

**Potrzeby zdrowotne dzieci cierpiących biedę
- poszukiwanie rozwiązań z perspektywy należnych dzieciom praw
(wersja robocza)**

Wprowadzenie

W Polsce, podobnie jak w innych krajach UE notuje się nadreprezentację dzieci wśród osób biednych, co rzutuje ujemnie na stan zdrowia i zmniejsza szanse edukacyjne i rozwojowe, zwłaszcza w przypadku najmłodszych dzieci. Poszerzające się i utrwalające ubóstwo znacznej części społeczeństwa zaczyna być w Polsce największą przeszkodą w zaspokajaniu podstawowych potrzeb zdrowotnych, edukacyjnych, rozwojowych i socjalnych dzieci i w wypełnianiu należnych dzieciom praw. Bieda dotycząca nasze dzieci pociąga też za sobą dalekosiężne ujemne następstwa określane mianem dziedziczenia ubóstwa, marginalizacji i wykluczenia społecznego, co podważa idee równości szans i wspólnotę wartości wewnątrz kraju oraz ogranicza możliwości pełnego korzystania z szans rozwoju, jakie stwarza uczestnictwo w Unii Europejskiej.

Zjawisko marginalizacji i wykluczenia społecznego pogłębia się z powodu utrudnionego dostępu do adekwatnej do potrzeb opieki zdrowotnej, ograniczonego dostępu do zajęć pozaszkolnych, do aktywnego wypoczynku i do dóbr kultury oraz z powodu pozostawiania pewnej liczby dzieci i młodzieży poza systemem powszechnej edukacji, ubezpieczeń i pomocy socjalnej. Istnieją w Polsce uderzające nierówności w stanie zdrowia dzieci i w dostępie do świadczeń zdrowotnych, co wyraża się niemal dwukrotnym, międzyregionalnym zróżnicowaniem współczynników umieralności niemowląt i dzieci. Na szczególne ryzyko nierówności w zdrowiu wystawione są zwłaszcza osoby niepełnosprawne.

Istnieje wyraźny związek między opiniami rodziców i opiekunów o stanie zdrowia ich dzieci do 14. roku życia oraz między samooceną stanu zdrowia młodzieży w wieku 15 - 19 lat a statusem ekonomicznym rodziny. W porównaniu do rodzin zamożniejszych, w rodzinach biednych:

- noworodki częściej charakteryzują się małą masą urodzeniową,
- niemowlęta rzadziej karmione są piersią w wieku 6 miesięcy,
- u dzieci częściej występuje niski wzrost, wady wrodzone, niepełnosprawność,
- dzieci i młodzież cechują się gorszą kondycją emocjonalną,
- dzieci i młodzież mają gorszy dostęp do adekwatnej opieki lekarskiej i stomatologicznej,
- dzieci i młodzież rzadziej zażywają witaminy i minerały, ale częściej sięgają po środki przeciwbólowe i uspokajające.

Badania GUS w ramach programu Innocenti UNICEF ujawniły, iż ubóstwo w znaczącym stopniu zmniejsza dostępność do ponadprogramowych zajęć edukacyjnych i rekreacyjnych w szkole i poza szkołą.

Uprawnione jest twierdzenie, że w Polsce istnieją pogłębiające się nierówności społeczne zagrażające szczególnie zdrowiu i rozwojowi młodego pokolenia. Wyzwaniu temu musi sprostać w najbliższej przyszłości zarówno polityka społeczna, jak i polityka zdrowotna państwa. Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 16 stycznia 2008 r.: *w kierunku strategii UE na rzecz praw dziecka (2007/2093(INI))* w rozdziale „Ubóstwo a dyskryminacja” przypomina m.in.: „że w Unii Europejskiej 19% dzieci żyje poniżej progu ubóstwa i że w związku z tym należy przedsięwziąć odpowiednie działania pomocowe ukierunkowane na potrzeby dzieci, również w celu wspierania ich rodzin”, i apeluje do państw członkowskich „o przyjęcie ambitnych i osiągalnych celów w zakresie ograniczenia, a w przyszłości likwidacji ubóstwa wśród dzieci”; „o wypełnianie obowiązku niesienia pomocy i chronienia wszystkich dzieci przed groźbą niedożywienia, chorób, złego traktowania i maltretowania, niezależnie od statusu społecznego lub prawnego dziecka lub jego rodziców”; „o zwrócenie szczególnej uwagi na wszelkie formy dyskryminacji dzieci, w tym dyskryminacji dzieci dotkniętych trudnościami w nauce (np. dysleksją, dyskalkulią, dyspraksją) lub różnymi innymi rodzajami niepełnosprawności”.

Tymczasem w europejskich środowiskach pediatrycznych podnoszą się głosy zaniepokojenia z powodu pogarszającej się opieki medycznej nad dziećmi, co narusza prawa dzieci do zdrowia. Michael Kirchner z Berlina alarmuje: *„Na pierwszy rzut oka prawa te wydają się możliwe do zrealizowania we współczesnej Europie. Jednak to złudne wrażenie. Pod hasłem „redukcja kosztów” coraz mocniej ugruntowuje się „medycyna drugiej kategorii”, której ofiarą staje się dziecko”.*

Celem tej pracy jest próba określenia potrzeb zdrowotnych dzieci biednych przez pryzmat warunków życia i rozwoju dzieci w Polsce oraz wpływających z tej analizy rekomendacji do działań zaradczych.

Warunki życia i rozwoju dzieci w Polsce

W latach 1995-2006 liczba dzieci i młodzieży systematycznie zmniejszała się - w 2006 roku odnotowano 6 022,4 tys. dzieci w wieku 0-14 lat (27% mniej niż w 1995r.) oraz 2 788,1 tys. młodzieży w wieku 15-19 lat. W 2006 roku odsetek dzieci w wieku 0-14 lat wynosił 15,8% całej populacji, młodzieży w wieku 15-19 lat - 7,3%.

