowych doświadczeń. Jest przy tym konieczne, aby proponowane zmiany poprzedzała zawsze analiza ich skutków, tak aby równowaga systemu została zachowana, a spekulatywne posunięcia jego podmiotów uniemożliwione.

Reforma powinna wychodzić z następujących przesłanek:

- zachowania solidarnego środowiska,
- motywacji odpowiedzialności i gospodarności,
- maksymalnej skuteczności wykorzystywanych funduszy,
- priorytetu interesów ubezpieczonego obywatela.

W związku z przewidywanym wejściem Republiki Czeskiej do Unii Europejskiej rozwiązywane są liczne kwestie związane z realizacją wymienionego celu.

Dotyczy to zwłaszcza zapewnienia gospodarczej równowagi systemu, w związku z oczekiwanym wzrostem nakładów, wynikającym z wyższych cen w służbie zdrowia w krajach członkowskich Unii. Wysokość wymienionych nakładów można w najbliższej przyszłości zweryfikować na podstawie zastosowania ustaleń umów dwustronnych o wzajemnym pokrywaniu kosztów służby zdrowia, przede wszystkim tych, które są obecnie zawierane z Austrią i Republiką Federalną Niemiec.

Kolejna ważna kwestia to kwestia migrujących pracowników i wynikający z niej wymóg koordynacji odpowiednich aspektów prawa narodowego z prawem Unii, zwłaszcza z Rozporządzeniami Rady EWG nr 1408/71 a 574/72.

Ważne jest także ujednolicenie pojęć, dotyczących zwłaszcza osobistego zakresu ubezpieczenia, które w Republice Czeskiej jest uwarunkowane miejscem stałego zamieszkania, i określenia zakresu opieki zdrowotnej, określanej jako konieczna i nie cierpiąca zwłoki.

Ze względu na postępy w poszczególnych dotychczas nie rozwiązanych kwestiach, można stwierdzić, że do dnia wejścia Republiki Czeskiej do Unii Europejskiej problemy te będą pozytywnie rozwiązane.

tłum. Zygmunt Nierada

IV. MOŻLIWOŚCI DZIAŁAŃ

Ruch na rzecz zdrowia kobiet w Niemczech. Retrospektywa historyczna dotycząca sytuacji, której uwarunkowania doprowadziły do powstania Centrów Zdrowia Kobiet

Wszystko zaczęło się od odwagi całej generacji kobiet, które ośmieliły się przełamać kulturowe tabu i przez samodzielnie prowadzone badania waginalne poznać swe ciało, własne organy płciowe. Tym samym zademonstrowały wolę ponownego zdobycia wiedzy o swym organizmie. Zasygnalizowały też roszczenie, by przez tę wiedzę odzyskać władzę stanowienia w kwestiach dotyczących ich własnego ciała, której pozbawione zostały w minionych stuleciach. Samodzielne badanie waginalne stało się tym samym symbolicznym aktem politycznym, podobnie jak hasło „mój brzuch moją własnością” w czasie kampanii prowadzonej w Niemczech na rzecz liberalnego prawa do aborcji.

Na początku oraz w połowie lat siedemdziesiątych, w ramach ruchu studenckiego powstał aktywny ruch na rzecz kobiet, który włączył do ówczesnych dyskusji nowe żądania z zakresu polityki na rzecz kobiet. Na płaszczyźnie polityki zdrowia oznaczało to, że kobiety nie godzą się dalej znosić tego, co daje się streścić w jednym zdaniu, za niemiecką historyczką, Barbarą Duden: „ciało kobiece jest traktowane jako miejsce społeczno-publiczne”, którym dysponować może każdy, za wyjątkiem samych kobiet!

Zakwestionowały one normy upowszechnione w ginekologii, a dotyczące organizmu kobiety i zdemaskowały pokutujący od połowy XIX stulecia mit „chorej kobiety”.

Przykładami tego z przeszłości, a aktualnymi do dziś są:

- patologizacja funkcji kobiecego organizmu i faz życiowych, jak: menstruacja, ciąża, okres przekwitania i wiele innych,
- zredukowanie do funkcji rodzenia,
- dyskusja nad § 218,
- ginekologia jako zmaskulinizowana dziedzina medycyny.

Te normy i reglamentacje były i są lustrzanym odbiciem ogólnospołecznej sytuacji kobiet, co spowodowało, że ruch na rzecz zdrowia kobiet był od początku częścią nowego ruchu feministycznego w Europie i pozostaje w nim do dziś. Temu ruchowi towarzyszyła świadomość, że o zdrowiu czy chorobie kobiety stanowi jej dzień powszedni. Szanse na zdrowie zależą od poziomu w sferze socjalnej, w dziedzinie

* Centrum Zdrowia Kobiet, Norymberga.

oświaty i pracy, życia rodzinnego etc. Dlatego było sprawą oczywistą, że polityka zdrowotna nie ogranicza się jedynie do kwestii profilaktyki, ale jest nierozdzielnie związana z polityką dotyczącą kobiet, polityką społeczną, oświatową, planowaniem urbanistycznym etc.

Początki te wywarły duży wpływ nie tylko na całą generację kobiet, ale i na całe społeczeństwo, co spowodowało, że tzw. tematy kobiece, o których dotyczyła można było mówić tylko ukradkiem, ścisząc głos, przestały stanowić tabu, a funkcje kobiecego organizmu, seksualność oraz orientacja seksualna, ciąża, środki antykoncepcyjne, okres przekwitania i schorzenia kobiecych organów płciowych weszły w krąg zagadnień uwarunkowanych ogólnospołecznie.

Trzy najważniejsze cele ruchu na rzecz zdrowia kobiet obejmowały:

- Odzyskanie odpowiedzialności i suwerenności w kwestiach własnego organizmu dzięki samopomocy. Koncepcja samopomocy w kwestiach zdrowia wychodzi z założenia, że każda kobieta może uzyskać kompetencje, sprawiające, że stanie się „ekspertką” w odniesieniu do własnego organizmu, własnego zdrowia względnie choroby. Zdobywanie tych kompetencji odbywa się w małych grupach, w które łączą się kobiety o podobnych problemach czy schorzeniach, by wymienić między sobą doświadczenia i udzielić wzajemnego wsparcia.
- Stworzenie całościowej koncepcji zdrowia, z uwzględnieniem stosunków społecznych, sytuacji psychicznej jednostki, z wykorzystaniem metod stosowanych w medycynie naturalnej. W przypadku udzielania porad, jak i w przypadku kursów tematycznych, przyczyny danych schorzeń oprócz ich aspektu fizycznego i psychicznego rozpatrywane są w kontekście ogólnospołecznym (kultura, warstwa społeczna, dyskryminacja, przemoc etc.). Włączenie medycyny naturalnej, psychoterapii i wzajemnego wsparcia w proces pomocy zdrowotnej.
- Protest przeciwko patologizacji i medykalizacji typowo kobiecych funkcji organizmu: w wykładach i publicznie głoszonych opiniach krytykowana jest tendencja medycyny akademickiej do uznawania faz życiowych kobiet, jak np. przekwitanie, za chorobę, i z tego powodu poddawanie terapii farmakologicznej wszystkich kobiet po czterdziestce.

1. Jak rozwijały się Centra Zdrowia Kobiet?

Od momentu ich powstania minęło już ponad 25 lat, a sformułowane ongiś cele rozszerzono, wskazując na ich złożoność. W miarę swego rozwoju 20 Centrów Zdrowia Kobiet w Niemczech z grup wzajemnego wsparcia, bazujących na pracy społecznej, stało się profesjonalnymi placówkami doradczymi, dysponującymi wykwalifikowanymi zawodowo kobietami, które służą informacją, udzielają porad psychologicznych, socjalnych i z zakresu medycyny naturalnej, prowadzą wykłady, kursy oraz imprezy tematyczne, dotyczące oświaty zdrowotnej, prewencji, seksualności oraz antykoncepcji dla kobiet i dziewcząt, służące poszerzaniu wiedzy i nieustannemu dokształcaniu oraz wiele innych. Na szczeblu komunalnym stanowią ważne ogniwo uzupełniające pracę służby zdrowia, mają wpływ na kształtowanie polityki dotyczącej zdrowia kobiet. Współpracują też z lekarzami, w tym ze specjalnością w zakresie psychologii, ze szpitalami i innymi placówkami poradnictwa

medycznego oraz placówkami specjalistycznymi dla kobiet, jak np.: Pro Familia, poradnictwo związane z AIDS, bądź telefon zaufania dla kobiet.

Centra Zdrowia Kobiet połączyły się, tworząc Związek z siedzibą w Getyndze, zrzeszający te placówki z całej Republiki Federalnej. Przez ten Związek Centra Zdrowia uzyskiwały reprezentację w fachowych gremiach i grupach roboczych zajmujących się sprawami zdrowia na poziomie krajów związkowych i na poziomie federalnym. Przykładem tego jest: Narodowa Sieć ds. Zdrowia Kobiet z reprezentantkami z dziedziny polityki, badań naukowych i medycyny oraz grupy roboczej o nazwie „Zdrowie Kobiet w Medycynie”, oraz „Psychoterapia a Społeczeństwo”, jak również Federalne Zjednoczenie lekarek ze specjalizacją ginekologiczną, psycho-terapeutek i innych profesjonalistek ze służby zdrowia. Tego typu powiązania sieciowe powodują, że specyficzne koncepcje dotyczące zdrowia kobiet, powstające w Centrach Zdrowia Kobiet, docierają na forum ekspertów Ministerstwa Zdrowia i są uwzględniane w polityce zdrowia.

Centra Zdrowia Kobiet publikują broszury z zakresu zagadnień samopomocy, obejmujące aktualną tematykę dotyczącą zagadnień zdrowia, jak np.: operacja macy, rak piersi lub metody antykoncepcji. Czasopismo *Clio* Zjednoczenia na rzecz Wspierania Zdrowia Kobiet (FFGZ) w Berlinie należy do tych środków przekazu, które regularnie publikują przyczynki Centrów Zdrowia Kobiet z dziedziny polityki zdrowotnej.

2. Dlaczego dziś nadal istnieje potrzeba opieki zdrowotnej z uwzględnieniem specyfiki płci?

2.1. Kobiety są zdrowe inaczej

Dane z gabinetów lekarskich, kursów i placówek oświatowych oraz odnośnych czasopism dla kobiet wskazują, że do dziś kobiety częściej niż mężczyźni korzystają z ofert służących wspieraniu zdrowotności, że to kobiety są nadal odpowiedzialne za opiekę zdrowotną w rodzinie oraz przykładają większą wagę do spraw związanych z własnym zdrowiem i dobrym samopoczuciem. Spośród wszelkich badań diagnostycznych służących wczesnemu wykrywaniu raka, najczęściej wykonywanym badaniem jest badanie służące wczesnemu rozpoznaniu raka macy.

