

ПЕГГИ УОТСОН,

профессор факультета социальных и политических наук Кембриджского университета

Неравноправие граждан: новая политика в сфере здравоохранения Польши¹

Abstract

The author discusses community health care in Poland nowadays. Since health care reforms were introduced in 1999, this sector of the country's economy has been the subject of criticism, dissatisfaction, and social protest. One of the striking aspects of the transition to capitalist democracy after communism is the extent to which health care reforms have met with lack of success. An important strand in the literature on the health policy analysis underlines the inseparability of policy and political context. The question for the analysis then becomes to what extent and how have health care reforms (along with other contextual changes) been producing the particular social transformations that have been experienced in Poland, and how has the changing national and transnational social order in turn, produced specific health reforms and outcomes there.

Введение

С 1999 года, когда был дан старт реформам, система здравоохранения Польши стала объектом критики, неудовольствия и социальных протестов [20; 31]. Радиологи, анестезиологи и представители других медицинских профессий устраивали забастовки, а медсестры объявляли голодовку. Здравоохранение стало средоточием разочарования в выбранном направлении социальных преобразований. И хотя общее состояние здоровья поляков существенно улучшилось, смертность среди мужчин по-прежнему почти вдвое превышает этот показатель для Западной Европы, а равенство в

¹ Статья опирается на результаты исследования, в финансировании которого принимали участие ESRC (грант № R000222627), "Isaac Newton Trust" и "Wellcome Trust". Автор выражает признательность всем опрошенным.

плане здоровья резко увеличилось¹. Вследствие недавнего вступления в Европейский Союз Польши и других бывших коммунистических стран со значительно более высоким уровнем смертности среди взрослого населения, чем в странах, принадлежащих к старым членам ЕС, была сформулирована новая программа здравоохранения. Эта программа, получившая название “Более здоровые, более защищенные и более уверенные граждане”, определяет здоровье как право каждого человека, связывает его с гражданством и провозглашает своей целью способствовать равенству в сфере здоровья и здравоохранения, как внутри каждой отдельной страны, так и между всеми странами ЕС [14]. С этой точки зрения, польская позиция в рамках недавней дискуссии на уровне ЕС под девизом “Хорошее здоровье — доступно для всех” стала настоящим сюрпризом. “Мне не нравится это “для всех” по двум причинам, — заявил заместитель госсекретаря Польши по вопросам здравоохранения. — Во-первых, это нереалистично. Обеспечить хорошее здоровье всем гражданам Европы невозможно, поскольку некоторые из них не хотят быть здоровыми, им попросту необходимо быть больными, чтобы выполнять свою социальную роль; другие же имеют очень плохую наследственность или им просто в чем-то не повезло. Вторая причина моего неприятия выражения “для всех” — его сходство с коммунистическими лозунгами” (sic). Хотя за этим заявлением позднее последовало более обтекаемое, оно, тем не менее, обнаружило возможные последствия для политики здравоохранения тех диаметрально разных путей развития, которыми посткоммунистические страны и страны Запада шли к членству в ЕС².

Одним из поразительных аспектов перехода от коммунизма к капиталистической демократии является мера безуспешности реформ в сфере здравоохранения [18]. Чем же вызвана эта постоянная неспособность достичь отвечающих справедливости целей? В данной статье я попытаюсь ответить на этот вопрос, проанализировав изменения в сфере здравоохранения и неприятие их в Польше. В основе анализа лежат данные опросов, проведенных в Кракове, в частности в Новой Гуте, в рамках лонгитюдных социологических исследований в этом регионе. Исходным пунктом для понимания того, как реформы здравоохранения воспринимались на практике, а также для оценки их социальных последствий должна стать интерпретация контекста, частью которого эти реформы явились. Важным мотивом в литературе, посвященной анализу политики здравоохранения, является акцент на неразделимости политики и политического контекста [10; 46]. Этот подход имеет особое значение для посткоммунистических стран, в которых перемены в сфере здравоохранения до сих пор обсуждались по большей части исключительно в социально абстрактных терминах. Я исхожу из необходимости исторически обоснованного анализа, учитывающего беспрецедентный контекст перехода от коммунизма к капиталистической демократии, когда социальные отношения и социальные законы, определяющие интер-

1 В 2002 мужчины с высшим образованием в возрасте 50–60 лет составляли 12% своей возрастной группы, но при этом на их долю приходилось менее 5% смертей. Для мужчин со средним образованием эти показатели составили, соответственно, 25% и 35% (подсчитано на основе данных регулярных исследований переписи населения).