W latach 1970-2006 stopniowo zwiększał się udział urodzonych dzieci pozamałżeńskich do urodzeń żywych ogółem z 5,0% w 1970 roku do 18,9% w 2006 roku. W ostatnich latach liczba rozwodów w Polsce wyraźnie wzrosła. W roku 2006 liczba rozwodów wyniosła 71,9 tys. i była wyższa o 6,4% względem roku poprzedniego i o 71% w stosunku do 1999 roku. W 2006 roku 62,6% rozwodów dotyczyło małżeństw z małoletnimi dziećmi, przy czym największy udział w ogólnej liczbie rozwodów miały małżeństwa z jednym dzieckiem (ponad 39%) oraz z dwójką dzieci (18%). W 2006 roku skutki rozwodu dotknęły 67,3 tys. dzieci w wieku poniżej 18 lat. W latach 1999-2006 nastąpiły zmiany w strukturze dzieci z rozwodzających się małżeństw, polegające na zmniejszeniu się odsetka dzieci najmłodszych oraz w wieku przedszkolnym na rzecz wzrostu udziału dzieci w wieku szkolnym. W 2006 roku ponad połowę (65,2%) stanowiły dzieci w wieku szkolnym (7-17 lat). W 2006 roku zdecydowanie najczęściej (61,7%) władza rodzicielska i opieka nad małoletnimi dziećmi przyznawana była matkom, ojcu tylko w 3,8%, a razem matce i ojcu w

32,4%. W niewielkiej liczbie przypadków dziecko powierzane było placówce wychowawczej lub rodzinie zastępczej (razem niespełna 1%). Najczęściej na rozwód decydowały się pary, których okres trwania małżeństwa wynosił 5-9 lat - 23,3% rozwodzących się par. Następną pod względem częstości rozwodów była grupa małżeństw ze stażem 0-4 lata wspólnego pożycia - 18,5% rozwodów ogółem. Spośród przyczyn rozkładu pożycia małżeńskiego dominowały: niezgodność charakterów, niedochowanie wierności małżeńskiej i nadużywanie alkoholu. Alternatywę dla rozwodów stanowi instytucja separacji, wprowadzona w grudniu 1999 roku. W 2006 roku orzeczono prawomocnie prawie 8 tys. separacji. Mimo że ich liczba w porównaniu do 2005 roku spadła o ponad 30%, to i tak w stosunku do 2000 roku stanowiło to prawie sześciokrotny wzrost. W 2006 roku separowane małżeństwa posiadały najczęściej jedno dziecko (31,1% ogółu par) oraz dwoje dzieci (25,5%). Liczba dzieci z separowanych małżeństw wyniosła 11,2 tys., z czego ponad połowa (ponad 62%) dzieci była w wieku 7-15 lat, 18,2% - w wieku 3-6 lat.

Wg Narodowego Spisu Powszechnego w 2002 r. na utrzymaniu 4 854,8 tys. rodzin pełnych było 8 974,7 dzieci do 24 lat, 99,1 tys. związków partnerskich - 173,0 tys. dzieci, 1 019,3 tys. samotnych matek - 1 511,0 tys. dzieci, 106,3 tys. samotnych ojców - 150,0 tys. dzieci.

Wg GUS liczba przedszkoli w roku szkolnym 2006/2007 wyniosła 7 811 i w porównaniu do roku szkolnego 2000/2001 spadła o 690. W większości placówki przedszkolne znajdowały się na obszarze miejskim (67%). W roku szkolnym 2006/2007 w przedszkolach znajdowało się 697,8 tys. miejsc, z czego około 80% znajdowało się w placówkach w mieście. Do przedszkoli uczęszczało 676,4 tys. dzieci, o 3,4% więcej w porównaniu do roku poprzedniego. Średnio na 1 oddział przedszkola przypadało 23 dzieci, przy czym na 1 oddział na wsi o 3 osoby mniej niż w mieście. Odsetek dzieci niepełnosprawnych w przedszkolach wyniósł 1,0%.

W roku szkolnym 2006/2007 funkcjonowało 9,5 tys. oddziałów przedszkolnych przy szkołach podstawowych, z czego ponad 80% działało na wsi. W roku szkolnym 2006/2007 do oddziałów przedszkolnych uczęszczało 186,2 tys. dzieci, w tym większość (65,5%) do oddziałów znajdujących się na wsi. Średnio na 1 oddział przypadało 16 dzieci, na 1 oddział w mieście o 5 osób więcej niż na wsi. Odsetek dzieci niepełnosprawnych w oddziałach przedszkolnych wyniósł 0,6%.

Analiza struktury wiekowej dzieci, które uczęszczały do placówek wychowania przedszkolnego wykazała, że w roku szkolnym 2006/2007 większość dzieci (65,9%) była w wieku 5-6 lat. Najmniejszymi grupami były dzieci w wieku 7 i więcej lat (0,9%) oraz najmłodsze w wieku 2 lat (1,5%).

Ocenę zróżnicowania socjalnego oparto na szacunkach zasięgu ubóstwa w Polsce, wykonanych na podstawie wyników badań budżetów gospodarstw domowych w 2005 roku. Osoby w wieku do 19 lat stanowiły 40% populacji osób żyjących w gospodarstwach domowych o wydatkach niższych od minimum egzystencji. Wśród osób w wieku 15-19 lat wskaźnik zagrożenia ubóstwem skrajnym

wynosił około 18,5%, a dla dzieci do lat 14 - około 19%. Najbardziej zagrożone ubóstwem były osoby żyjące w rodzinach wielodzietnych. Najgorzej przedstawiała się sytuacja w rodzinach małżeństw z 4 i więcej dzieci na utrzymaniu. W tych rodzinach 43,5% osób żyło poniżej minimum egzystencji, 54,5% osób znalazło się poniżej relatywnej granicy ubóstwa, a poniżej ustawowej granicy ubóstwa - 63,1%. W rodzinach małżeństw z 3 dzieci poniżej minimum egzystencji żyła prawie co 5 osoba, 31,4% osób znalazło się poniżej relatywnej granicy ubóstwa, a poniżej ustawowej granicy ubóstwa - 35,8%.

