

ZBIGNIEW PAWŁOWSKI

Światowa Organizacja Zdrowia i opieka medyczna sprawowana przez instytucje religijne w 30 lat po deklaracji w Alma Ata

World Health Organization and health care provided by Faith-based Organizations
30 years after the Alma Ata Declaration

W zakresie realizacji podstawowej opieki zdrowotnej dla wszystkich, która pierwotnie zaoferowana była na rok 2000, następują obecnie dość znaczne zmiany, warte przedstawienia, gdyż dotyczą one m.in. działalności w ośrodkach misyjnych.

IDEA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ DLA WSZYSTKICH

Szczytna idea „zdrowia dla wszystkich” poczęła się na posiedzeniu Zarządu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w roku 1975 z inicjatywy ówczesnego dyrektora WHO Haldana Mahlera, który posiadał osobiste doświadczenie w pracy na misjach. Inicjatywa ta została poparta przez dwie wielkie chrześcijańskie organizacje, zajmujące się problemami medycznymi: Christian Medical Commission i World Council of Churches. W roku 1978 WHO i UNICEF (Fundusz Narodów Zjednoczonych Pomocy Dzieciom) zwołały konferencję w Alma Ata. W roku 2008 minęło 30 lat od czasu jej zorganizowania. Deklaracja z konferencji w Alma Ata mówi, że jedynym systemem, który może zabezpieczyć zdrowie dla wszystkich (Health for All by the Year 2000) jest podstawowa opieka zdrowotna (Primary Health Care – PHC). Miała by ona być realizowana przez „praktyczne zastosowanie opartej na wiedzy i akceptowanej socjalnie podstawowej opiece medycznej, dostępnej dla pojedynczych osób, rodzin i społeczności (przy ich aktywnej współpracy) i na koszt, który byłby do przyjęcia przez społeczności i władze krajowe, zdeterminowane, aby taką opiekę wprowadzić” (3, 4).

Wprowadzenie PHC natrafiało na wiele trudności. Uważano, że system ten może stać się niskiej jakości opieką zdrowotną dla biednych („poor health for poor people”) i zwracano uwagę na konieczność zabezpieczenia odpowiedniej jakości sprawowanej opieki. Najważniejszą trudnością było jednakże przygotowanie odpowiednich pracowników PHC pracujących w terenie, którzy pochodziliby z lokalnych społeczności, mówili tamtejszym językiem lub dialektem, znali miejscowe zwyczaje, strukturę społeczną i możliwości finansowe. Tę pozycję w społecznościach tradycyjnie zajmowali i często nadal zajmują miejscowi czarownicy i znachorzy (3, 4).

W latach 1990. zwyciężyły poglądy ekonomiczne i polityczne, uważające, że opiekę zdrowotną na odpowiednim poziomie – niekoniecznie dla wszystkich – można zabezpieczyć tylko przez racjonalną i ekonomicznie zrównoważoną współpracę sektora prywatnego i publicznego, zakładającą pewną odpłatność ze strony korzystających z tej opieki.

Na przełomie stuleci, w atmosferze narastającej globalizacji i upowszechnienia ekonomicznego sposobu myślenia i działania, uznano generalną zasadę, że zdrowie społeczności jest nieodłącznym czynnikiem globalnego rozwoju ekonomicznego (Millennium Developmental Goals, 2000) (2, 5, 7). Nie bez znaczenie były tu również wzrastające zagrożenie epidemiczne (HIV/AIDS, ptasia grypa, zespół ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej) i pojawiający się problem światowego terroryzmu. Uzmysłowiono sobie, że w tzw. „globalnej wiosce” jest niezbędne zniesienie nierówności społecznych i ekonomicznych, zwłaszcza w strefie dostępu do opieki zdrowotnej i edukacji. Wrócono więc do idei podstawowej opieki zdrowotnej, zmodyfikowanej postępami wiedzy medycznej i ekonomicznej, dążeniem do usprawniania metod zarządzania i wykorzystaniem możliwości wynikających z rewolucji informatycznej.