2 Об этом речь идет в письме Рафала Нижанковского Дэвиду Бирну, датированном 30 августа 2004 года.

претацию контекста, сами претерпевают изменения. Итак, задачей анализа становится определение того, в какой мере и каким образом реформы здравоохранения, наряду с другими контекстуальными изменениями, обуславливали конкретные социальные преобразования, имевшие место в Польше, и как изменения устройства общества на национальном и транснациональном уровнях, в свою очередь, обуславливали определенные реформы здравоохранения в этой стране и их результаты. Это должно помочь выявить взаимосвязь перемен в сфере здравоохранения с посткоммунистическим дискурсом гражданства.

Контекст польских реформ в сфере здравоохранения

Дискурс гражданства и равенства, лежащий в основе новой европейской программы здравоохранения, в свою очередь, коренится в истории развития Запада. Поскольку либеральная демократия была “сравнительно поздним продуктом” рыночного общества (Макферсон), она предполагает капитализм, хотя им присущи разнонаправленные тенденции. Таким образом, либеральная демократия — это “демократия, концептуализированная и структурированная в рамках ограничений либерализма” [43, с. 165], основополагающим понятием которого является досоциальный “индивид”. На либеральном Западе право на благоденствие в историческом плане понималось в терминах прогрессивного расширения гражданских прав. Они рассматривались как социальные (а не либеральные) права, компенсирующие существующее классовое неравенство [35; 44]. Иными словами, право на здравоохранение понималось как способ избежать неблагоприятных социальных последствий плохого состояния здоровья бедных людей в классовом обществе.

На таких основаниях, однако, нельзя определить влияние на социальные отношения перехода от коммунизма к либеральной демократии. Отправной точкой этого перехода является не установка на перемены, а относительное равенство и универсальное гражданство. В основе государственного социализма лежал принцип социального равенства, что предполагало, в частности, отмену частной собственности и стирание классовых различий. В результате был создан такой социальный строй, при котором либеральным правам не было места. Ключевой идеологической категорией было “общество”, а не “отдельный индивид” как носитель прав. Экономика, не основывающаяся на прибыли и частной собственности в качестве эксплицитного аспекта осуществления власти, представляла собой основной элемент партии/государства, которые декларировали свою роль, ссылаясь на интересы общества в целом. Ограничения политической свободы касались всего общества, определявшегося через оппозицию государству. Хотя гражданство не было либеральным, оно было универсальным [54]. Поскольку еще до перехода к либеральной демократии в Польше существовали относительное равенство и универсальное гражданство, переход от коммунизма к либеральной демократии нельзя описывать в терминах уравнивания в правах, как это исторически сложилось на Западе.

Центральным моментом этого перехода было не уравнивание в правах, а либерализация. По мере либерализации прав они становились скорее не социальными правами, гарантируемыми государством, а “конвенциональными правомочиями” [2]. Из всех новых либеральных прав ключевым явля-

лось право на частную собственность. Согласно польскому законодательству, заложившему основы посткоммунистического социального строя, “идея демократического и плюралистического правового государства, характеризующегося самоуправлением”, определяет модель, которая “предполагает доминирующую роль частной собственности, полностью защищенной законом” (заявление законодательного собрания 1992 года; цит. по: [34]). На выбор направления преобразований повлияли глобальные отношения власти и неолиберальная идеология, утверждающая преимущества рынка и частной собственности. “Экономическая демократия”, предусмотренная для Восточной Европы со стороны Вашингтона и ЕС и предполагавшая право индивида на частную собственность, приватизацию предприятий, ограничение роли государства и отказ от его регулирующей и реди-трибутивной функций, а также открытую для глобального капитализма экономику [57], радикально отличалась от демократии, за которую боролась во времена государственного социализма. По словам Слабека (на которые ссылается Ярош в книге “Власть. Привилегии. Коррупция” [23], целью “Солидарности” в Польше было расширение и углубление социального равенства, а одной из основных договоренностей в рамках Всепольского круглого стола 1989 года, которую следовало закрепить конституционно, был принцип равноправия разных форм собственности, в том числе с участием наемных работников [28].