W 2005 roku odsetek samotnych matek i ojców żyjących poniżej minimum egzystencji wynosił 14,5%, poniżej relatywnej granicy ubóstwa - 20,5%, a poniżej ustawowej granicy ubóstwa - 20,7%. Wskaźniki zagrożenia ubóstwem dla matek lub ojców z dziećmi na utrzymaniu były wyższe niż dla małżeństw z 2 dzieci, ale mniejsze niż dla małżeństw z 3 dzieci.

Wskaźnik zagrożenia ubóstwem w rodzinach z niepełnosprawnymi dziećmi był wyraźnie wyższy od przeciętnego - w 2005 roku 17,8% osób w gospodarstwach domowych z przynajmniej 1 dzieckiem do lat 16 posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności znajdowało się poniżej minimum egzystencji.

Sytuacja dochodowa gospodarstw domowych uzależniona jest w głównej mierze od rodzaju gospodarstwa domowego. W 2004 roku najwyższy udział dochodu ekwiwalentnego do dyspozycji w średniej krajowej wyniósł dla małżeństw bezdzietnych - 140%, niższy odnotowano dla małżeństw: z 1 dzieckiem na utrzymaniu - 118%, z 2 dzieci na utrzymaniu - 94%, z 3 dzieci na utrzymaniu - 67%. Rodzice samotnie wychowujący dziecko dysponowali dochodami na poziomie 82% średniej krajowej. Najgorsza była sytuacja małżeństw z 4 i więcej dzieci, dla których poziom dochodu do dyspozycji był o prawie połowę niższy od średniej krajowej.

Analogicznie do sytuacji dochodowej gospodarstw domowych poziom miesięcznych wydatków zróżnicowany jest w zależności od rodzaju gospodarstwa domowego. Najwyższy poziom wydatków wystąpił dla małżeństw bezdzietnych (137% średniej krajowej), niższy odnotowano w przypadku małżeństw z 1 dzieckiem i 2 dzieci (odpowiednio 118% i 98% średniej krajowej) oraz rodziców samotnie wychowujących dzieci (93% średniej krajowej). Najniższym poziomem miesięcznych wydatków charakteryzowały się rodziny wielodzietne - dla małżeństw z 3 dzieci wyniósł 74% średniej krajowej, a dla małżeństw z 4 dzieci i więcej - 57%.

Dominującą pozycję w wydatkach gospodarstw domowych zajmują wydatki na żywność i napoje bezalkoholowe. W 2005 roku rodziny z 4 i więcej dzieci przeznaczyły na ten cel najwięcej - ponad 38% ogólnej kwoty wydatków, a najmniej - małżeństwa z jednym dzieckiem na utrzymaniu (25,3% ogólnej kwoty wydatków). Na wydatki związane z użytkowaniem mieszkania i nośnikami energii gospodarstwa domowe przeznaczyły około 19% ogólnych wydatków, z tego większość dotyczyła stałych opłat mieszkaniowych (najem mieszkania lub domu, zaopatrywanie w wodę, nośniki energii) - 16,0%. W przypadku wydatków na odzież i obuwie gospodarstwa domowe przeznaczyły na ten cel 5,2% ogólnych wydatków, przy czym najmniej (4,0%) wydano wśród małżeństw bezdzietnych.

Biorąc pod uwagę zależność pomiędzy sytuacją materialną gospodarstwa domowego a oceną stanu zdrowia można stwierdzić, że coraz niższe oceny stanu zdrowia dzieci pojawiały się wraz z coraz to gorszą sytuacją materialną rodziny.

Najwyższy odsetek rezygnacji rodziców z wizyt lekarskich swoich dzieci odnotowano w województwie opolskim (5,9%), podlaskim (5,5%) oraz zachodniopomorskim (5,3%). Zrezygnowało z wizyt u lekarza prawie 9% młodzieży w wieku 15 - 19 lat. Najczęstszą przyczyną rezygnacji była tu chęć poczekania w celu zobaczenia, czy problemy zdrowotne miną bez konieczności skorzystania z pomocy lekarskiej (28,6% rezygnacji).

Około 70% wizyt u lekarzy dentyistów było wizytami całkowicie bezpłatnymi. Na 1000 leczonych dzieci przypadało około 300 wizyt całkowicie płatnych. Najwięcej wizyt całkowicie płatnych dotyczyło dzieci w wieku 2 - 4 lata, a najmniej dzieci w wieku 5 - 9 lat. Wizyty 111 osób na 1000 leczonych były częściowo płatne. Najczęściej z tej formy odpłatności korzystali rodzice dzieci w wieku 10 - 14 lat. W przypadku 5,8% dzieci w wieku 2 - 14 lat zrezygnowano z wizyt u dentyisty. Najczęściej dotyczyło to najmłodszych dzieci w wieku 2 - 4 lata - 2,2%, a najczęściej wśród osób w wieku 10 - 14 lat - 7,5%. Za najważniejszą przyczynę rezygnacji z wizyt swoich pociech u dentyisty rodzice podawali brak pieniędzy - 44,1%, 12,5% w przypadku dzieci w wieku 2 - 4 lata, prawie 40% osób w wieku 5 - 9 lat i ponad 50% wśród dzieci w wieku 10 - 14 lat. Za powód rezygnacji wskazywano również długą listę oczekujących (16,1%). Z wizyt stomatologicznych zrezygnowała prawie co dziesiąta osoba w wieku 15 - 19 lat. Najczęstszą przyczyną takiej decyzji był brak pieniędzy (39,1%), brak czasu (15,9%), obawa przed lekarzem, badaniem, leczeniem (18,9%) oraz długa lista oczekujących (13,7%).

Żłobki stanowią placówki udzielające świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem działania profilaktyczne i opiekę nad dzieckiem w wieku do 3 lat, w czasie pracy rodziców lub opiekunów. W latach 2000 - 2006 liczba żłobków i oddziałów żłobkowych przy przedszkolach spadła o odpowiednio 13,3% i 25,6%. Na koniec 2006 roku działało 371 żłobków i 125 oddziałów. Zdecydowana większość z nich (96% żłobków i 92% oddziałów żłobkowych) stanowiła placówki publiczne.