Realizacja zasad podstawowej opieki medycznej, odpowiedniej do narodowych potrzeb i finansów, została przez WHO ponownie zalecona państwom wchodzącym w skład tej organizacji. Zalecenie to jest popierane logistycznie i finansowo przez Narody Zjednoczone oraz organizacje pozarządowe, np. Medicus Mundi International, Bill i Melinda Gates Foundation. Przy pomocy ogromnych funduszy, w dużej mierze pozarządowych, wdrażane są odpowiednie programy ograniczające szerzenie się najważniejszych chorób zakaźnych (AIDS, gruźlica, malaria), zapewniające opiekę nad matką i dzieckiem oraz dbające o ochronę środowiska (zaopatrzenie w wodę i drzewo używane do gotowania, minimalizacja skutków nadmiernej urbanizacji) (6).

ROLA I PRZYSZŁOŚĆ OŚRODKÓW MEDYCZNYCH PROWADZONYCH PRZEZ INSTYTUCJE RELIGIJNE

W roku 2006, popierany przez WHO program oceny udziału ośrodków religijnych w ochronie zdrowia (African Religious Health Assets Programme) ocenił, że na terenie Afryki subsaharyjskiej około 40% podstawowej opieki zdrowotnej świadczone jest przez ośrodki medyczne, związane z instytucjami religijnymi, nie tylko katolickimi. Uzyskanie dokładnych danych jest niemożliwe z uwagi na to, że wiele tych ośrodków nie podlega centralnej koordynacji i działa niezależnie, poza narodowymi systemami ochrony zdrowia. Jeżeli zamierza się poprawić podstawową opiekę zdrowotną w krajach rozwijających się potencjał usług świadczonych przez ośrodki misyjne powinien być skoordynowany z działaniami, jakie prowadzą rządy danych krajów, wspierane przez organizacje międzynarodowe m.inn. WHO i Bank Światowy. Konieczność takiego porozumienia, zainicjowana przez Medicus Mundi International (MMI), została zaakceptowana przez Episkopaty krajów afrykańskich i rozważana kolejno na ich posiedzeniach w grupie państw anglojęzycznych w Kampali (2004) i frankofońskich w Cotonou (2005). Ostatnio WHO i Geneva Global, (filantropijna organizacja szwajcarska) wydały publikację nt relacji WHO z organizacjami religijnymi (FBO – Faith Based Organizations). Stanowi ona ważny krok w kierunku wzajemnej współpracy wszystkich zainteresowanych stron w poprawie ochrony zdrowia w krajach rozwijających się (4, 6). Oficjalne stanowisko Watykanu jest w tej mierze nadal ostrożne, gdyż sprawa dotyczy nie tylko Kościoła Katolickiego, wkracza na orbitę współpracy i dialogu międzyreligijnego, może zahaczać o kanony wiary istotne dla kościoła katolickiego oraz wpływać na jego tożsamość i niezależność działania.

Z drugiej strony pewna „rezerwa” rządów świeckich i niektórych organizacji pozarządowych wobec instytucji religijnych wpływa z niedoceniań pewnych istotnych wartości reprezentowanych przez instytucje religijne, takich jak działanie motywowane współczuciem, oferowanie pomocy najuboższym i na terenach trudno dostępnych, bliski kontakt z miejscową społecznością. Niewątpliwie wartości te równoważą dążenie instytucji religijnych do zachowania swojej tożsamości, niezależności i wpływów oraz pewne odmienne podejście do postępowania w ochronie zdrowia np. w odniesieniu do zapobiegania zakażeniom HIV. Na ogół ośrodki medyczne prowadzone przez instytucje religijne realizują zalecane przez WHO wypróbowane metody postępowania leczniczego i profilaktycznego w zwalczaniu gruźlicy i malarii i akcje szczepień profilaktycznych. W skali globalnej zaangażowanie ośrodków religijnych w rządowej ochronie zdrowia w wielu krajach różni się znacznie: w Tajlandii i w Indiach jest ono minimalne, w Ugandzie bardzo ściśle, a w Tanzanii ostatnio wzrastające (4).

WSKAZANA REORGANIZACJA OŚRODKÓW MEDYCZNYCH PROWADZONYCH PRZEZ INSTYTUCJE RELIGIJNE

W tym kontekście, dla poprawy globalnej sytuacji zdrowotnej, niezbędna jest pewna reorganizacja pracy ośrodków medycznych prowadzonych przez instytucje religijne.