В Польше асимметричная реструктуризация социальных отношений, связанная с частной собственностью и капитализмом, была инициирована государством и общегосударственным указом. Государство ввело капитализм путем приватизации достояния, созданного при социалистическом режиме [15]. Другие предприятия закрывались. Эти перемены означали, что можно стать либо богатыми, либо бедными буквально за ночь. Переопределение принципов сосуществования в сочетании со всеми мыслимыми возможностями, отсюда вытекающими, создали ситуацию, когда, по словам социолога Яцека Курчевского, который писал об этом в 1995 году, “абсолютно каждый участвует в битве за власть, собственность и права на нее, хотя стартовые возможности не были равными, и это неравенство проявляется на каждом шагу — в чувстве несправедливости, с одной стороны, и уверенности в своих силах — с другой” (цит. по: [28, с. 231]).

Пожалуй, более правильно будет сказать, что, хотя все были вовлечены в посткоммунистическую битву за собственность и власть, на самом деле битва происходила внутри определенных кругов, среди людей, осознававших свой исторический шанс и возможность удовлетворить личные запросы. Станишкис утверждает, что “большевистский либерализм” (как она его называет) привел Польшу к поспешной деиндустриализации, ослабил потенциал страны в создании внутреннего капитала и породил теневые формы накопления внутреннего капитала [см.: 48]. Когда завершилась приватизация предприятий, это приобрело вид “капитализма государственного сектора”. Например, там, где функции здравоохранения, прежде выполняемые государством, были переданы коммерциализированным агентствам, администраторы имели возможность накопить капитал за счет общественных средств, которые они курировали. Примером этого могут служить Фонды медицинского обеспечения, организованные в рамках реформы системы

здравоохранения 1999 года, речь о которой пойдет далее; им разрешалось действовать без ограничений на затраты [36, с. 225].

Преобразования государственной экономики Польши в значительной степени проводились под диктовку Запада, о чем свидетельствуют переговоры касательно вступления в ЕС [1; 21]. Вместо “либерализации экономики” приватизация положила начало процессу зависимого развития [48] и не привела к экономическому чуду, как следовало ожидать. За исключением 1990 года, когда для финансирования приватизации с государственных предприятий взимались дополнительные налоги, польский бюджет постоянно испытывал дефицит [19]. Хотя некоторые поляки существенно выиграли от перемен, для многих они сопровождались усугублением бедности. Если в 1989 году 14,8% поляков жили на уровне ниже социального минимума — минимально адекватного уровня, при котором на питание тратится 60% и более от семейного дохода [3], то к 2001 году эта цифра составила уже 54% [19]. Польское исследование, имевшее целью социальную диагностику, выявило, что в 2003 году 25% респондентов жило в бедности (см.: <http://www.diagnoza.com>), и масштабы бедности продолжают расти [59]. “Новая бедность” в Польше связана с коллапсом системы занятости, обнищанием работников государственного сектора, снижением доходов мелких фермеров и снижением уровня социальных благ [3]. В настоящее время в Польше почти 50% населения трудоспособного возраста не имеют работы [40], а официальный уровень безработицы увеличился с нуля до почти 20%. В период между 1997 и 2003 годами рост безработицы касался людей с образованием не выше среднего и молодежи. Для этой социальной группы уровень безработицы вырос на 25%, в то время как среди людей, окончивших университет, — на 1% [40]. Лишь каждому седьмому безработному гарантировано материальное пособие; а большинство работающих имеют низкую зарплату [40]. Средняя зарплата рабочих польской промышленности в августе 2005 составляла 2480 злотых, то есть около J435 в месяц¹. Углубляется социальное неравенство. Если за период между 1995 и 2000 годами официальный месячный доход занятых удвоился (с 2307 до 4536 злотых), то для мелких фермеров, чьи доходы катастрофически падают, он снизился с 230 до 211 злотых в месяц [19, с. 148]. А в более широком контексте ныне соотношение их доходов достигает даже 300 : 1 [23].

Трансформирующееся здравоохранение

Происходившие в рамках переходного процесса изменения в социальном секторе получили название реформ “второго этапа” [39]. Они проводились на основе нормативной базы, которая, как и в случае более ранних реформ, формировалась в глобальном контексте [12]. Перемены в сфере здравоохранения преследовали политические и экономические цели, в том числе переход к рынку наряду с “модернизацией государства, углублением демократии и реструктуризацией фискальной системы”, в то время как качество обслуживания отнюдь не считалось первоочередной задачей [24, с. 511]. В отличие от демократизации политической системы и приватизации пред-

¹ Речь идет о предприятиях с числом работников не менее десяти (<http://www.stat.gov.pl>).