Pod koniec 2006 roku działało 3 396 placówek wsparcia dziennego (3 030 opiekuńczych i 366 specjalistycznych), w tym 1 855 pracowało minimum 5 dni lub 20 godzin w tygodniu. Z placówek skorzystało w ciągu roku 161,4 tys. dzieci i młodzieży (140,0 tys. z opiekuńczych i 21,4 tys. ze specjalistycznych). W swojej działalności tego typu instytucje wspierane są pracą wolontariuszy. W 2006 roku pomoc taką świadczyło ponad 9,3 tys. osób.

Obok placówek wsparcia dziennego pod koniec 2006 roku funkcjonowało 699 placówek całodobowych: 33 interwencyjne, 248 rodzinnych, 277 socjalizacyjnych oraz 141 wielofunkcyjnych, z czego 42 realizowały zadania przewidziane dla placówki wsparcia dziennego. Liczba wychowanków według stanu na 31 grudnia wyniosła 20,7 tys. osób (w ciągu roku przebywało w nich 33,5 tys. dzieci), w tym: w placówkach interwencyjnych - 1,3 tys. (4,6 tys. w ciągu roku), w rodzinnych - 2,0 tys.

(2,2 tys. w ciągu roku), w socjalizacyjnych - 10,6 tys. (15 tys. w ciągu roku), w wielofunkcyjnych - 6,8 tys. (11,8 tys. w ciągu roku).

Na koniec 2006 roku funkcjonowało 37,0 tys. rodzin zastępczych, które wychowywały 51,3 tys. dzieci. Mimo że od 2003 roku zanotowano niewielki wzrost liczby rodzin zastępczych, to w porównaniu do 2000 roku liczba ta spadła o 7,3% (o 2,9 tys. rodzin). Od 2003 roku wraz ze wzrostem liczby rodzin zastępczych zwiększała się także liczba dzieci i młodzieży w wieku do 18 lat będących pod opieką tych rodzin, przy czym wzrost ten był większy niż w przypadku liczby rodzin zastępczych. W porównaniu do roku poprzedniego liczba dzieci wzrosła w 2003 roku o 0,9%, w 2004 roku o 1,5%, w 2005 roku o 2,5%, a w 2006 roku o 3,4%. W rezultacie tych zmian liczba osób w wieku do 18 lat pozostająca w rodzinach zastępczych wzrosła w stosunku do 2000 roku o 2,4%. W 2006 roku zdecydowana większość rodzin zastępczych (70,5%) mieszkała w miastach, 10,9 tys. na wsi. W przekroju województw najwięcej rodzin zastępczych mieszkało w województwach: śląskim (13,7%), mazowieckim (11,7%), dolnośląskim (9,5%), łódzkim (7,9%) i wielkopolskim (7,2%), a najmniej w województwach: podlaskim (2,4%), świętokrzyskim (2,7%) i opolskim (2,8%). W 2006 roku najwięcej rodzin zastępczych było spokrewnionych z dziećmi - 83,8% (w miastach 84,9%, na wsi 81,1%). Rodziny niespokrewnione z dzieckiem stanowiły 14% ogółu rodzin zastępczych (w miastach 13%, na wsi 16,3%), natomiast zawodowe rodziny zastępcze - 2,2%. Wśród zawodowych rodzin zastępczych ponad połowa to rodziny o charakterze pogotowia rodzinnego. Wśród osób w wieku do 18 lat przebywających w rodzinach zastępczych 77,8% dzieci wychowywało się w rodzinach spokrewnionych z dzieckiem, 15,6% w niespokrewnionych z dzieckiem, a 6,3% w zawodowych. Na koniec 2006 roku osoby samotne stanowiły 42,2% rodzin zastępczych, małżeństwa - 57,8%. W latach 2001 - 2006 odsetek osób samotnych pełniących funkcje rodziny zastępczej stopniowo spadał na rzecz małżeństw (w 2001 roku wynosił odpowiednio 45,6% i 54,4%). Najwięcej rodzin zastępczych sprawowało opiekę nad jednym dzieckiem - w 2006 roku odsetek rodzin, które przyjęły jedno dziecko, wyniósł 73,1% (w porównaniu do 2001 roku spadł o 3,3 pkt proc.). Rodziny zastępcze wychowujące dwójkę dzieci stanowiły 18% ogółu rodzin (w 2001 roku - 17,2%). W porównaniu do 2001 roku wzrosła liczba rodzin z trójką dzieci oraz rodzin z więcej niż trójką dzieci - w 2006 roku rodziny te stanowiły odpowiednio 5,3% i 3,4% ogółu rodzin zastępczych (w 2001 roku odpowiednio 4,4% i 2%). Wśród dzieci i młodzieży w wieku do 18 lat przebywających w rodzinach zastępczych na koniec 2006 roku najwięcej było dzieci w wieku 7 - 13 lat (41,5%) oraz osób w wieku 14 - 18 lat (39,1%). Najmniej było dzieci najmłodszych, tj. w wieku 0 - 3 lata (7,9%). Dzieci w przedziale wiekowym 4 - 6 lat stanowiły 11,5% dzieci w rodzinach zastępczych. W latach 2001 - 2006 zmieniła się struktura wiekowa dzieci przebywających w rodzinach zastępczych - wzrósł odsetek dzieci w wieku 0 - 3 lata i 4 - 6 lat (w 2001 roku odpowiednio 5,4% i 9,4%), natomiast spadł dla młodzieży w wieku 14 - 18 lat (w 2001 roku 45,7%). W ciągu 2006 roku rodziny zastępcze opuściło 4,5 tys. wychowanków w wieku do 18 lat, w tym 34,2% powróciło do rodziny naturalnej, 25,2% zostało umieszczonych w innej rodzinie zastępczej, a 19% w placówce opiekuńczo-wychowawczej, 16% przekazano do adopcji.