W kursach organizowanych przez instytucje oświatowe i medyczne na tematy związane z zachowaniem zdrowia i podniesieniem zdrowotności 80% uczestników stanowią kobiety, a czasopisma dla kobiet mają przynajmniej jedną rubrykę ze wskazaniami ważnymi dla zdrowia kobiety i jej rodziny. Oznacza to, że kobiety nie tylko są zdrowe inaczej, ale do dziś czuwają nad zdrowiem rodziny.

2.2. Kobiety są chore inaczej

Z pierwszego wiedeńskiego raportu z 1996 r. na temat zdrowotności kobiet (przeprowadzonego przez Instytut Ludwiga Boltza, zajmujący się zagadnieniami psychologii zdrowia kobiety na zlecenie odnośnego wydziału Magistratu dla miasta Wiednia – Służba Zdrowia i Raport o Zdrowotności, Wiedeń 1996) wynika,

że kobietom 2,5 razy częściej niż mężczyznom ordynowane są środki nasenne i uspokajające, u kobiet dwukrotnie częściej diagnozowany jest „syndrom psychosomatyczny” oraz że w porównaniu do mężczyzn zażywają prawie dwukrotnie więcej środków przeciwbólowych lub przeciw migrenie. Natomiast mężczyźni opisują lekarzom i lekarkom głównie niedomogi somatyczne i dlatego częściej diagnoza dla nich jest diagnozą somatyczną wraz ze wskazaniem odnośnego leczenia. Może to np. w przypadku schorzeń krążenia wieńcowego przypisywanych raczej mężczyznom, prowadzić do bardzo późnego, lub czasem nawet zbyt późnego zdiagnozowania ich u kobiet. Kobiety cierpią trzy razy częściej na zaburzenia łaknienia, natomiast mężczyźni dwukrotnie częściej popełniają samobójstwo.

Jednakże, wbrew temu, co się zazwyczaj sądzi, kobiety czynne zawodowo wcale nie przebywają częściej na zwolnieniu lekarskim niż pracujący zawodowo mężczyźni.

Dodatkowym ryzykiem dla zdrowia kobiet jest fizyczna i seksualna przemoc. Dotyczy to zarówno występujących w takim przypadku obrażeń cielesnych o długofalowych skutkach, jak i urazów psychicznych, które mogą negatywnie zaważyć na całym życiu kobiety. Przemoc wobec kobiet, szczególnie przemoc seksualna, przybrała w naszym społeczeństwie takie rozmiary, że należałoby mówić tu raczej o normie, niż o wyjątkach. Z doświadczeń życiowych wynika, że kobiety codziennie doznają aktów przemocy związanych z obrażeniami ciała. Dla wielu kobiet oznacza to uszczerbek na zdrowiu w wyniku doznanych obrażeń wskutek bicia, zgwałcenia itp. Z drugiej strony oznacza to dla kobiet życie w atmosferze permanentnego strachu przed aktami przemocy, co niebawem negatywnie odbija się na samopoczuciu. W ramach przysposobienia do życia w społeczeństwie – socjalizacji, ale również i po osiągnięciu dojrzałości, kobietom wpaja się dostosowanie do życia w określonych strukturach. Akty przemocy stają się tym samym normalnością, a socjalizację kobiet cechuje zatem wychowanie do życia w strachu, bycia ofiarą i dostosowania do patriarchalnych reguł, co sprawia, że kobiety zapadają na choroby somatyczne i psychiczne.

Te schorzenia specyficzne dla płci i charakteru obciążeń, specyficzne dla płci reakcje zdrowotne, formy ich pokonywania, podobnie jak diagnozy i zażywane lekarstwa – to sprawy znane. Są wyrazem i skutkiem ciągle jeszcze występujących nierówności społecznych w odniesieniu do roli przypisywanej danej płci, a nie posiadających udokumentowania z racji samej płci.

W końcu należy też uwzględnić władzę mężczyzn w systemie służby zdrowia. Coraz większe zastosowanie techniki w medycynie dotyczy także kobiet i powoduje nasilenie dotychczasowych tendencji w medycynie do uprzedmiotowienia kobiecego ciała.

W 1988 r. w Adelajdzie na forum WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) po raz pierwszy wymieniono nierówności społeczne jako przyczynę nierówności pod względem zdrowotności. Akcje na rzecz równości szans oraz wspierania zdrowia kobiet zyskały najwyższy priorytet. W ramach tych akcji za model posłużyły sieci stworzone przez kobiety na rzecz wspierania zdrowotności. Wynikiem kolejnej konferencji w 1991 r. w Sundsvall było przyjęcie m.in. za cel: „Do roku 2000 w odniesieniu do stanu zdrowia wszystkich kobiet powinny zarysować się stałe i pozytywne tendencje”.

Tym samym wieloletnie wysiłki ruchu na rzecz zdrowia kobiet – dysponującego powiązaniami na całym świecie – po raz pierwszy znalazły podstawę organizacyjną w międzynarodowych wytycznych WHO.

2.3. Za konkretne płaszczyzny działań można uważać:

- sformułowanie celu dla służby zdrowia obejmującego samostanowienie kobiet w odniesieniu do własnego organizmu, a tym samym i decydowanie o własnym życiu;
 - wzmocnienie na każdym etapie życia (szkoła, dalsze kształcenie etc.) poczucia własnej wartości oraz związane z tymi etapami postrzeganie własnej osoby przez dziewczęta względnie kobiety;
 - stworzenie oferty w zakresie zdrowotności, z uwzględnieniem możliwości lepszego poznania przez kobiety własnego organizmu oraz uzyskanie wiedzy na temat przyczyn powstawania chorób;
 - sformułowanie równorzędności ofert i zniesienie hierarchii w służbie zdrowia, wskazanie alternatyw dla medycyny akademickiej i ich trwałe urzeczywistnienie w praktyce;
 - wspieranie przez państwo specjalnych instytucji działających na rzecz kobiet w zakresie „zdrowia” oraz przeciwko „przemocy”.
- Oznacza to w konsekwencji stworzenie dla kobiet możliwości pomocy adekwatnej do potrzeb oraz jednocześnie możliwie optymalne powiązanie jej z istniejącym systemem opieki.

2.4. Aktualna oferta i działalność Centrów Zdrowia Kobiet to:

- porady dotyczące zdrowia,
- porady w zakresie psychologicznym i społecznym,
- wspieranie zdrowotności przez kursy z zakresu oświaty medycznej oraz wykłady tematyczne np.:
 - * zdrowie piersi,
 - * przyczyny schorzeń ginekologicznych,
 - * ćwiczenia przepony,
 - * wzmacnianie odporności organizmu: związki przyczynowe między warunkami społecznymi a stanem zdrowia,
 - * poznanie ciała przez masaż i in.,
 - * przemoc wobec kobiet oraz jej skutki dla zdrowia,
 - * alternatywne metody zapobiegania ciąży,
 - * seksualność kobiet i dziewcząt.
- publikacje o skutkach dla zdrowia kobiet patologizacji kolejnych faz życia kobiety uznanych w medycynie akademickiej i przyjętych społecznie, jak np. ciąża lub okres przekwitania,
- żądanie zastosowania metodologii specyficznej dla płci w badaniach nad przyczynami schorzeń,
- wspieranie zdrowotności kobiet na szczeblu komunalnym,

- tworzenie powiązań pomiędzy instytucjami, działającymi w dziedzinie zdrowotności kobiet.

Przykład obrazujący różnorodność prac i inicjatyw ośrodków na rzecz zdrowia kobiet:

Od niedawna w trzech miastach w Niemczech opracowano modelowe projekty szeroko zakrojonych przesiewowych badań mammograficznych w celu wczesnego wykrycia raka piersi. Dlatego Kasy Chorych i lekarki prowadzą zmasowaną kampanię, a we wszystkich mediach w całej Republice Federalnej toczy się kontrowersyjna dyskusja na ten temat. Aby przekonać kobiety do sensowności poddawania się badaniom mammograficznym, wykorzystywany jest aspekt „strachu przed rakiem”. Szczególnie dobre wyniki odnotowano w 1999 r. z okazji kampanii przeprowadzonej w październiku – miesiącu walki z rakiem piersi – przez czasopisma *Stern* i *Emma*. Po kampanii wiele kobiet (nie tylko w miastach objętych projektem modelowym) zasięgnęło porad w Centrach Zdrowia Kobiet. Opowiadały o swym strachu przed rakiem piersi, czuły się poddane presji przez swe lekarki i szukały pomocy, przemierzając ścieżki labiryntu diagnozowania raka, jakie przyjęła medycyna akademicka.

Centra Zdrowia Kobiet zajmują w stosunku do tych modelowych projektów przesiewowych badań mammograficznych stanowisko raczej krytyczne. Jak wykazały niektóre z przeprowadzonych studiów tematycznych, sukcesy we wczesnym wykrywaniu raka piersi są wątpliwe. Tym samym uprawnione jest żądanie, by środki przeznaczone na ich finansowanie poświęcić na badanie przyczyn, aby nie tylko wcześniej rozpoznawać raka, ale by mu przede wszystkim zapobiegać.

Żeby reagować adekwatnie do potrzeb kobiet, z jednoczesnym uwzględnieniem tendencji rozwoju polityki zdrowotnej, Centra Zdrowia Kobiet opracowały, względnie opracowują następujące koncepcje:

- indywidualne poradnictwo dla kobiet w zakresie zdrowia oraz raka piersi wraz z postulatem dofinansowywania tego typu poradnictwa ze środków publicznych,
- terapeutyczne wspieranie kobiet, które zachorowały na raka piersi,
- otwarte dla publiczności prelekcje z ekspertkami na temat mammografii i raka piersi,
- publikacje w środkach masowego przekazu, w celu uwrażliwienia opinii społecznej i wyrobienia w społeczeństwie postawy krytycznej wobec zagadnień dotyczących zachorowań na raka,
- kierowanie do instytucji politycznych wniosków o środki finansowe na cele badań etiologicznych,
- osadzanie tematu dotyczącego znaczenia badań piersi w kontekście społecznym,
- stworzenie sieci połączeń placówek zajmujących się tą tematyką.