приятый, изменения в сфере здравоохранения требовали институционального взаимодействия и согласования [39], а их результаты определялись влиянием и, в свою очередь, служили фактором возникшего в результате начальных реформ неравенства. Законодательная база, регулировавшая преобразования в сфере здравоохранения Польши, вступила в силу 1 января 1999 года, включая спорное положение о реструктуризации в 2005 году больниц. Законы 1999 года разрабатывались с целью пересмотра механизмов финансирования и перехода здравоохранения на коммерческую основу. Начался хаос. Одной из причин этого был информационный вакуум вокруг внедряемых изменений. В одном медицинском журнале, комментируя массово распространяемые в то время информационные материалы, автор писал: “Людям сообщили, что перемены нужны, потому что “существующая система по своей структуре, по сути, убыточная, структура ее задач неправильная, структура системы здравоохранения неправильная, структура медицинского образования неправильная, структура финансирования неправильная, и структура оплаты труда тоже неправильная”. И какие же выгоды получит пациент от новой системы? А вот какие — пациент будет основным звеном новой системы. Мне сложно представить себе, что из этого всего может узнать пенсионерка, ожидающая приема у врача” [9, с. 90].

Реформа заменила централизованное государственное финансирование системой социального страхования на основе модели Бисмарка, развивая тем самым риторику солидарности и равенства в сфере здравоохранения¹. Однако контекст существенно отличался от того, в котором бисмарковская модель разрабатывалась изначально. Для Германии XIX века была характерна ускоренная индустриализация, а социальные отношения еще не избавились от духа феодализма; идеи индивидуализма распространились гораздо позднее [51]. Могущественное национальное государство перед лицом призрака социализма ради сохранения социального порядка и интеграции рабочих в государственную структуру обращалось к традициям прежних времен, увеличивала поставки продовольствия и т. п. [49]. Но в случае Польши неотъемлемой частью преобразований социальных отношений был отход от государственного социализма и маргинализация целых слоев населения. Тут бисмарковская модель социального страхования стала частью реформы, в ходе которой сфера здравоохранения десоциализировалась. Ценой реформы стал отказ от ответственности за состояние здоровья индивида, что, в частности, сняло ответственность с государства, за счет формулирования реформы в терминах абстрактного фискального дискурса, что позволило уйти от вопросов социальной справедливости, потребностей, равенства и сократить финансирование системы здравоохранения.

Был организован внутренний рынок, на котором шестнадцать местных фондов медицинского страхования, по одному в каждом воеводстве, должны были оплачивать услуги у конкурирующих поставщиков таких услуг за счет средств от личных взносов, которые изначально составляли 7,5% облагаемого налогом дохода и с каждым годом повышались [20; 50]. В 2003 году на смену разрозненным фондам медицинского страхования при-

¹ Модель социального страхования Бисмарка относится к солидаристским, поскольку взносы пропорциональны доходам, а услуги оказываются в соответствии с потребностями.

шел центральный Национальный фонд здоровья (НФЗ) с представителями в каждом воеводстве. Фиксация размера страховых взносов в сфере социального обеспечения на уровне 7,5% облагаемого налогом дохода была исключительно важным решением и означала ощутимое сокращение их по сравнению с предыдущим уровнем и предлагавшейся ранее 10-процентной ставкой. Этот вопрос горячо обсуждался в первой половине 1998 года, был даже создан исполнительный орган — Комитет по защите реформы здравоохранения (КЗРЗ) [16]. Однако после вмешательства министра финансов (политика, который больше других ратовал за проведение шоковой экономической терапии, чтобы как можно скорее отрешиться от коммунизма) размер взносов был зафиксирован на уровне 7,5%. Это решение привело к дефициту бюджета системы социального страхования, что отразилось в ограничении перечня оплачиваемых фондом услуг, помимо которого все услуги были платными. Яркий пример того, насколько глубоким был дефицит финансирования: в 2000 году в Мазовецком районе количество гинекологических консультаций, которые могли быть оплачены из фонда, составило 40% от всех визитов, имевших место в 1996 году, а в пересчете на одну женщину эквивалентно одной консультации за 7–8 лет [33]. В период между 1998 и 2000 годами доступность лечения от алкогольной зависимости снизилась на 20–25%¹. Кроме того, Польское социально-диагностическое исследование выявило, что в период между 1998 и 1999 годами доля респондентов, получающих стоматологическую помощь, снизилась с 46% до 26%, а тех, кто посещает ларинголога, — с 35% до 18%, а в 2005 году — до 15% (см.: <http://www.diagnoza.com>).