W badaniu modułowym gospodarstw domowych znalazły się również pytania, czy występowała konieczność korzystania z usług opieki zdrowotnej lekarskiej i czy dana osoba z niej skorzystała, a jeśli nie, to z jakiego powodu. Informacje w tym zakresie, stanowiące subiektywne odpowiedzi respondentów, nie muszą odzwierciedlać rzeczywiście istniejącej potrzeby/lub braku porady lekarskiej, aczkolwiek wskazują na określone zachowania i postawy w zakresie ochrony zdrowia oraz ograniczenia i trudności w korzystaniu z usług opieki zdrowotnej. Z usług lekarskich nie skorzystało, mimo że istniała taka potrzeba zdrowotna, 1,9% dzieci w grupie wieku 1 - 2 lata, 2,8% w grupie 3 - 6 lat i 3,4% w grupie 7 - 16 lat, natomiast w odniesieniu do niemowląt takie sytuacje nie miały miejsca. W grupie 1 - 2-latków ich rodzice za powód niekorzystania z porad lekarskich w prawie połowie przypadków wymieniali długi czas oczekiwania na wizytę, następnie brak lekarza danej specjalności (25,3%). Wśród dzieci w wieku przedszkolnym w podobnym stopniu wymieniano brak lekarza danej specjalności i nie dostosowany czas przyjęć (odpowiednio 22,2% i 20,6%), pewne znaczenie miał także brak czasu oraz brak pieniędzy. W grupie wiekowej 7 - 16 lat wśród przyczyn największą rolę odgrywał brak pieniędzy i czasu oraz niedostosowany czas przyjęć (odpowiednio 28,4%, 17,4% i 16,2%). Podobnie jak w przypadku porad lekarskich największy odsetek dzieci i młodzieży, która nie skorzystała z usług stomatologicznych pomimo takiej potrzeby, wystąpił w grupie wieku 17 -24 lata - 10,7%. Wśród tych osób do najczęściej wymienianych przyczyn nieskorzystania z tego typu porad należały: brak pieniędzy (37,8%), strach (22,6%), długi czas oczekiwania na termin wizyty (17,2%) i brak czasu (15,7%). W pozostałych grupach wiekowych odsetek dzieci, które nie skorzystały z wizyty u stomatologa mimo potrzeby, wynosił 1,4% w grupie wieku 1 - 2 lata, 2,8% w grupie 3 - 6 lat oraz 5,6% w grupie 7 - 16 lat. W grupach wieku 3 - 6 lat i 7 - 16 lat najczęściej wymienianymi powodami rezygnacji z usług stomatologicznych były: brak pieniędzy (odpowiednio 32,9% i 32,2%), strach (odpowiednio 24,9% i 31%) i długi czas oczekiwania na termin wizyty (odpowiednio 11,8% i 22,5%). W najmłodszej grupie wiekowej (1-2 lat) zdecydowanie najważniejszą przyczyną nieskorzystania z usług stomatologicznych był długi czas oczekiwania na termin wizyty (63,9%); istotne znaczenie miał także strach (19,5%) oraz brak czasu (16,7%).

Wydatki ponoszone przez gospodarstwa domowe na produkty zdrowotne są znacznie zróżnicowane w zależności od liczby dzieci (do 14. roku życia włącznie). W IV kwartale 2006 roku na zakup leków i innych artykułów farmaceutycznych gospodarstwa, w których nie ma dzieci, wydały średnio 117,62 zł na osobę, ponad dwukrotnie więcej niż gospodarstwa z jednym dzieckiem (56,07 zł na osobę) i gospodarstwa z dwójką dzieci (53,81 zł na osobę). Gospodarstwa, w których wychowuje się troje i więcej dzieci, przeznaczyły na ten cel średnio 34,90 zł na osobę czyli ponad trzykrotnie mniej niż gospodarstwa bez dzieci.

W ujęciu rocznym średnie wydatki na sprzęt medyczny i środki pomocnicze na osobę w gospodarstwach bez dzieci wyniosły 65,91 zł, w gospodarstwach z jednym dzieckiem - 39,23 zł, z dwójką dzieci - 34,18 zł, a w wychowujących troje i więcej dzieci - 17,55 zł na osobę. Wydatki na tego typu dobra medyczne w przeliczeniu na 1 osobę były dwukrotnie wyższe w gospodarstwach z jednym lub dwójką dzieci w porównaniu do gospodarstw, w których jest troje i więcej dzieci.

Analiza struktury społecznej ankietowanych rodzin w ramach Międzynarodowych Badań Zachowań Zdrowotnych Młodzieży Szkolnej wykazała, że co szósty uczeń wychowuje się w rodzinie niepełnej, jedna trzecia uczniów żyje w rodzinach mniej zamożnych i podobny odsetek mieszka w rejonach o znacznym nasileniu lokalnych problemów. Odsetek rodzin ubogich, według wskaźnika subiektywnej oceny zamożności rodzin, jest dużo mniejszy, jak również zjawisko głodu okazało się marginalne. Analiza zmian w strukturze i sytuacji ekonomiczno - społecznej rodzin ankietowanych w 2002 i 2006 roku wykazała, że coraz większy odsetek młodzieży żyje w rodzinach niepełnych, natomiast poprawie ulega ich sytuacja materialna. Stwierdzono również pogorszenie w zakresie łatwości komunikowania się młodzieży z rodzicami.

Potrzeby zdrowotne w perspektywie praw dziecka

W komunikacie KE z dnia 4.07.2006 r. oraz w deklaracji PE i Rady z dnia 16.01.2008 *w kierunku strategii UE na rzecz praw dziecka* zaleca się, aby prawa i potrzeby dziecka postrzegać wspólnie: poszanowanie i propagowanie praw wszystkich dzieci powinno iść w parze z niezbędnym działaniem uwzględniającym ich podstawowe potrzeby. Mając na uwadze tę perspektywę można zakładać, że określenie specyficznych potrzeb zdrowotnych dzieci biednych wiązać się będzie nie tylko z możliwością lepszego wypełnienia prawa do godziwych warunków socjalnych, ale także prawa do życia i zdrowia, prawa do nauki oraz prawa do ochrony przed przemocą i demoralizacją. Ocena stopnia wypełnienia potrzeb dzieci chorych z perspektywy praw człowieka pozwala na zobiektywizowanie efektów działań podejmowanych przez odpowiedzialne instytucje i organy oraz wymusza uzyskanie wiarygodnych danych co do stopnia wypełniania tych podstawowych praw w odniesieniu do konkretnego pacjenta i rodziny, a także całej populacji chorych.