Oznacza to, że współpracowniczki tych ośrodków opracowują nowe koncepcje poradnictwa, zapraszają referentki na otwarte prelekcje, piszą artykuły do prasy, stwarzają sieć powiązań między komunalnymi placówkami zajmującymi się poradnictwem, uczestniczą w dyskusjach panelowych ekspertów, inicjują zawiązywanie się grup wsparcia i kierują wnioski o środki dofinansowania do fundacji, władz komunalnych, instytucji państwowych etc. Tak szerokie spektrum działania wymaga od każdej kobiety różnorakiej wiedzy i umiejętności, ponieważ musi ona udzielać

porad, pisać artykuły, występować publicznie, pisać wnioski, organizować oraz dokonywać kalkulacji finansowych.

Wszystko to dowodzi, że współpracowniczki Centrów Zdrowia Kobiet zdobyły w wielu dziedzinach profesjonalne kompetencje i że, gospodarując szczupłymi środkami finansowymi, zdołały osiągnąć dużą efektywność.

3. Forma organizacyjna

Centra Zdrowia Kobiet pozostają niezależne, to znaczy, że ich formą organizacyjną jest, typowe dla stosunków niemieckich, stowarzyszenie. Stowarzyszenie uzyskuje podmiotowość, a zarządzanie prawie we wszystkich Centrach nadal sprawuje kolektyw, składający się z kilku współpracowniczek. Kolektyw ten wytycza merytoryczną działalność, jej główne punkty strategiczne, formy organizacyjne, ustala sposób finansowania i zarządzania. Inne współpracowniczki, zajmujące się organizacją biura, zarządzaniem, zarządzaniem finansowym, poradnictwem oraz prowadzeniem kursów, są zatrudnione na stałe lub świadczą swą pracę za honoraria.

4. Kto pracuje w Centrach Zdrowia Kobiet?

W Centrach Zdrowia Kobiet pracują kobiety ze specjalizacją pedagogiki społecznej, homeopatii, lekarki, psychoterapeutki, ekonomistki, pielęgniarki, położne, specjalistki ds. handlowych oraz zainteresowane kobiety z grup wsparcia, które przyswoiły sobie wiedzę fachową. Oprócz formalnego wykształcenia współpracowniczki te posiadają dodatkowe wykształcenie w zakresie psychoterapii, zarządzania finansowego oraz zarządzania ukierunkowanego na określone przedsięwzięcia.

5. Jakie są źródła finansowania Centrów Zdrowia Kobiet?

- Otrzymują one dotacje komunalne, a w mniejszym zakresie są to środki dofinansowania specyficzne dla funduszu danego kraju związkowego. Dotacje te przeznaczane są na bieżące koszty działalności i koszty osobowe oraz na określone czasowo projekty pilotażowe.
- Członkowie stowarzyszenia opłacają składkę z tytułu swej przynależności.
- Co się tyczy kursów i ofert poradnictwa: opłaty za kursy i porady są niższe niż na wolnym rynku, ponieważ centra otrzymują dofinansowanie ze środków publicznych; nigdy nie jest ono wystarczające, co powoduje konieczność pobierania opłat.
- Centra mogą ubiegać się o dotacje od odnośnych fundacji na określone merytorycznie przedsięwzięcia, np. z Fundacji na rzecz Młodzieży w przypadku przedsięwzięcia dotyczącego uświadamiania seksualnego dziewcząt.
- Z darów pieniężnych.
- Częściowo z przekazywanych im kar pieniężnych zasądzonych w procesach karnych.

- Od kilku lat czynione są wysiłki uzyskania wpływów ze sponsoringu, niestety przynosi to niewielkie efekty, ponieważ praca społeczna na rzecz kobiet należy do niezbyt lukratywnych.
- Dzięki przedsięwzięciom na rzecz wspierania rozwoju zawodowego subsydiowanym przez urzędy pracy i urzędy ds. socjalnych, zajmujących się sprawami osób trwale pozostających bez pracy lub matkami samotnie wychowującymi dzieci, w celu ich reintegracji w życie zawodowe, pokrywane są koszty personalne. Ponieważ wsparcie tego typu jest zawsze ograniczone czasowo, powoduje to fluktuacje kadrowe, co z kolei utrudnia merytoryczną ciągłość pracy.
- Współpraca z innymi placówkami oświatowymi, jak np. z uniwersytetami ludowymi lub domami seminaryjnymi dla kobiet, pozwala zaoszczędzić koszty związane z reklamą.

W każdym z Centrów wyłoniła się konieczność stworzenia oddzielnych komórek ds. zbierania funduszy i pracy w zakresie public relations, aby zagwarantować centrom finansowe zabezpieczenia ich dalszej działalności. Ograniczenie wsparcia finansowego ze środków komunalnych w ostatnich latach w znacznym stopniu utrudniło pracę. Pożądane byłoby, żeby Centra Zdrowia Kobiet w przyszłości uzyskały taką rangę, jaka zabezpieczyłaby ich działalność dzięki stałemu dofinansowaniu ze środków komunalnych, środków danego kraju związkowego i Kas Chorych.

tłum. Teresa Chruszczewska

Anna Dziubczyńska-Pytka*

Dofinansowanie projektów badawczych, konferencji, naukowej współpracy międzynarodowej oraz stypendia naukowe w 5. Programie Ramowym Badań, Rozwoju Techniki i Prezentacji Unii Europejskiej 1998–2002

1. Co to jest 5. Program Ramowy?

Unia Europejska rozpoczęła realizację Programów Ramowych w 1984 r. Ich rolą jest wspieranie międzynarodowej multidyscyplinarnej współpracy badawczej, pozwalającej na najlepsze wykorzystanie europejskich zasobów naukowych.

Otwarty w grudniu 1998 r. 5. Program Ramowy dysponuje budżetem 14, 96 mld euro dla projektów zgłaszanych w ramach konkursów realizowanych w latach 1999–2002. Projekty zgłaszane w ostatnim konkursie będą realizowane zgodnie z planem, tzn. jeśli projekt trzyletni złożony zostanie np. w marcu 2002 r., kontrakt podpisany zostanie np. w listopadzie 2002 r., to realizacja projektu (dofinansowanego przez Komisję Europejską) trwać będzie od 1 grudnia 2002 do 30 listopada 2005 r.

Program dostarcza spójnych i ściślejszych ram dla wspierania europejskich badań i rozwoju technicznego jako części wspólnej polityki i ustala plan strategii na lata 1999–2002. Służy ożywianiu międzynarodowej współpracy badawczej, w szczególności pomiędzy przemysłem a jednostkami naukowymi (np. uniwersytetami), oraz pomaga w ustalaniu sieci doskonałych ośrodków. 5. Program Ramowy wspiera tworzenie w Europie klimatu sprzyjającego innowacyjności. Oznacza to zachęcanie do transferu technologii, zapewnienie dostępności *venture capital*, zapewnienie praw własności intelektualnej, podnoszenie kwalifikacji. Dużą uwagę poświęca się zachęceniu Małych i Średnich Przedsiębiorstw (MŚP) do udziału w 5. Programie Ramowym.

Nauka i technika są siłami napędowymi rozwoju przemysłowego. Są narzędziem kreowania nowych miejsc pracy. Europejskie programy naukowe skoncentrowane są na badaniach naukowych i innowacyjności, nakierowanych na cele społeczno-ekonomiczne, takie jak: rozwiązywanie problemów związanych ze zdrowiem, środowiskiem i mobilnością ludności (naukowców w szczególności). Mobilność dotyczy zarówno osób zaangażowanych w projekty, jak i idei.

Badania będą dofinansowane z budżetu europejskiego tylko wtedy, jeśli ich realizacja na poziomie europejskim przyniesie większe efekty niż realizacja na

* Krajowy Punkt Kontaktowy IPPT PAN.

poziomie krajowym, regionalnym lub lokalnym. Oznacza to, że projekty realizowane w 5. Programie Ramowym mają mieć szeroki zasięg oraz dotyczyć problemów o znaczeniu europejskim. W Programie są ustalone priorytety badawcze i tylko te mogą być realizowane.

Zawartość Programu została ustalona przez Ministerstwa Badań Krajów Członkowskich i Parlament Europejski na podstawie propozycji Komisji Europejskiej. Brano pod uwagę propozycje zgłoszone przez środowisko naukowe, przemysł, stowarzyszenia konsumentów i inne organizacje. Wszystkie tematy były szeroko konsultowane (w tej chwili taki proces przebiega na rzecz przygotowanego 6. Programu Ramowego).

Podsumowując, w badaniach realizowanych w ramach 5. Programu Ramowego obowiązują dwie fundamentalne zasady:

- **badania najwyższej jakości,**
 - **maksymalna „wartość dodana”, wynikająca ze współpracy międzynarodowej,** czyli korzyść uzyskana przez realizację projektu na poziomie europejskim, a nie np. polskim.
- Ponadto warunkiem akceptacji dofinansowania projektu przez Komisję Europejską są:
- **wkład w realizację społeczno-ekonomicznych celów Unii Europejskiej (walka z bezrobociem, ochrona zdrowia i środowiska, konkurencyjność na rynkach światowych),**
 - **wykorzystanie i upowszechnianie otrzymanych rezultatów¹.**

2. Struktura 5. Programu Ramowego

Każdy **Program Tematyczny (PT)** zbudowany jest z trzech kategorii działań:

Akcje Kluczowe (KA) – działania skupione na praktycznych zagadnieniach, mających wpływ na życie (społeczne i ekonomiczne) mieszkańców Europy. Multidyscyplinarne rozwiązywanie problemów przy udziale wszystkich zainteresowanych stron.

Na programy tematyczne składają się 23 Akcje Kluczowe.

Akcje Ogólne (GA) – działania bliższe badaniom podstawowym niż KA, badania w dziedzinach pilnie potrzebujących wsparcia naukowego lub obiecujących w przyszłości.

Wsparcie Infrastruktur Badawczych (INFRA) – optymalne wykorzystanie istniejących infrastruktur przez współpracę międzynarodową (ułatwienie dostępu).

Programy Horyzontalne (PH) są narzędziem rozszerzającym wachlarz działań w realizacji zadań dotyczących Programu Ramowego. W ramach PH są stypendia dla naukowców (również z krajów rozwijających się), **specjalne projekty dla małych i średnich przedsiębiorstw (SME)** – grant przygotowawczy i CRAFT, **naukowe sieci szkoleniowe, sieci tematyczne, wymiana doświadczeń pomiędzy zespołami projektowymi, wsparcie konferencji naukowych, warsztatów szkoleniowych, szkół letnich i inne.**

¹ Dostępne są publikacje (w internecie: europa.eu.int/comm/research/success/en/success_en.html i www.cordis.lu/sme/src/success.htm), dotyczące projektów realizowanych przez MŚP.