“Раньше мы принимали пациентов по восемь часов в день, — сетовал в 2005 году в газетном интервью ларинголог из Слупска. — Теперь же только четыре-пять. Лимиты очень сократились [...]. Никто не будет платить нам за пациентов, принятых сверх лимита. Письма в (НФЗ) Национальный фонд здоровья не дают никаких результатов. В неотложных случаях мы пытаемся помочь пациентам, особенно детям, но на большее мы не способны. Пациенты обвиняют нас, но это не наша вина”². Неполное покрытие расходов, предусмотренное системой социального страхования, в сочетании с неспособностью сделать ограничения прозрачными, на деле нивелировали солидарность и равенство, провозглашенные в качестве принципов системы страхования. Следствием реформы стало увеличение объемов доплат, которые людям приходилось непосредственно покрывать из своего кармана, и в силу этого избирательная доступность медицинской помощи. Исследование, проведенное в ноябре 1999 года, показало, что каждый шестой респондент лично платил за медицинские услуги, которые ранее получал бесплатно [16]. Более того, врачи начали все больше практиковать взимание платы за услуги, покрываемые государственными фондами [32]. По этим причинам, хотя теоретически медицина осталась общедоступной, преобразования “шли, — как признавала

¹ См.: Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lat 2000–2005 (Dokument Zatwierdzony do Realizacji na Posiedzeniu Rady Ministrów w dn. 26 września 2000).

² Drenowanie Kieszoni Pacjentów // *Głos Pomorza*. — <http://www.nfz-wroclaw.pl/prasowka>.

Цихоцка, — исключительно в одном направлении — к колоссальному углублению неравенства в обществе” (цит. по: [58, с. 167]).

В то время как законодательство установило финансовые ограничения на врачебную помощь, приватизация фармацевтической промышленности Польши привела к установлению новых расценок на медицинские услуги, обеспечивающих прибыли фармацевтических фирм. Если раньше Польша была крупным — неприбыльным — фармацевтическим производителем, то ныне почти 90% ее фармацевтического рынка (шестого из самых больших в Европе) занимают фирмы западного происхождения (см.: <http://www.biotechnologia.com.pl>). Другим следствием этого стало систематическое снижение доли сегмента фармацевтического рынка непатентованных лекарств в пользу более дорогих патентованных препаратов¹. Процесс этот проходил под эгидой ЕС. К примеру, в 2003 году Еврокомиссия потребовала от Польши отменить штрафы, налагаемые на западные компании за завышенные цены, аргументируя это борьбой с дискриминацией фирм [7], при этом одним из условий вступления Польши в ЕС было признание правила продления действия патентов, что очень быстро структурировало фармацевтический рынок Польши в пользу более дорогих препаратов [47]². В итоге ныне средства на компенсацию расходов на лекарства составляют лишь немногим более пятой части польского бюджета на нужды здравоохранения, тогда как остальное, что составляет 33,4% от общих затрат на компенсацию расходов на лекарства, оплачивают непосредственно пациенты [38]. Заметим, что в 1990 году соответствующий показатель составлял 6% (см.: <http://www.ckzeto.com.pl>). В зависимости от категории, к которой относится препарат, пациенты оплачивают или номинальную твердую цену, или 30–50% общей стоимости лекарств. Лишь очень немногие полностью свободны от платы по рецепту. Это касается военных, инвалидов войны и армии, регулярных доноров крови и “жертв политических репрессий”³. Есть также группа государственных деятелей (вместе с их семьями), которые также освобождаются от платы. Наконец, больничные лекарства и лекарства от некоторых болезней бесплатны для всех. Однако для некоторых льготных категорий и компенсаций установлены лимиты, в том числе для компенсаций за жизненно необходимые препараты, отпускаемые по твердой цене. В 2005 году лимиты для некоторых лекарств были сокращены, что фактически означает повышение уровня доплат.

Новые цены лишили людей, обнищавших в процессе преобразований, ранее доступной им медицинской помощи. В 2003 году Польское социально-диагностическое исследование показало, что между доходом и обращением за медицинской помощью существует позитивная корреляция и что в период между 2003 и 2005 годами доля людей, не получающих зарплату и не имеющих средств на оплату медицинской помощи, выросла более чем на 13% (см.: <http://www.diagnoza.com>). Другое исследование 2003 года показало, что если среди людей с высшим образованием 4% заявили, что им часто

1 В 2004 году наметилась обратная тенденция.