W celu sprecyzowania z perspektywy praw człowieka potrzeb zdrowotnych dzieci przewlekle chorych lub niepełnosprawnych w mniejszym stopniu przydatna jest definicja diagnostyczna (medyczna) problemu zdrowotnego, ponieważ nie uwzględnia wpływu choroby na upośledzenie funkcjonowania dziecka. Właściwsze wydaje się posługiwanie się określeniem dzieci przewlekle chorych lub niepełnosprawnych jako osób o specjalnych potrzebach w zakresie szeroko pojmowanej opieki (zdrowie, edukacja, opieka socjalna, ochrona przed zagrożeniami).

Potrzeby dzieci przewlekle chorych obejmują zarówno bezpośrednie potrzeby medyczne i pośrednie potrzeby medyczne, jak również potrzeby edukacyjne, socjalne, potrzeby życia codziennego. Spełnienie tych potrzeb ma na celu nie tylko poprawę diagnostyki, leczenia, rokowania, ale także poprawę jakości życia dziecka i rodziny. Problemy z wypełnianiem tych potrzeb narastają, gdy dzieci i rodzice żyją w niedostatku, gdy spotykają się ze słabą orientacją lekarza co do choroby, brakiem z jego strony zrozumienia, brakiem wsparcia.

Osoby z chorobami rzadkimi doświadczają najgorszego upośledzenia szans rozwojowych, społecznych, ekonomicznych, w opiece medycznej (cyt. za: „The

Lancet" 2008; 371:2039-2041). W wielu przypadkach diagnoza jest opóźniona. W 25% przypadków mija 5 - 30 lat od pojawienia się pierwszych objawów do właściwej diagnozy, przed postawieniem rozpoznania 40% pacjentów ma niewłaściwe rozpoznanie, a pozostali nie mają żadnego rozpoznania.

Rekomendacje do działań zaradczych

W krajach o najwyższej skali nierówności społecznych zawsze występują największe nierówności w zdrowiu pomiędzy bogatymi a biednymi warstwami ludności. Taka sytuacja panuje również w Polsce. Efektywność działań na rzecz likwidacji nierówności w zdrowiu zależy od połączonych wysiłków wszystkich sektorów na rzecz likwidacji ubóstwa. Jednak polityka finansowania opieki zdrowotnej przez sektor zdrowia, zapewniająca wysoką jakość świadczeń, może odegrać kluczową rolę w przeciwdziałaniu skutkom nierówności społecznych. Inwestycje poczynione w okresie ciąży, porodu i w okresie noworodkowym przyczyniają się najbardziej do ograniczenia nierówności wskaźników zdrowotnych. Nadanie priorytetu zdrowiu matek i małych dzieci może waleńie przyczynić się do rozerwania błędnego koła choroby i biedy.

Doświadczenia krajów, które już opracowały i skutecznie wdrożyły całościową politykę na rzecz rozwoju dzieci i młodzieży wskazują, że czynnikami decydującymi o osiągnięciu sukcesu są, obok konieczności ustanowienia kryterium sprawiedliwości i równości jako jasnych celów polityki zdrowotnej i całościowej polityki państwa, także: podejście uwzględniające etapy rozwoju dziecka; uznanie roli działań wielosektorowych i potrzeby koordynacji wysiłków ministerstw, organizacji pozarządowych, mediów i sektora prywatnego; zaangażowanie młodych ludzi, rodzin i społeczności lokalnych w proces planowania, realizacji i ewaluacji planów poprawy zdrowia dzieci i młodzieży; a także wzmocnienie systemów informacyjnych jako kluczowego elementu rozwoju strategii.

Sprawiedliwość

Szczególnie uwzględniane powinny być potrzeby grup najbardziej upośledzonych socjalnie - zwłaszcza kiedy oceniana jest sytuacja zdrowotna młodego pokolenia oraz budowana jest polityka i planowane są świadczenia dla dzieci. Jak wykazano poniżej niewiele wysiłku potrzeba ze strony polityków i pracowników ochrony zdrowia, aby skutecznie działać na rzecz równości w opiece zdrowotnej dzieci i młodzieży. Niezbędne jest:

- dokonanie analizy sytuacji zdrowotnej dzieci i młodzieży z uwzględnieniem grup wiekowych;
- zajęcie się głównymi i podstawowymi uwarunkowaniami złego stanu zdrowia dzieci (takimi na przykład, jak nieodpowiednie odżywianie i złe warunki mieszkaniowe);
- nadanie priorytetowego znaczenia najbardziej podatnym na niebezpieczeństwo stadiom rozwoju dziecka (ciąża, niemowlęctwo, okres dorastania);
- inwestowanie w zapobieganie i zwalczanie chorób, które nieproporcjonalnie często dotyczą dzieci biedne;

- inwestowanie w gospodarstwa domowe wystawione na największe zagrożenia;
- poprawa jakości podstawowej i szpitalnej opieki nad dziećmi i młodzieżą;
- ustalenie właściwych mierników równości oraz celów działania.

Mając na uwadze równość szans na zdrowie i rozwój dzieci konieczne jest wprowadzenie ustawowych gwarancji zapewnienia wszystkim dzieciom do 18 roku życia włącznie, a także kobietom w okresie ciąży, porodu i połogu, adekwatnego do potrzeb dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, co wymaga zniesienia tzw. limitów na wszelkie świadczenia zdrowotne udzielane dzieciom i wprowadzenia zasady finansowania tych świadczeń zgodnie z rzeczywistym wykonaniem. W przypadkach ograniczonej możliwości udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawcę konieczne jest wprowadzenie ustawowego prawa dzieci do świadczeń zdrowotnych poza kolejnością. Pilnego unormowania wymaga kwestia pokrywania ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia kosztów pobytu w placówkach opieki zdrowotnej osoby bliskiej, sprawującej dodatkową opiekę nad dzieckiem. Obecnie cały ciężar finansowania spoczywa na rodzicach, co drastycznie różnicuje sytuację dzieci hospitalizowanych na niekorzyść tych, których rodzice znajdują się w trudnej sytuacji materialnej. Jest to szczególnie drastyczne w przypadku matek karmiących piersią.