3. Programy Tematyczne²:

3.1. Jakość Życia i Zarządzanie Żywyimi Zasobami (Quality of Life)

- KA 1. Żywność, żywienie, zdrowie.
- KA 2. Opanowanie chorób zakaźnych.
- KA 3. „Fabryki” komórkowe.
- KA 4. Środowisko i zdrowie.
- KA 5. Zrównoważone rolnictwo, leśnictwo i rybołówstwo.
- KA 6. Starzejąca się populacja.
- GA 7. Choroby przewlekłe i zwyrodnieniowe.
- GA 8. Badania nad genomem i chorobami genetycznymi.
- GA 9. Nauki neurologiczne.
- GA 10. Badania dotyczące zdrowia publicznego i usług zdrowotnych.
- GA 11. Badania dotyczące osób niepełnosprawnych.
- GA 12. Bioetyka.
- GA 13. Społeczne i ekonomiczne aspekty nauk i technologii dotyczących życia (life sciences).

Wsparcie infrastruktur badawczych:

- Kolekcje biologiczne,
- Informacje dotyczące zasobów biologicznych,
- Urządzenia i zasoby do badań klinicznych,
- Urządzenia i zasoby do badań przedklinicznych,
- Urządzenia i zasoby dla badań w rolnictwie i rybołówstwie.

3.2. Przyjazne Społeczeństwo Informacyjne (IST)

- KA 1. Systemy i usługi dla obywateli.
- KA 2. Nowe metody pracy elektronicznego handlu.
- KA 3. Multimedia.
- KA 4. Podstawowe technologie i infrastruktura.
- GA 5. Przyszłe i powstające technologie.

Wsparcie infrastruktur badawczych:

- Tworzenie sieci badawczych (badawczych i naukowych).
- Rozwinięte europejskie laboratoryjne stanowiska badawcze.

Programy horyzontalne służą utwierdzeniu międzynarodowej roli wspólnotowych badań naukowych, a zatem:

- ułatwianiu dostępu do europejskich centrów i placówek badawczych oraz do technologii i badań naukowych prowadzonych poza Unią Europejską,
- wspomaganiu procesów akcesyjnych krajom nieczłonkowskim,

² Dwa pozostałe programy **Konkurencyjny i Zrównoważony Rozwój Technologiczny (GROWTH)** oraz **Energia, Środowisko i Zrównoważony Rozwój** są do obejrzenia w internecie.

- pogłębianiu koordynacji 5. Programu Ramowego z innymi programami europejskimi (COST, EUREKA i inne) i z innymi inicjatywami na rzecz badań naukowych,

oraz rozwijaniu:

- sieci badawczo-szkoleniowych,
- systemu stypendiów Marii Curie,
- dostępu do infrastruktur badawczych,
- konferencji naukowych,
- polityki naukowej,
- systemu nagród,
- działań towarzyszących.

- Akcja Kluczowa – Badanie społeczno-ekonomiczne
- popularyzacja nauki i techniki.

W programie mogą uczestniczyć projekty nastawione na współpracę z krajami:

- stowarzyszonymi z 5. Programem Ramowym,
- CEEC (Europy Centralnej i Wschodniej) i NIS (Wspólnoty Niepodległych Państw),
- basenu Morza Śródziemnego,
- rozwijającymi się,
- innymi (nowe rynki zbytu i kraje uprzemysłowione).

4. Budżet³

Kwoty podane w milionach euro.

5. Program Ramowy (w tym EURATOM)	14 960 (1 260)
Jakość Życia i Zarządzanie Żywyimi Zasobami	
w tym:	2413 (1260)
KA 1. Żywność, żywienie, zdrowie.	290
KA 2. Opanowanie chorób zakaźnych.	300
KA 3. „Fabryki” komórkowe.	400
KA 4. Środowisko i zdrowie.	160
KA 5. Zrównoważone rolnictwo, leśnictwo i rybołówstwo.	520
KA 6. Starzejąca się populacja.	190
Akcje Ogólne.	483
Wsparcie infrastruktur badawczych.	70

5. Kto może brać udział w 5. Programie Ramowym?

W programie partnerami projektowymi mogą być wszystkie podmioty prawne. Osoby prowadzące indywidualną działalność gospodarczą, małe i średnie przedsiębiorstwa, firmy komercyjne, przedsiębiorstwa przemysłowe, uczelnie, instytuty

³ Budżet dla programów Przyjazne Społeczeństwo Informacyjne, Konkurencyjny i Zrównoważony Rozwój Technologiczny, Środowisko i Zrównoważony rozwój, Energia i inne są do znalezienia w internecie.

naukowe i inne. W projekcie partnerami są instytucje (nie zespół bezpośrednio realizujący zadania) – one formalnie odpowiadają za przebieg prac i finanse.

Zespoły biorące udział w projekcie muszą wykazać, że posiadają środki techniczne, finansowe i osobowe, pozwalające na realizację projektu oraz że wyniki projektu będą wykorzystane i/lub upowszechnione.

5.1. Ilu uczestników?

Podstawowym wymogiem jest dwóch partnerów w projekcie. Sytuacja taka teoretycznie może wystąpić, jeśli temat jest wyjątkowo rzadki i nie ma w Europie więcej niż dwóch odpowiednich ośrodków, mogących sprostać zadaniu. Zwykle w projektach badawczych jest 4–7 partnerów z minimum trzech krajów. Średnio jest to 9–10 partnerów. Ponieważ w programie są realizowane również sieci tematyczne i akcje skoordynowania, w których liczba partnerów może wynosić np. 60, podwyższa to średnią. Minimalnym wymogiem jest jeden partner z kraju UE i jeden z UE lub z Krajów Stowarzyszonych. W konsorcjum projektowym żaden z krajów nie może dominować. Nie jest to nigdzie formalnie powiedziane, ale wynika z ocen ekspertów, że udział partnerów z jednego kraju nie powinien przekraczać jednej trzeciej liczby wszystkich uczestników.

Wykaz państw i kategorii, do których się zaliczają, znajduje się w BOX 5. Tabela ta pochodzi z dokumentu „Guide for Proposers Part 1” (internet: <http://www.cordis.lu/life/> dokument: a_pg1_en_200101.pdf). Oznaczenia tabeli zachowane zgodnie z dokumentami.

O dokumentach szczegółowo w rozdziale: „Jakie i gdzie są wszystkie dokumenty”.

Ponieważ stale zachodzą procesy polityczne zmieniające sytuację, należy sprawdzać odpowiednie informacje w najnowszych publikacjach Komisji.

Kraje członkowskie Unii Europejskiej:

1. Austria	6. Grecja	11. Niemcy
2. Belgia	7. Hiszpania	12. Portugalia
3. Dania	8. Holandia	13. Szwecja
4. Finlandia	9. Irlandia	14. Wielka Brytania
5. Francja	10. Luksemburg	15. Włochy

5.2. W jakim charakterze można uczestniczyć (kategorie uczestników)?

Główną rolę w projekcie odgrywa **koordynator**. On jest osobą składającą raporty do Komisji, odpowiada za przepływ i wykorzystanie środków finansowych, on – w imieniu konsorcjum – kontaktuje się z osobą nadzorującą projekt (scientific officer) ze strony Komisji. Jest administratorem całego projektu. Często koordynator jest pomysłodawcą projektu, ale nie jest to wymagane.

Główni partnerzy (principal contractors) podpisują kontrakt z Komisją (koordynator jest też jednym z głównych partnerów) i są odpowiedzialni za prawidłową realizację projektu. Mają prawa do wyników projektu (do jakiej ich części – ustala

się w porozumieniu zawartym pomiędzy partnerami), są zobowiązani do upowszechnienia (wykorzystania) wyników projektu.

Każdy z partnerów głównych może mieć **partnerów pomocniczych** (assistant contractor). Ci partnerzy również podpisują kontrakt z Komisją, mają prawa do swoich wyników, ale do wspólnych wyników mniejsze niż główni partnerzy. Również zobowiązani są do wykorzystania lub upowszechnienia wyników.

Podwykonawca (Subcontractor) – nie ma żadnych praw i nie jest przez Komisję traktowany jako uczestnik projektu.

Instytucja goszcząca (Host establishment) – w przypadku stypendiów, instytucja przyjmująca stypendystę, państwowa lub prywatna.

Stypendysta (fellow) – badacz indywidualny.

5.3. Korzyści z uczestnictwa

W obliczu jednoczącej się Europy, a także nie rokującej poprawy (przynajmniej – szybkiej poprawy) sytuacji budżetowej nauki, udział w programach ramowych (w 2002 r. rozpocznie się 6. Program Ramowy) jest źródłem nowych kontaktów i współpracy naukowej oraz dofinansowania. Otwiera i ułatwia dostęp do tematów, infrastruktury naukowej i kształcenia na poziomie najlepszych instytucji europejskich. Wspiera upowszechnianie nauki – z programu można uzyskać dofinansowanie konferencji, warsztatów, szkół letnich, publikacji, cykli szkoleniowych. Dysponuje pieniędzmi na stypendia naukowe i staże. Największą część budżetu przeznaczona jest na badania naukowe, szczególnie w dziedzinach technicznych, informatyce, ochronie środowiska i zdrowia, medycynie, szeroko rozumianym rolnictwie, energetyce i wielu innych dziedzinach (patrz: Programy Tematyczne). Są również dziedziny ekonomiczne i społeczne, organizacja służby zdrowia i opieki społecznej, a stypendia i konferencje mają pasować do szeroko rozumianych zadań 5. Programu Ramowego, czyli np. mogą to również być stosunki międzynarodowe. Kontakty nawiązane na konferencjach i stypendiach (na które stosunkowo łatwo w 5. Programie Ramowym uzyskać pieniądze) mogą w przyszłości zaowocować również wspólnymi projektami badawczymi.

6. Typy działań współfinansowanych lub finansowanych przez KE

Shared-cost (działania współfinansowane)

RTD (Research and Technological Development) – naukowe projekty badawcze;
DP (Demonstration) – projekty demonstracyjne (realizacja nieskomercjalizowanej technologii);

CD (Combined RTD/Demonstration) – mieszana wersja powyższych projektów (udział badań);

Exploratory Award – „grant na grant”, pieniądze dla małych i średnich przedsiębiorstw na przygotowanie projektu właściwego; max. 75% poniesionych kosztów i nie więcej niż 22,5 tysięcy euro, jednorazowo w 5. Programie Ramowym;

CRAFT (Cooperative Research) – specjalny typ projektu dla MŚP (takie przedsiębiorstwo musi być koordynatorem), w którym instytucje naukowe realizują badania na rzecz MŚP; max. dofinansowanie ze strony KE – 1 mln euro.