Na konferencji w Cotonou (2005) stwierdzono, że posługa chorym stanowi istotną część misji ewangelizacyjnej, która nie jest odpowiednio wykorzystywana. Zidentyfikowano kilka sfer działalności ośrodków medycznych na misjach wymagających zmiany. Są to: brak odpowiedniej ogólnej strategii i polityki zdrowotnej; duże koszty wyposażenia, niezbędnego do zapewnienia opieki; brak środków i nieodpowiednie gospodarowanie środkami już istniejącymi; brak przepływu informacji, brak zaangażowania i lojalności niektórych członków personelu, brak współpracy istniejących struktur zdrowotnych (religijnych versus państwowych lub należących do różnych religii). Z drugiej strony zaznaczono brak otwarcia się państwa na dialog z kościołem i uznania dla wykonywanej przez kościół katolicki pracy w ochronie zdrowia. Określono aktualne potrzeby i działania. Na pierwszym miejscu jest stworzenie wizji wspólnej strategii, dalej usprawnienie formacji medycznej instytucji kościelnych, zapewnienia uczciwego i wykwalifikowanego personelu, polepszenia jakości świadczonych usług, wypracowanie norm i standardów zawodowych, sięgnięcia po dostępne środki, rozwinięcie solidarności i partnerstwa z innymi instytucjami poprzez wymianę doświadczenia i informacji, wypracowanie wiarygodności w oczach partnerów i wyrobienie szacunku dla pracy w służbie ewangelizacji narodów (6).

Najważniejsza z tego jest potrzeba uzgodnienia wspólnej wizji strategii i rozpoznania środków, poprzez które można by ją osiągnąć, uwzględniając kontekst lokalny i narodowy. Postanowiono rozpowszechnić i nagłośnić postanowienia podjęte na Konferencji w Cotonou, wprowadzać je w życie i dokonywać okresowego monitorowania. Odpowiedzialnymi za wykonywanie postanowień konferencji zostali przewodniczący Komisji Episkopatu ds. Zdrowia w poszczególnych krajach afrykańskich. Deklaracja konferencji z Cotonou została przekazana do Papieskiej Rady ds. Zdrowia i wielu instytucji na terenie Afryki. Niewątpliwie uchwały konferencji w Kampali i w Cotonou trafia również do Komisji ds. Misji Episkopatów krajów, prowadzących ośrodki medyczne na misjach (6).

W myśl konferencji w Kampali w roku 2007 konferencja Episkopatu Tanzanii rozważając problemy tożsamości pomocy Kościoła, formacji misyjnej, współpracy i koordynacji działania w celu uzyskania zdrowia dla wszystkich, podjęła następujące konkluzje (6).

- Posługa Kościoła w zakresie ochrony zdrowia musi być jasno określona, planowana i monitorowana

- Szkolenie ludzi do katolickiej opieki zdrowotnej musi być profesjonalne i zgodne z zasadami ewangelizacji
- Zalecana jest bliższa współpraca wewnątrz Kościoła i poza Nim oraz skoordynowanie działań
- Prawa biednych do opieki zdrowotnej muszą być zabezpieczone. Konferencja zachęca Episkopaty do nawiązywania kontaktów z ośrodkami zdrowia i koordynacji pracy, a Papieska Radę ds. Zdrowia do pomocy w tym zadaniu na poziomie światowym.

Fundacja *Redemptoris Missio*, przy Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu, zrealizowała ostatnio, rozpoczęty przed laty, projekt wzorcowego ośrodka zdrowia w Kiabakari, w północnej Tanzanii, należącej do jednego z najbiedniejszych krajów świata. Piękny ośrodek, wyposażony w nowoczesny sprzęt, działa od 18 stycznia 2008 roku (1). Jego pełne wykorzystanie zależy nie tylko od pracowitości osób, które w nim pracują i dobroczynności osób, które go wspierają, ale również od dobrej woli i zaangażowania odpowiednich instytucji w Polsce i w Tanzanii.

DEKLARACJA ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA

Wracając do głównego tematu artykułu należy przedstawić ostatnio opublikowaną deklarację Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w sprawie współpracy z ośrodkami medycznymi, prowadzonymi przez instytucje religijne (FBO) (4).