Podejście uwzględniające etapy rozwoju dziecka

Poczynania programowe powinny uwzględniać specyfikę wyzwań zdrowotnych dla każdego etapu rozwojowego, począwszy od życia wewnątrzmacicznego aż po okres pokwitania. Korzyści wynikające ze wsparcia udzielonego dzieciom we wczesnych latach życia odczuwane są w ciągu całego życia i przynoszą bardziej bezpośrednie i oczywiste dobroczynne skutki. W ciągu dwu pierwszych dekad życia dziecko powinno mieć zapewnione możliwości rozwoju i wyrastania na zdrowego, odpowiedzialnego społecznie i twórczego młodego człowieka. Badania naukowe wskazują na istnienie ścisłego związku pomiędzy jakością życia we wczesnych fazach rozwoju, włącznie z okresem okołoporodowym, a stanem zdrowia w późniejszym, dorosłym życiu. Zagrożenia i szanse dotyczą każdego etapu rozwojowego, wobec czego podejście uwzględniające wiek rozwojowy pozwala nie tylko na odróżnienie specyfiki poszczególnych etapów rozwoju, ale także na uświadomienie faktu, iż każde stadium rozwoju stanowi podstawę dla zdrowia i sprzyjających zdrowiu zachowań w następnych okresach życia. Takie podejście stwarza ramy i kryteria dla podejmowania decyzji o inwestowaniu w zdrowie w poszczególnych okresach życia. Zastosowanie tego podejścia w odniesieniu do dzieci i młodzieży pozwala też na uświadomienie związku międzypokoleniowego, jaki ujawnia się, gdy młodzi ludzie sami zostają rodzicami.

Działania międzysektorowe

Podczas wypracowywania polityki i planów poprawy zdrowia dzieci i młodzieży należy kierować się podejściem międzysektorowym, co jest nieodzowne w celu uwzględnienia zasadniczych uwarunkowań zdrowia. Wiadomo, że zdrowie i rozwój dzieci i młodzieży zależy od wielu uwarunkowań. Chociaż kluczową rolę w zakresie promocji zdrowia, prewencji zagrożeń i chorób oraz opieki medycznej ma

do odegrania sektor zdrowia, to równie istotny wpływ na zasadnicze uwarunkowania zdrowia wywiera działalność innych sektorów, między innymi edukacji, polityki społecznej i finansów. Sektor zdrowia, a w szczególności minister zdrowia, pełni kluczową rolę inspirującą zaangażowanie wszystkich pozostałych sektorów. Politycy mają do dyspozycji szeroki wachlarz instrumentów - inicjatywa legislacyjna, regulaminy, zmiany organizacyjne, kształcenie zawodowe, opracowywanie podstaw programowych dla szkół, edukacja publiczna, środki fiskalne, alokacja środków budżetowych, finansowanie akcji medialnych, polityka społeczna, ochrona środowiska to tylko kilka spośród wielu przykładów. Politycy, zwłaszcza zarządzający ochroną zdrowia, muszą także sprawdzić, czy w samym sektorze zdrowia potrzebom dzieci i młodzieży nadaje się odpowiednią rangę, między innymi poprzez:

- przyjęcie całościowej strategii na rzecz zdrowia dzieci i młodzieży albo jako programu niezależnego, albo jako części innej strategii, np. zdrowia narodu lub narodowego programu na rzecz dzieci;
- wykorzystanie doświadczeń uzyskanych w wyniku realizowanych w przeszłości ze środków publicznych programów polityki zdrowotnej państwa;
- dostosowanie struktury organizacyjnej Ministerstwa Zdrowia oraz organów władzy rządowej i samorządowej w terenie dla potrzeb skutecznej realizacji programu na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci;
- skonsolidowanie funkcjonowania jednostek organizacyjnych, w tym instytutów badawczo-rozwojowych bezpośrednio nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, w celu najbardziej efektywnego wykonywania zadań na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci;
- stosowanie zasady, wg której poprawa zdrowia dzieci i młodzieży była integralnym elementem działalności i oceny sektora zdrowia;
- prowadzenie „audytu równości” w celu upewnienia się, że sektor zdrowia nie zaniedbuje potrzeb dzieci i młodzieży ze środowisk upośledzonych społecznie.

Współuczestnictwo

Decyzje w sprawach zdrowia społeczeństwa muszą być podejmowane przy współudziale społeczeństwa. Działania na rzecz poprawy perspektyw zdrowotnych młodego pokolenia naszego kraju obejmują, z definicji, poprawę poziomu i warunków udzielanych świadczeń oraz szeroko pojętego środowiska naturalnego i kulturowego. Dzieci i młodzież są obywatelami wyposażonymi we własne prawa i przysługuje im uczestnictwo w procesie tworzenia i monitorowania każdej narodowej strategii na rzecz poprawy ich zdrowia. Ludzie młodzi mogą być ekspertami w sprawach dotyczących ich rówieśników. Włączenie młodych ludzi w proces programowania może zwiększyć poczucie pewności, że podejmowane propozycje edukacyjne i oferowane usługi odpowiadają potrzebom i zainteresowaniom młodzieży.