Finansowane (do 100%)

CA (Contorted Actions) – akcje zharmonizowania (współpraca międzynarodowa na bazie prowadzonych projektów finansowanych ze źródeł krajowych),

TN (Thematic Networks) – sieci tematyczne,

RTN (Research Training Networks) – sieci badawczo-szkoleniowe,

MCF (Marie Curie Fellowships) – system stypendiów Marie Curie; indywidualne, dla doświadczonych badaczy, dla przedsiębiorstw i punkty szkoleniowe,

Accompanying Measures – działania towarzyszące; wsparcie dalszych prac nad programem, popularyzacja nauki, upowszechnianie rezultatów projektów badawczych, konferencje, szkolenia, wymiana informacji,

INCO bursaries – udział młodych naukowców z krajów rozwijających się w projektach.

Box 7 (z Guide for Proposers Part 1) porządkuje wszystkie typy projektów, kategorie dopuszczalnych kosztów (w zależności o kontrakcie), typy uczestników, wysokość dofinansowania ze strony Komisji oraz odpowiadające im wysokości narzutów (koszty pośrednie).

7. Dopuszczalne koszty w projektach (kategorie kosztów)

Kategorie kosztów

Posługując się powyższym wyliczeniem, możemy sprawdzić, jakie kategorie kosztów są dopuszczalne dla działania, które chcielibyśmy realizować. Musimy również wybrać tryb rozliczeń:

FC (Full Cost) – tryb kosztu pełnego, instytucja musi prowadzić księgowość analityczną; koszty pośrednie zgodne z rzeczywistymi;

FF (Full Cost Fixed Rate) – tryb kosztu pełnego z ryczałtem; koszty pośrednie w wysokości max. 80% kosztów robocizny;

AC (Additional Costs) – tryb kosztu dodatkowego; koszty pośrednie w wysokości 20% wszystkich kosztów dodatkowych (związanych z realizacją projektu) z **wyjątkiem** kosztów zleceń zewnętrznych (*subcontractingu*).

Wszystkie koszty wprowadzane do kalkulacji finansowej odnoszą się wyłącznie do opracowanego projektu (nie można umieścić żadnych wydatków nie związanych z realizacją projektu).

Z pieniędzy projektowych, które są traktowane jako pieniądze pomocowe, nie opłacamy podatku VAT, cla i podatku dochodowego, o czym mówi Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 1999 r. (Dz.U. Nr 109 poz. 1245) rozdz. 11.

8. Kategorie kosztów:

robocizna (Personel Costs);

aparatura (Durable Equipment);

materiały (Consumables) – materiały wykorzystywane w projekcie, interpretacja jak w przepisach krajowych;

podróże i diety (Travel and Subsistence) – wyjazdy kalkulowane zgodnie z zasadami krajowymi i planami projektowymi;

obliczenia komputerowe – udokumentowany koszt wykorzystania „mocy obliczeniowej” (komputery wielkiej mocy), będącej w dyspozycji uczestnika (nie są to PC-ty);

podwykonawstwo (Subcontracting) – zlecenia zewnętrzne (towary, dostawy, usługi) po kosztach rynkowych; jeśli nie przekracza 20% całkowitych kosztów projektu lub 100 000 euro, podwykonawców nie musimy opisywać w projekcie (konkretnych firm), wprowadzamy tylko koszt podwykonawstwa;

inne koszty (Other Specific Project Costs) – wyszczególnione w projekcie niezbędne koszty, które nie pasują do innych kategorii (np. transport, wynajem i inne – wymaga wcześniejszej pisemnej zgody Komisji);

prawa własności (Protection of Knowledge) – np. koszty uzyskania patentu; koszt ten wymaga wcześniejszej zgody Komisji, 4000 euro na 1 np. patent; pieniądze nie mogą być przesunięte do innej kategorii, a niewykorzystane muszą być zwrócone;

narzut (Overhead Costs) – koszty pośrednie (w FF i FC liczone od kosztów robocizny, w AC od wszystkich kosztów, z wykluczeniem kosztów podwykonawstwa).

Do 20% kosztów może (w razie konieczności) być przesuwanych pomiędzy różnymi kategoriami. Wyższa wartość lub przesunięcia pomiędzy partnerami są możliwe po uprzedniej, pisemnej zgodzie Komisji. Brak odpowiedzi ze strony Komisji w ciągu 30 dni oznacza zgodę.

9. Kryteria oceny

Każdy projekt oceniany jest w trakcie obrad panelowych (w przypadku „Quality of Life” – pięć osób) niezależnych ekspertów. Ekspertem można zostać, zgłaszając się do bazy, ze strony:

<http://www.cordis.lu/expert-candidature/home.html>

Ocenie podlega pięć ustalonych kryteriów:

1. naukowa doskonałość i innowacyjność,
2. kadry, współpraca, zarządzanie,
3. europejska wartość dodana i wkład w politykę UE,
4. wkład w realizację europejskich celów społecznych,
5. ekonomiczny rozwój i perspektywy naukowo-techniczne.

Projekty muszą wykazać się innowacyjnością, przedstawić powody realizacji na poziomie europejskim, a nie krajowym. Badania, które mogą być realizowane ze źródeł krajowych, dotyczą problemów lokalnych lub regionalnych, nie będą finansowane przez Komisję Europejską. Każde kryterium musi sprostać minimum pozytywnej oceny według przedstawionej niżej tabeli (dla „Quality of Life”; analogiczne tabele opublikowane są dla wszystkich programów np. na stronie <http://www.cordis.lu/fp5/src/evalman.htm>).

W każdym programie jest również podręcznik dla ekspertów oceniających projekty. Można z niego skorzystać, przygotowując projekt. W „Quality of Life” jest to „Vade Mecum for Experts Taking Part in Proposal Evaluation in the Quality of Life and Management of Living Resources Programme” pod adresem: http://www.cordis.lu/life/src/part_docs.htm (dokument liczy ponad 100 stron)⁴.

⁴ Istnieje możliwość uzyskania pomocy indywidualnej przy przygotowaniu projektów. W tym celu można się skontaktować z panią Anną Pytko – koordynatorem krajowego programu „Quality

10. Droga proposalu

Konkursy są ogłaszane specjalnym dokumentem „Call Text” i mają odpowiedni pakiet dokumentów. Dla „Quality of Life” można go ściągnąć ze strony: http://www.cordis.lu/life/src/part_docs.htm oraz <http://www.cordis.lu/life/calls/199902.htm>, a podstawową stroną tego programu jest: <http://www.cordis.lu/life/>. Dla innych programów podróż po internecie można zacząć ze strony <http://www.cordis.lu/fp5/>. Jeszcze ogólniejsza jest <http://www.cordis.lu/en/home.html> (Community Research & Development Information Service).

W „Call Text” podane są terminy konkursów oraz adresy, na które projekt trzeba wysłać. Proszę pamiętać, że „deadline” oznacza dzień, w którym wniosek musi być już w biurze w Brukseli. Kolejny dokument to „Work Programme”, w którym jest pełna merytoryczna informacja o programie i priorytety na dany konkurs, dodatkowe informacje i terminarz konkursów. Trzeba jeszcze skorzystać z „Guide for Proposers Part 1 i Part 2” i, kierując się wskazówkami z tych przewodników, przygotować konsorcjum projektowe lub przyłączyć się do budowanego przez innego koordynatora. Ci z Państwa, którzy będą koordynatorami, powinni wziąć pod uwagę informację z punktu: „Kto może brać udział w 5. PR?”.

Partner projektowy zwykle otrzymuje wskazówki od koordynatora, jakich informacji ma dostarczyć, natomiast koordynator przygotowuje cały projekt i przysyła go do Brukseli. Formularze administracyjne są różne dla różnych typów projektów. Przesłanie wniosku na nieodpowiednim formularzu lub niezgodnie z zaleceniami z „Guide for Proposers Part 2” spowoduje, że wniosek jako niespełniający wymogów formalnych będzie odrzucony **przed czytaniem**. W każdym momencie poszukiwań albo przygotowań zapraszam do korzystania z usług Krajowego Punktu Kontaktowego <http://www.npk.gov.pl/> poszczególnych koordynatorów i sieci punktów branżowych i regionalnych <http://www.npk.gov.pl/adresy/siec-KPK.html>.

Na stronach dotyczących dokumentów konkursowych przygotowane są formularze administracyjne dla:

- RTD Projects,
- Accompanying Measures (Part A),
- Concerted Actions/Thematic Networks (Part A),
- INCO Bursaries (Parts A&B),
- INCO Fellowships to Japan (Part A),
- High-level Scientific Conferences,
- Individual Fellowships, Return Fellowships, Experience Researcher Fellowships (Parts A&B),
- Industry Host Fellowships (Parts A&B),
- Support for Access to Research Infrastructures (Part A) (Large Scale Facilities – Euratom).

of Life” w Krajowym Punkcie Kontaktowym 5. Programu Ramowego Badań, Rozwoju Techniki i Prezentacji Unii Europejskiej 1998–2002, który mieści się w Instytucie Podstawowych Problemów Techniki Polskiej Akademii Nauk; ul. Świątokrzyska 21 00-049 Warszawa tel: +22 826 25 02, 828 74 81, 828 74 83, 828 74 86 kom. 0502 052 237 fax: +22 828 53 70 http://www.npk.gov.pl/prog_tem_1/.

Grants for Young Researchers from Third Countries (Parts A&B) (Euratom),
Exploratory Awards (Parts A&B),
Cooperative Research (Parts A&B),
Economic and Technological Intelligence (Parts A&B/C).