- WHO razem z FBO, mogą opracować zasady podstawowej opieki zdrowotnej z uwzględnieniem wartości religijnych.
- WHO jest gotowy rozpocząć dialog z FBO dla rozważenia wzajemnego pogodzenia ze sobą oferowania pełnej współczucia i godnej troski o chorego z potrzebą współdziałania w rozwoju systemu opieki zdrowotnej.
- WHO zaleca, aby agendy rządowe doceniły wartości społeczne, świadczone przez FBO, i uwzględniały FBO przy sporządzaniu planów ochrony zdrowia.
- WHO ma okazję prowadzić pilotowe programy dotyczące reorganizacji systemów zdrowotnych tak, aby pewne sprawdzone modele działania mogły być szerzej wprowadzone w życie.
- WHO może promować współpracę między agendami rządowymi, FBO i sponsorami dla zapoczątkowania konstruktywnego współdziałania i zalecenia włączenia przedstawicieli społeczności do szeroko pojętej opieki medycznej, współpracy międzynarodowej i do mechanizmów subwencjonowania.

- WHO może zapoczątkować współpracę z FBO w celu identyfikacji roli, jaką mogą one odegrać w rozwoju pewnych wartości religijnych w systemie opieki zdrowotnej.
- Jest sprawa pilną, aby FBO razem z agencjami religijnymi (FBDA – Faith-based development agency) i ich narodowymi przedstawicielami np. Christian Health Association otrzymały pomoc w opracowywaniu mechanizmów finansowania np. z „Global Funds to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria” oraz rekrutacji i zabezpieczenia kariery pracowników, którzy pomogli by w przyśpieszeniu wprowadzania w życie podstawowej opieki medycznej, w tym związanej z AIDS.
- Zasady monitorowania i finansowania współpracujących różnych FBO mogą być opracowane przez WHO i kraje wchodzące w skład tej organizacji (4).

Odpowiedź na to zaproszenie do współpracy wymaga rozważenia przez instytucje religijne, w tym również przez Komisję Episkopatu Polski ds. Misji. Włączenie się instytucji religijnych w poprawę stanu zdrowia, podniesienie poziomu edukacji i rozwoju ekonomicznego krajów rozwijających się jest dużym wezwaniem dla ewangelizacji narodów na początku XXI wieku.

PIŚMIENNICTWO:

1. M.Cofta. „Polskie centrum zdrowia w Kiabakari” *Medicus Mundi Polonia* 2008, 22/23: 2-3.
2. Christian Health Associations. „Christian Health Associations at Crossroad Towards Achieving Health Millennium Developmental Goals”. Konferencja w Dar es Salaam/ Bagamayo, styczeń 2007.
3. J. Hall i R. Taylor. „Health for All beyond 2000: the Demise of the Alma-Ata Declaration and Primary Health Care in Developing Countries. *Medical Journal of Australia* 2007, 178: 17-20.
4. T. Karpf i A. Ross (redaktorzy). *Building from common Foundations. World Health Organization and Faith-Based Organizations in Primary Healthcare*. Geneva Global i World Health Organization, Geneva 2008, ISBN 978 92 4 159662.
5. Z. Pawłowski. „Millennium Declaration Goals”. *Medicus Mundi Polonia*, 2005, 16:15-16.
6. Z. Pawłowski. „Posługa lecznicza Kościoła”. *Medicus Mundi Polonia*:
2004,12/13: 22-24 [tożsamość katolickich instytucji opieki zdrowotnej];
2004, 14:23-24 [deklaracje z Soesterberg i z Kampali];
2005, 17/18: 21-24 [deklaracja z Cotonou];
2006, 19/20: 18-20 [katolicycy pracownicy ochrony zdrowia];
2008, 22/23: 5 [konferencja Episkopatu Tanzanii];
2009, 28/29: 27-28 [posługa lecznicza w czasie kryzysu].
7. C. Rakodi. „Understanding the Roles of Religion in Development” University of Birmingham. *Religious and Development Working paper* 9, 2007.

SUMMARY

Considerable changes, concerning the scope of the completion of the basic health care for all, which was offered originally in year 2000 are developing in very close relation to the missionary medical care centers. One of the most common issues is the idea of the basic health care for all. Another important question is linked to the role and future of medical centers run by religious institutions. Following matter is the necessary reorganization of the work of medical centers led by religious institutions. It is essential but have to be projected from the new global perspective. Finally, going back to the main subject, the article presents the declaration published recently by the World Health Organization (WHO) on the collaboration with medical centers, guided by Faith-Based Organizations (FBO).

Key words:

World Health Organization, Faith-Based Organizations, Alma Ata Declaration

Słowa klucze:

Światowa Organizacja Zdrowia, Organizacje religijne, Deklaracja z Alma-Aty