Systemy informacji

Solidne, zgodne z rzeczywistością informacje stanowią podstawę zarówno planowania, realizacji, jak i monitorowania polityki oraz działań na rzecz dzieci i młodzieży. Brak takich danych nieuchronnie pociąga za sobą niedostatek wiedzy

potrzebnej do budowania drogi prowadzącej do lepszego zdrowia dzieci i młodzieży. Istnieją dwa klucze do pozyskiwania dobrych informacji. Po pierwsze - właściwe dane z terenu, zbierane i zestawiane konsekwentnie i rzetelnie przez dłuższy czas, umożliwią ocenę potrzeb, zasobów, działań i rezultatów. Analiza trendów pokaże kierunek oraz tempo zmian. Analiza porównawcza pomiędzy ośrodkami terenowymi ujawni odpowiednie potrzeby i możliwości w skali kraju, natomiast porównania międzynarodowe na bazie wspólnych kwestionariuszy pozwolą na ustalenie standardów w podobnych do siebie krajach. Drugim aspektem informacji jest dostarczenie dowodów, które powinny określić najodpowiedniejsze działania w zależności od potrzeb i grup populacyjnych. Takie dowody powinny pomóc w praktycznym działaniu, umożliwiając przejście od teoretycznych rozważań „co może skutecznie działać” do pewności: „programy, które są skuteczne” oraz pomóc w wyborze realistycznych celów w miejsce takich, których przydatność nie została potwierdzona dowodami.

Dla oceny różnic w stanie zdrowia dzieci i młodzieży wykorzystuje się szereg wskaźników socjalnych: poziom dochodów (bogactwo/ubóstwo), charakter miejsca zamieszkania (miasto/wieś), płeć (kobiety/mężczyźni) itp. Wskaźniki charakteryzujące stan zdrowia i dostęp do świadczeń zdrowotnych są skorelowane z sytuacją ekonomiczną gospodarstwa domowego. Powyższe dane umożliwiają dokonanie oceny głębokości różnic w stanie zdrowia i w dostępie do świadczeń pomiędzy grupami uprzywilejowanymi a najbardziej upośledzonymi społecznie. Wskaźniki pomiaru równości są przydatne do monitorowania i ewaluacji opieki medycznej. Ludzie ubodzy są narażeni na pewne specyficzne schorzenia i problemy zdrowotne. Ustanowienie specjalnych programów medycznych nakierowanych na te choroby powinno stanowić część całościowej strategii poprawy zdrowia ubogich warstw ludności, a zatem działania na rzecz zwiększenia poczucia sprawiedliwości. Obecnie używane jest określenie „choroby z biedy” w odniesieniu do HIV/AIDS, gruźlicy i malarii. Na świecie choroby te należą do największych zabójców ludzi biednych. Jednakże w najbiedniejszych krajach Regionu Europejskiego znaczny udział w obciążeniu chorobami ludności ubogiej mają nadal problemy związane z okresem okołoporodowym, choroby zakaźne oraz niedożywienie. Problemy te nie są niestety obce ludności naszego kraju, szczególnie dzieciom. Najprostszą drogą do poprawy zdrowia dzieci biednych jest zajęcie się ubogimi gospodarstwami domowymi i ubogimi rodzinami. Istotny udział w realizacji programów skierowanych do ludności najbiedniejszej może mieć zapewnienie bezpłatnego dostępu do świadczeń, transportu i talonów na żywność. W przypadkach koncentracji grup upośledzonych na określonych obszarach geograficznych mogą mieć zastosowanie programy lokalne. Nierozwiązywalny jak dotąd w Polsce problem niedożywienia uczniów, widziany z perspektywy zdrowia publicznego, nie może być ograniczany do dzieci pochodzących z rodzin znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej i jest świadectwem zaskakującego niedoceniań w naszym kraju funkcji socjalnej szkoły. W wielu krajach UE kwestia żywienia dzieci w szkołach została dawno rozwiązana, wobec czego dyskusje dotyczą jakości pożywienia i jego zawartości energetycznej. Trudno znaleźć uzasadnienie dla tak nieporadnego i przynoszącego wstyd sposobu rozwiązywania w Polsce niezmiernie ważnego

problemu zdrowia publicznego, jakim jest zaspokojenie podstawowych potrzeb zdrowotnych i życiowych całej uczęszczającej do szkół, a liczącej ok. 6,0 mln osób populacji dzieci i młodzieży, charakteryzującej się wyjątkowymi potrzebami i podatnością na zagrożenia zdrowia i rozwoju. Zapewnienie wszystkim uczniom we wszystkich szkołach w Polsce możliwości spożywania posiłków jest głównym sposobem pozbycia się narodowej hańby – niedożywienia dzieci – i zarazem jedyną metodą wyrównania szans dzieci pochodzących ze środowisk upośledzonych społecznie.

Promocja równości w zdrowiu zależy od właściwego systemu finansowania, który zapewnia sprawiedliwe rozmieszczenie i udzielanie kwalifikowanych fachowych świadczeń zdrowotnych. Zbyt często zapewnienie minimalnego poziomu świadczeń uznawane jest za synonim dostępu do pełnej opieki i do wszystkich świadczeń zapewniających skuteczną ochronę zdrowia. Okazuje się jednak, że niespotykane różnice w dostępie do wykwalifikowanej opieki znajdują się wśród najbardziej determinujących uwarunkowań w stanie zdrowia, ponieważ nie można ich usunąć bez realizacji efektywnych procedur. Niestety zbyt liczne placówki udzielają świadczeń zdrowotnych na niskim poziomie, czasami tak niskim, że pacjenci nie odnoszą żadnych lub tylko niewielkie korzyści. Co więcej, pacjenci mogą nie tylko nie uzyskać realnych korzyści, ale ponieść straty na zdrowiu - narażając się na zakażenia szpitalne lub szkodliwe procedury diagnostyczne i lecznicze. Pacjenci wykształceni i dobrze poinformowani są lepiej przygotowani do żądania właściwej jakości świadczeń lub do wyboru innej placówki oferującej lepszą jakość usług. Równości w zdrowiu dzieci i młodzieży nigdy nie da się osiągnąć bez podjęcia jasnych zobowiązań i wytyczenia przejrzystych celów. W celu ograniczenia przepaści w stanie zdrowia pomiędzy dziećmi z rodzin bogatych i ubogich należy zastosować specjalne programy i mierniki ich efektywności.