Dla każdego typu projektów można również znaleźć „Model Contract” (na stronie <http://www.cordis.lu/fp5/cont-prep.htm>), co może ułatwić przygotowanie budżetu projektowego, a praktycznie wykorzystuje się go przy zawieraniu kontraktu i negocjacjach finansowych z Komisją. Komisja powiadamia pisemnie koordynatora o wynikach oceny, przysyła krótką informację z uzasadnieniem. Na podstawie tej informacji – „Evaluation Summary Report” – łatwiej też przygotować poprawiony projekt na kolejny konkurs (szanse poprawionego projektu rosną średnio 2–3 krotnie). Dodatkową taką poprawę wspiera finansowo KBN (punkt „Wsparcie KBN-u i kontakty z UKIE”). Przyznany kontrakt rozpoczyna się pierwszego dnia następnego miesiąca po jego podpisaniu (o ile nie zastrzeże się inaczej). W terminie do 60 dni po podpisaniu kontraktu Komisja ma obowiązek przesłać na konto koordynatora pierwszą ratę pieniędzy. Mogą być w kontrakcie zapisane szczególne zasady podziału rat. Zwykle jest to 40% „zaliczki”, 45% w trakcie realizacji i 15% do 2 miesięcy po przyjęciu przez Komisję sprawozdania po zakończeniu projektu. Pieniądze do partnerów rozsyłane są przez koordynatora, również on dostarcza do Komisji sprawozdania (oczywiście przygotowane na podstawie cząstkowych sprawozdań partnerów). W sumie za wszystkie kontakty pomiędzy projektem a Komisją odpowiedzialny jest koordynator projektu, a partnerzy porozumiewają się przez koordynatora.

11. Wsparcie KBN-u i kontakty z Urzędem Komitetu Integracji Europejskiej

Każdy przyznany kontrakt trzeba zarejestrować w Urzędzie Komitetu Integracji Europejskiej (UKIE). Wtedy zaczną działać wszystkie mechanizmy, zmierzające do uzyskania pieniędzy pomocowych.

Informację o pomocy KBN-u przeznaczoną na poprawę projektu, dofinansowanie badań związanych z jego realizacją (SPUB-M) uzyskać można w KBN-ie tel.: (22) 628 85 86, na stronie http://www.npk.gov.pl/prog_tem_1/pt-1.html i <http://www.kbn.gov.pl/VPR/index.html> oraz w Uchwale Nr 25/99, 34/2000 oraz 35/2000 Komitetu Badań Naukowych.

Pokróćce jest to: 15 000 PLN, jeśli projekt uzyskał przynajmniej ocenę 3,70% różnicy pomiędzy całym kosztem projektu a dofinansowaniem z KE (jeśli projekt został złożony w 2001 r., a 60% jeśli w 2002 r.) i zwrot do 30 000 PLN kosztów przygotowania projektu (jednorazowo) dla koordynatora.

12. Pomoc

Poszukiwanie pomocy proponuję rozpocząć ze strony internetowej Krajowego Punktu Kontaktowego. Są tam wszystkie adresy, telefony i adresy e-mailowe do

polskich koordynatorów programowych i do sieci, czyli Branżowych i Regionalnych Punktów Kontaktowych (załączona lista adresowa).

Uwaga końcowa: koledzy z Komisji Europejskiej powiedzieli nam, że wnioski powinny być złożone w **języku angielskim**.

Tak w zarysie wygląda droga po nasze wspólne pieniądze z Komisji Europejskiej w ramach 5. Programu Ramowego.

Zapraszam!!!!

Anna Pytko, koordynator 1. Programu Tematycznego „Quality of Life”.

Aneks

Uchwała Nr 25/99

KOMITETU BADAŃ NAUKOWYCH

z dnia 15 września 1999 r.

w sprawie kryteriów i trybu przyznawania środków finansowych na dofinansowanie realizacji zadań dotyczących uczestnictwa polskich zespołów w projektach Piątego Programu Ramowego Badań, Rozwoju Technicznego i Prezentacji Unii Europejskiej w latach 1999–2002.

(Dz. Urz. KBN Nr 6, poz. 25 z dnia 24 września 1999 r.)

(Zmiany: Dz. Urz. KBN z 2000 r. Nr 5, poz. 26;

Dz. Urz. KBN z 2000 r. Nr 7, poz. 37.)

Na podstawie art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 12 stycznia 1991 r. o utworzeniu Komitetu Badań Naukowych (Dz.U. Nr 8, poz. 28, z 1993 r. Nr 52, poz. 240, z 1995 r. Nr 30, poz. 152, z 1996 r. Nr 106, poz. 496, z 1997 r. Nr 24, poz. 118, Nr 75, poz. 469, Nr 80, poz. 500, Nr 96, poz. 590, Nr 121, poz. 770 i z 1998 r. Nr 106, poz. 668) oraz w związku z ust. 8 załącznika do uchwały Nr 29/97 Komitetu Badań Naukowych z dnia 10 października 1997 r. w sprawie kryteriów i trybu przyznawania środków finansowych na dofinansowywanie działalności ogólnotechnicznej i wspomagającej badania oraz na dofinansowanie podmiotów działających na rzecz nauki (Dz. Urz. KBN Nr 9, poz. 30 i z 1999 r. Nr 1, poz. 6) uchwała się, co następuje:

§ 1.

1. Komitet Badań Naukowych, zwany dalej „Komitetem”, ustala, że prace dotyczące uczestnictwa polskich zespołów w projektach Piątego Programu Ramowego Badań, Rozwoju Technicznego i Prezentacji Unii Europejskiej w latach 1999–2002, zwanego dalej „5. PR”, stanowią zadanie wyodrębnione w ramach środków finansowych przeznaczonych na działalność ogólnotechniczną i wspomagającą badania.

2. Zadanie wyodrębnione, o którym mowa w ust. 1, obejmuje:

1) prace organizacyjno-informacyjne wspomagające przygotowanie polskich zespołów do uczestnictwa w projektach 5. PR, a w szczególności:

- a) szkolenia,
 - b) wykonywanie ekspertyz, opinii i ocen naukowych,
 - c) upowszechnianie informacji,
 - d) udział osób, wskazanych przez Przewodniczącego Komitetu, reprezentujących stronę polską w gremiach powołanych przez Komisję Europejską do spraw związanych z realizacją 5. PR,
- 2) prace wykonywane w ramach projektów 5. PR,
- 3) prace przygotowawcze do projektów 5. PR.

§ 2.

1. Realizacja zadania wyodrębnionego, o którym mowa w § 1, jest dofinansowywana przez Komitet w ramach środków przyznanych Przewodniczącemu Komitetu, wydzielonych na podstawie ust. 7 załącznika do uchwały Nr 29/97 Komitetu Badań Naukowych z dnia 10 października 1997 r. w sprawie kryteriów i trybu przyznawania środków finansowych na dofinansowywanie działalności ogólnotechnicznej i wspomagającej badania oraz na dofinansowywanie podmiotów działających na rzecz nauki (Dz. Urz. KBN Nr 9, poz. 30 i z 1999 r. Nr 1, poz. 6), zwanej dalej „uchwałą Nr 29/97”.

2. Na realizację zadania wyodrębnionego, o którym mowa w § 1, w 1999 r. wydzieliła się kwotę do wysokości 900 000 zł, a w 2000 r. kwotę do wysokości 4 000 000 zł. Wysokość dofinansowania w następnych latach będzie ustalana w odrębnym trybie.

3. Dofinansowanie prac, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 1 lit. d, obejmuje w szczególności diety oraz koszty podróży i zakwaterowania w kraju i za granicą.

§ 3.

1. Krajowa jednostka organizacyjna, będąca jednostką naukową, jednostką badawczo-rozwojową lub podmiotem działającym na rzecz nauki, może otrzymać dofinansowanie na wykonywanie prac, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 1, jeżeli ma odpowiednie przygotowanie merytoryczne, w szczególności doświadczenie w realizacji projektów badawczych Unii Europejskiej oraz innych projektów międzynarodowych, posiada odpowiednie zaplecze naukowe lub spełnia inne warunki niezbędne do wykonywania prac wchodzących w zakres zadania wyodrębnionego.

2. Krajowa jednostka organizacyjna, o której mowa w ust. 1, może otrzymać dofinansowanie:

- 1) w wysokości 20 000 zł w pierwszym roku wykonywania prac, a w następnych latach w wysokości odpowiedniej do zakresu wykonywanych prac, jeżeli pełni funkcję regionalnego lub branżowego punktu kontaktowego 5. PR,
 - 2) w wysokości odpowiedniej do zakresu wykonywanych prac, jeżeli pełni funkcję krajowego punktu kontaktowego 5. PR.
3. Krajowy podmiot działający na rzecz nauki, nie będący jednostką naukową lub jednostką badawczo-rozwojową, wykonujący prace, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 2, może otrzymać środki finansowe na dofinansowanie części kosztów tych

prac ponoszonych ze środków własnych, z tym że wykazane środki własne nie mogą obejmować środków zagranicznych.

4. Dofinansowanie części kosztów ponoszonych ze środków własnych, o którym mowa w ust. 3, może wynosić:

- 1) dla projektów 5. PR przyjętych do realizacji, przedstawionych na wezwanie Komisji Europejskiej:
 - a) ogłoszone w 1999 r. – 90%,
 - b) ogłoszone w 2000 r. – 80%,
 - c) ogłoszone w 2001 r. – 70%,
 - d) ogłoszone w 2002 r. – 60%

środków wykazywanych jako środki własne podmiotu, z tym że kwota dofinansowania nie może przekroczyć odpowiednio dla kolejnych lat: 90%, 80%, 70% i 60% środków przyznanych przez Komisję Europejską oraz 150 000 zł w pierwszym roku realizacji projektu, z zastrzeżeniem pkt 3,

2) dla projektów zgłoszonych do 5. PR, nie przyjętych do realizacji, a ocenionych przez Komisję Europejską jako co najmniej dobre – w wysokości 15 000 zł, z tym że środki przeznacza się na koszty kontynuowania współpracy z partnerami zagranicznymi oraz na koszty ponownego przygotowania wniosku do 5. PR,

3) dla projektów realizowanych w ramach 5. PR nazywanych „Sieciami” („Networks”), a w szczególności dla:

- a) „Sieci tematycznych” („Thematic Networks”),
- b) „Sieci badawczo-szkoleniowych” („Research Training Networks”),
- c) „Akcji zharmonizowanych” („Concerted Actions”),
- d) „Sieci współpracy infrastrukturalnej” („Infrastructure Cooperation Networks”).

– 25% kwoty przyznanej przez Komisję Europejską, nie więcej jednak niż 100 000 zł przez cały okres realizacji projektu, z tym że otrzymane środki finansowe mogą być przeznaczone na koszty związane z rozszerzeniem lub kontynuacją współpracy z partnerami zagranicznymi, na cele określone w ust. 3.

5. Wysokość dofinansowania określonego w ust. 4 pkt 1 i w pkt 3 może być zmniejszona, jeżeli:

- 1) wymagają tego przepisy Unii Europejskiej, w szczególności dotyczące udzielania pomocy ze środków publicznych,
- 2) dofinansowanie ze środków 5. PR jest niższe niż 50% całkowitych kosztów prac zaplanowanych do wykonania,
- 3) prace zaplanowane do wykonania są dofinansowywane z innych źródeł,
- 4) uzasadnia to opinia, o której mowa w § 5 ust. 1.

§ 3a.

1. Krajowy podmiot działający na rzecz nauki, nie będący jednostką naukową lub jednostką badawczo-rozwojową, może otrzymać dofinansowanie w wysokości części kosztów poniesionych na prace przygotowawcze do projektu 5. PR, a w szczególności na przygotowanie wniosku wymaganego przez Komisję Europejską, z tym że dofinansowanie może być przyznane tylko raz w odniesieniu do danego projektu i nie może być wyższe niż 30 000 zł.

2. Dofinansowanie, o którym mowa w ust. 1, może być przyznane wyłącznie jednostce występującej jako koordynator projektu 5. PR, pod warunkiem:

- 1) złożenia do Komisji Europejskiej właściwego wniosku o realizację projektu,
- 2) złożenia do Komitetu kopii arkusza ocen projektu.

§ 4.

1. Wniosek o dofinansowanie wykonania prac, o których mowa w § 1 ust. 2, powinien zawierać informacje określone w ust. 16 załącznika do uchwały Nr 29/97 oraz informacje potwierdzające spełnienie wymagań określonych w uchwale.

2. Wniosek o dofinansowanie wykonania prac, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 2, poza informacjami wymienionymi w ust. 1, powinien zawierać informacje dotyczące nazwy projektu programu i ewentualnie akcji kluczowej 5. PR, daty ogłoszenia przez Komisję Europejską wezwania do złożenia projektów, nazwy koordynatora i współwykonawców projektu.

3. Wniosek składa się w Departamencie Współpracy z Zagranicą i Integracji Europejskiej urzędu Komitetu, na formularzach według wzoru ustalonego przez Komitet.

§ 5.

1. Wnioski, o których mowa w § 4, po weryfikacji przez Departament Współpracy z Zagranicą i Integracji Europejskiej urzędu Komitetu, opiniuje opiniodawczo-doradczy Zespół do Spraw Współpracy Naukowej i Naukowo-Technicznej z Zagranicą. Wnioski jednostek organizacyjnych działających w sieci FEMIRC lub IRC w Polsce opiniuje ponadto polski koordynator tej sieci.

2. Przewodniczący Komitetu, w drodze decyzji, przyznaje środki finansowe na podstawie wniosków i opinii, o których mowa w ust. 1. Przyznane środki finansowe są przekazywane zainteresowanej jednostce organizacyjnej na podstawie umowy zawartej z Komitetem.

§ 6.

1. Jednostka organizacyjna, która otrzymała z Komitetu środki finansowe na podstawie § 5 ust. 2, jest zobowiązana do złożenia rocznego raportu z wykonanych prac, w terminie do dnia 31 stycznia następnego roku.

2. Raport składa się w Departamencie Współpracy z Zagranicą i Integracji Europejskiej urzędu Komitetu.

§ 6a.

Przepisy uchwały stosuje się do projektów realizowanych przez krajowe podmioty działające na rzecz nauki, nie będące jednostką naukową lub badawczo-rozwojową, biorące udział w pracach Piątego Programu Ramowego Badań i Szkolenia Europejskiej Wspólnoty Energii Atomowej w latach 1999–2002, z tym że dofinansowywanie części kosztów ponoszonych ze środków własnych może być przyznane przez Komitet w procentowej wysokości określonej w § 3 ust. 4 nawet wówczas, gdy projekty te nie otrzymują dofinansowania ze strony Komisji Europejskiej.

§ 7.

W sprawach nie uregulowanych w uchwale stosuje się przepisy uchwały Nr 29/97.

§ 8.

Traci moc uchwała Nr 3/99 Komitetu Badań Naukowych z dnia 20 stycznia 1999 r. w sprawie kryteriów i trybu przyznawania środków finansowych na dofinansowanie realizacji zadań dotyczących uczestnictwa polskich zespołów naukowych w projektach Piątego Programu Ramowego Badań, Rozwoju i Prezentacji Unii Europejskiej w latach 1999–2002 (Dz.Urz. KBN Nr 1, poz. 3 i Nr 3, poz. 15).

§ 9.

Uchwała wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

PRZEWODNICZĄCY
KOMITETU BADAŃ NAUKOWYCH

Andrzej Wiszniewski

Uchwała Nr 34/2000 KOMITETU BADAŃ NAUKOWYCH

z dnia 11 grudnia 2000 r.

w sprawie kryteriów i trybu przyznawania środków na finansowanie wybranych międzynarodowych specjalnych programów w ramach środków finansowych przeznaczonych na działalność statutową jednostek naukowych i jednostek badawczo-rozwojowych.

Na podstawie art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 12 stycznia 1991 r. o utworzeniu Komitetu Badań Naukowych (Dz.U. Nr 8, poz. 28, z 1993 r. Nr 52, poz. 240, z 1995 r. Nr 30, poz. 152, z 1996 r. Nr 106, poz. 496, z 1997 r. Nr 24, poz. 118, Nr 75, poz. 469, Nr 80, poz. 500, Nr 96, poz. 590, Nr 121, poz. 770, z 1998 r. Nr 106, poz. 668 oraz z 2000 r. Nr 62, poz. 718 i Nr 91, poz. 1008) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Ustala się kryteria i tryb przyznawania środków finansowych na finansowanie wybranych międzynarodowych specjalnych programów, w ramach środków przeznaczonych na działalność statutową jednostek naukowych i jednostek badawczo-rozwojowych.

§ 2.

1. Przez międzynarodowy specjalny program, zwany dalej „SPUB-M”, należy rozumieć wielostronny program międzynarodowy lub szczególny projekt będący jego częścią, który w wyniku oceny i decyzji instytucji międzynarodowej może być przyjęty do dofinansowania przez Komitet Badań Naukowych, zwany dalej „Komitetem”.

2. Przez SPUB-M należy także rozumieć działania wspierające udział w takim programie.

§ 3.

1. Wniosek o dofinansowanie SPUB-M może złożyć jednostka naukowa lub jednostka badawczo-rozwojowa, zwana dalej „jednostką”, uczestnicząca w:

- 1) Piątym Programie Ramowym Badań, Rozwoju Technicznego i Prezentacji Unii Europejskiej w latach 1999–2002, zwanym dalej „5. PR” oraz Piątym Programie Ramowym Badań i Szkolenia Europejskiej Wspólnoty Energii Atomowej w latach 1999–2002, zwanym dalej „5. PR-E”;
- 2) innych programach Unii Europejskiej;
- 3) Europejskim Programie Współpracy w Dziedzinie Badań Naukowo-Technicznych (COST), Inicjatywie Eureka, Programie „Nauka dla Pokoju” NATO, programach Inicjatywy Środkowo-Europejskiej, Europejskiej Organizacji Badań Jądrowych (CERN), Niemieckim Synchrotronie Elektronowym (DESY), Międzynarodowej Agencji Energii Atomowej (IAEA), Międzynarodowej Agencji Energii (IEA);
- 4) Międzynarodowych Sieciach Naukowych (MSN), jeżeli pełni rolę koordynatora sieci naukowej, obejmującej nie mniej niż pięciu uczestników krajowych.

2. Komitet może rozszerzyć listę programów, o których mowa w ust. 1, o inne programy uznane za ważne dla polskiej nauki. Informacje o rozszerzeniu listy tych programów ogłasza się w biuletynie „Sprawy Nauki”.

§ 4.

Wniosek o dofinansowanie SPUB-M powinien obejmować cały planowany okres wykonywania prac, a jeżeli okres ten jest dłuższy niż trzy lata, to przed upływem tego okresu jednostka jest obowiązana złożyć wniosek o kontynuację dofinansowania projektu.

§ 5.

W przypadku, gdy okres realizacji SPUB-M jest dłuższy niż 3 lata, Komitet ustala stanowisko w sprawie dofinansowywania uczestnictwa w całym projekcie, z tym że wysokość dofinansowania przez Komitet jest ustalana na okres nie dłuższy niż 3 lata.

§ 6.

Wniosek składa się w Departamencie Współpracy z Zagranicą i Integracji Europejskiej urzędu Komitetu w ciągu całego roku, na formularzach według wzoru ustalonego przez Komitet.

§ 7.

1. Wniosek, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3, powinien zawierać:

- 1) kartę tytułową wraz z załącznikami zawierającymi:
 - a) informację o wielostronnym projekcie międzynarodowym,
 - b) wykaz zadań przewidzianych do realizacji przez jednostkę,
- 2) nazwę programu międzynarodowego, w ramach którego realizowane są prace objęte wnioskiem,
- 3) dokument stanowiący podstawę uczestnictwa w wielostronnym projekcie międzynarodowym,
- 4) informację o planowanych źródłach finansowania i kosztach prac.

2. Jednostka składająca do Komisji Europejskiej wniosek dotyczący uczestnictwa w 5. PR, ubiegająca się o dofinansowanie z Komitetu, równocześnie przedstawia Komitetowi informację obejmującą w szczególności:

- 1) dane identyfikujące jednostkę i kierownika prac objętych wnioskiem, projekt i jego tematykę oraz polskich i zagranicznych współwykonawców,
- 2) planowane całkowite koszty projektu obejmujące prace wszystkich wykonawców oraz całkowite koszty realizacji zadań jednostki w ramach projektu, w tym koszty do poniesienia przez jednostkę ze środków krajowych,
- 3) zwięzłe przedstawienie lub wyliczenie zbliżonych tematycznie, wcześniej zakończonych lub obecnie prowadzonych prac oraz ich wyników, a także inne dane mogące mieć wpływ na ocenę i promocję wniosku.

3. Jednostka składająca wniosek o dofinansowanie Międzynarodowych Sieci Naukowych (MSN), przedstawia Komitetowi informację dotyczącą:

- 1) zasad przystępowania do sieci oraz uczestnictwa w jej pracach, potwierdzonych przez krajowych uczestników sieci,
- 2) planu działania i rozwoju sieci w okresie co najmniej 3 lat,
- 3) imię i nazwisko kierownika oraz skład zespołu prowadzącego działania na rzecz sieci.

§ 8.

Ustala się następującą wysokość dofinansowania kosztów ponoszonych przez jednostkę ze środków krajowych:

- 1) dla projektów 5. PR przyjętych do realizacji przedstawionych na wezwanie Komisji Europejskiej:
 - a) ogłoszone w 1999 r. – 90%,
 - b) ogłoszone w 2000 r. – 80%,
 - c) ogłoszone w 2001 r. – 70%,
 - d) ogłoszone w 2002 r. – 60%

środków wykazywanych jako środki krajowe, z tym że kwota dofinansowania nie może przekroczyć odpowiednio dla kolejnych lat: 90%, 80%, 70% i 60% środków przyznanych przez Komisję Europejską,

- 2) dla projektów zgłoszonych do 5. PR, nie przyjętych do realizacji, a ocenionych przez Komisję Europejską jako co najmniej dobre – w wysokości 15 000 zł,

- z przeznaczeniem na koszty kontynuowania współpracy z partnerami zagranicznymi oraz na koszty ponownego przygotowania wniosku,
- 3) dla projektów 5. PR, nazwanych „Sieciami” („Networks”), a w szczególności:
- a) „Sieci tematycznych” („Thematic Networks”),
 - b) „Sieci badawczo-szkoleniowych” („Research Training Networks”),
 - c) „Akcji zharmonizowanych” („Concerted Actions”),
 - d) „Sieci współpracy infrastrukturalnej” („Infrastructure Cooperation Networks”).
- 25% kwoty przyznanej przez Komisję Europejską, nie więcej jednak niż 100 000 zł przez cały okres realizacji projektu, z tym że otrzymane środki finansowe mogą być przeznaczone na dofinansowanie kosztów związanych z rozszerzeniem lub kontynuacją współpracy z partnerami zagranicznymi,
- 4) dla pozostałych projektów wymienionych w § 3 ust. 1 – do 60% kosztów krajowych.

§ 9.

Wysokość dofinansowania określonego w § 8 pkt 1, 3 i 4 może być zmniejszona, jeżeli:

- 1) wymagają tego przepisy Unii Europejskiej, a w szczególności dotyczące udzielenia pomocy ze środków publicznych,
- 2) dofinansowanie ze środków 5. PR jest niższe niż 50% całkowitych kosztów prac zaplanowanych do wykonania przez jednostkę,
- 3) prace zaplanowane do wykonania są dofinansowywane z innych źródeł,
- 4) uzasadnia to opinia zespołów, o których mowa w § 12.

§ 10.

Jednostka, o której mowa w § 3 ust. 1 pkt 4, może otrzymać dofinansowanie przeznaczone na koszty:

- 1) tworzenia, gromadzenia, przechowywania, przetwarzania i upowszechniania informacji naukowej,
- 2) promocji wykorzystania wyników badań,
- 3) koordynacji działalności sieci naukowej.

§ 11.

1. Jednostka może otrzymać dofinansowanie w wysokości części kosztów poniesionych na prace przygotowawcze do projektu 5. PR, a w szczególności na przygotowanie wniosku wymaganego przez Komisję Europejską, z tym że dofinansowanie może być przyznane tylko raz w odniesieniu do danego projektu i nie może być wyższe niż 30 000 zł.

2. Dofinansowanie, o którym mowa w ust. 1, może być przyznane wyłącznie jednostce występującej jako koordynator projektu 5. PR, pod warunkiem:

- 1) złożenia do Komisji Europejskiej właściwego wniosku o realizację projektu,
- 2) złożenia do Komitetu kopii arkusza ocen projektu.

§ 12.

Wnioski o dofinansowanie SPUB-M, po weryfikacji dokonanej przez Departament Współpracy z Zagranicą i Integracji Europejskiej urzędu Komitetu, opiniują:

- 1) dla projektów 5. PR opiniodawczo-doradczy Zespół do Spraw Współpracy Naukowej i Naukowo-Technicznej z Zagranicą,
- 2) dla projektów programów wymienionych w § 3 pkt 2–4 właściwe zespoły komisji Komitetu.

§ 13.

Komitet podejmuje uchwałę o dofinansowaniu SPUB-M na podstawie opinii, o której mowa w § 12.

§ 14.

Przewodniczący Komitetu, na podstawie uchwały Komitetu, o której mowa w § 13, w drodze decyzji, przyznaje środki finansowe na dofinansowanie SPUB-M.

§ 15.

1. Jednostka składa w Komitecie raport roczny z realizacji SPUB-M w terminie do dnia 1 marca następnego roku, nie wcześniej jednak niż po półrocznym okresie realizacji zadań.

2. Raport, o którym mowa w ust. 1, może być kopią raportu złożonego instytucji międzynarodowej, albo wyciągiem z tego raportu, z tym że pełna dokumentacja powinna znajdować się w jednostce.

3. Do raportu należy dołączyć zwięzły opis wyników prac w języku polskim.

4. Przekazanie środków finansowych na kolejny rok budżetowy następuje na podstawie pozytywnej oceny raportu rocznego, dokonanej przez właściwy zespół opiniodawczo-doradczy lub zespół komisji Komitetu określony w § 12.

§ 16.

Przepisy uchwały odnoszące się do projektów 5. PR stosuje się do projektów 5. PR-E realizowanych przez jednostki, z tym że dofinansowanie części kosztów ponoszonych ze środków krajowych może być przyznane przez Komitet w procentowej wysokości określonej w § 8 nawet wówczas, gdy projekty te nie otrzymują dofinansowania ze strony Komisji Europejskiej.

§ 17.

W sprawach nie uregulowanych przy przyznawaniu środków na finansowanie SPUB-M stosuje się przepisy uchwały Nr 4/93 Komitetu Badań Naukowych z dnia 15 lutego 1993 r. w sprawie kryteriów i trybu przyznawania środków finansowych

na działalność statutową jednostek naukowych i jednostek badawczo-rozwojowych oraz na badania własne szkół wyższych (Dz. Urz. KBN Nr 2, poz. 6 i z 2000 r. Nr 2, poz. 9).

§ 18.

Uchwała wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

MINISTER NAUKI
PRZEWODNICZĄCY KOMITETU
BADAŃ NAUKOWYCH

Andrzej Wiszniewski

Uchwała Nr 35/2000 KOMITETU BADAŃ NAUKOWYCH z dnia 11 grudnia 2000 r.

zmieniająca uchwałę w sprawie kryteriów i trybu przyznawania środków finansowych na dofinansowanie realizacji zadań dotyczących uczestnictwa polskich zespołów w projektach Piątego Programu Ramowego Badań, Rozwoju Technicznego i Prezentacji Unii Europejskiej w latach 1999–2002.

Na podstawie art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 12 stycznia 1991 r. o utworzeniu Komitetu Badań Naukowych (Dz.U. Nr 8, poz. 28, z 1993 r. Nr 52, poz. 240, z 1995 r. Nr 30, poz. 152, z 1996 r. Nr 106, poz. 496, z 1997 r. Nr 24, poz. 118, Nr 75, poz. 469, Nr 80, poz. 500, Nr 96, poz. 590, Nr 121, poz. 770, z 1998 r. Nr 106, poz. 668 oraz z 2000 r. Nr 62, poz. 718 i Nr 91, poz. 1008) oraz w związku z ust. 8 załącznika do uchwały Nr 29/97 Komitetu Badań Naukowych z dnia 10 października 1997 r. w sprawie kryteriów i trybu przyznawania środków finansowych na dofinansowanie działalności ogólnotechnicznej i wspomagającej badania oraz na dofinansowanie podmiotów działających na rzecz nauki (Dz. Urz. KBN Nr 9, poz. 30 i z 1999 r. Nr 1, poz. 6) uchwała się, co następuje:

§ 1.

W uchwale Nr 25/99 Komitetu Badań Naukowych z dnia 15 września 1999 r. w sprawie kryteriów i trybu przyznawania środków finansowych na dofinansowanie realizacji zadań dotyczących uczestnictwa polskich zespołów w projektach Piątego Programu Ramowego Badań, Rozwoju Technicznego i Prezentacji Unii Europejskiej w latach 1999–2002 (Dz.

Urz. KBN Nr 6, poz. 25 i z 2000 r. Nr 5, poz. 26) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 1 w ust. 2 po pkt 2 kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje się pkt 3 w brzmieniu:

„3) prace przygotowawcze do projektów 5. PR”;

2) w § 3 w ust. 4 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) dla projektów 5. PR przyjętych do realizacji, przedstawionych na wezwanie Komisji Europejskiej:

- a) ogłoszone w 1999 r. – 90%,
- b) ogłoszone w 2000 r. – 80%,
- c) ogłoszone w 2001 r. – 70%,
- d) ogłoszone w 2002 r. – 60%

środków wykazywanych jako środki własne podmiotu, z tym że kwota dofinansowania nie może przekroczyć odpowiednio dla kolejnych lat: 90%, 80%, 70% i 60% środków przyznanych przez Komisję Europejską oraz 150 000 zł w pierwszym roku realizacji projektu, z zastrzeżeniem pkt 3”;

3) po § 3 dodaje się § 3a w brzmieniu:

„§ 3a. 1. Krajowy podmiot działający na rzecz nauki, nie będący jednostką naukową lub jednostką badawczo-rozwojową, może otrzymać dofinansowanie w wysokości części kosztów poniesionych na prace przygotowawcze do projektu 5. PR, a w szczególności na przygotowanie wniosku wymaganego przez Komisję Europejską, z tym że dofinansowanie może być przyznane tylko raz w odniesieniu do danego projektu i nie może być wyższe niż 30 000 zł.

2. Dofinansowanie, o którym mowa w ust. 1, może być przyznane wyłącznie jednostce występującej jako koordynator projektu 5. PR, pod warunkiem:

- 1) złożenia do Komisji Europejskiej właściwego wniosku o realizację projektu,
- 2) złożenia do Komitetu kopii arkusza ocen projektu”.

4) po § 6 dodaje się § 6a w brzmieniu:

„§ 6a. Przepisy uchwały stosuje się do projektów realizowanych przez krajowe podmioty działające na rzecz nauki, nie będące jednostką naukową lub badawczo-rozwojową, biorące udział w pracach Piątego Programu Ramowego Badań i Szkolenia Europejskiej Wspólnoty Energii Atomowej w latach 1999–2002, z tym że dofinansowywanie części kosztów ponoszonych ze środków własnych może być przyznane przez Komitet w procentowej wysokości określonej w § 3 ust. 4 nawet wówczas, gdy projekty te nie otrzymują dofinansowania ze strony Komisji Europejskiej”.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

MINISTER NAUKI
PRZEWODNICZĄCY KOMITETU
BADAŃ NAUKOWYCH

Andrzej Wiszniewski