2 Что вызвало протест министров здравоохранения стран сообщества.

3 См.: Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U.04.210.2135 z dnia 27 sierpnia 2004 r. (<http://www.nfz.gov.pl>).

не хватает денег на приобретение необходимых лекарств, то в группе со средним уровнем образования этот показатель достигал 38% [22]. Старшая медсестра, принимавшая в 1989 году участие в круглом столе по вопросам здравоохранения в качестве представителя “Солидарности”, отмечала, насколько сильно происходящие перемены отличаются от ожиданий и чаяний первых лет после падения коммунизма: “На первых порах все было неплохо, поскольку поначалу все было по-человечески — наводили порядок, начинали закладывать фундамент, на котором можно будет построить что-то рациональное, экономически обоснованное; при этом не обязательно, чтобы здравоохранение было такой услугой, как другие, однако... были сформулированы права пациентов, предлагались стандарты, все начиналось хорошо, но потом [...] следующие политические команды развели такой хаос, что [...] многие люди, — и я не уверена, что и я к ним вскоре не присоединюсь, — говорят, что в период тоталитаризма было больше здравого смысла и больше человечности”¹.

Наблюдатели отмечали идеологические сдвиги. Один из них писал: “... в то время как польская экономика в начале 1990-х годов прошла путь от социализма к капитализму, [...] здравоохранение идет от коммунизма к капитализму. Это означает, что масштабы перемен, в том числе и в сознании, в сфере здравоохранения должны быть более радикальными, чем в промышленности” [37]. Вместо этого идеологическая трансформация заключалась в утверждении приоритета интересов, определяемых как “частные”, в отказе от понятия социальной ответственности государства и “обвинении самих жертв” [11]. Во время тогдашних дебатов высокопоставленный чиновник Фонда медицинского страхования сказал следующее: “Почему вы продолжаете говорить со мной об общественных интересах (*interes społeczny*)? Это было при коммунизме. Сейчас есть только бизнес (*tylko interes*)!” [29, с. 14]. На недавнем собрании Польско-Английской торговой палаты в Кракове директор Национального фонда здоровья также заявил, что “здравоохранение должно осуществляться на основе принципов бизнеса, и если это условие будет соблюдено, здравоохранение может быть очень прибыльным бизнесом”². За день до этого, в ходе проводимого медицинским журналом онлайн-интервью, ему задали вопрос о его позиции по вопросу высокого уровня доплат в сфере здравоохранения³. Его ответ сводился к тому, что в увеличении расценок на медицинские услуги люди должны винить не руководителей, а самих себя: “На доплаты следует смотреть с разных точек зрения. Во-первых, состояние нашего здоровья на пятьдесят процентов зависит от нас самих, и лишь частично — менее чем на 15% — от системы здравоохранения. Поэтому если мы признаем, что нашей целью является увеличение средней продолжительности жизни и повышение стандартов здоровья, мы должны больше внимания уделять собственному здоровью. Доплаты нужно рассматривать следующим образом: не я ли сам своим поведением повы-

1 Интервью с А.Г., Краков, 17 октября 2003 г.

2 Stop protecting public, let private thrive – a call for private health care. British-Polish Chamber of Commerce Business Breakfast, Kraków. – <http://www.polishmarket.com>.

3 Интервью с Ежи Миллером, 27 января 2005 г. (см.: <http://www.mp.pl/kurier/index.php?aid=25553>).

шаю стоимость своего же лечения?” Критики же, напротив, усматривают в новом уровне доплат акт агрессии. Один из них, указывая на низкий уровень доходов большинства людей, написал: “В этой ситуации заставляя людей пользоваться платными услугами, которые большинству из них просто не по карману, — это уже даже не дискриминация, а, скорее, истребление” [30, с. 20].

Мнения о реформе здравоохранения: проект “Нова Гута”

Перемены в сфере здравоохранения Польши стали источником наживы, в частности, для “капиталистов государственного сектора” и фармацевтических фирм. В то же время социологические исследования постоянно фиксировали негативное отношение граждан к реформированной системе здравоохранения. Самое последнее из них, исследование Центра изучения общественного мнения (ЦИОМ), показало, что лишь 19% респондентов удовлетворены состоянием здравоохранения в Польше [8]. Однако отсутствие ясности относительно прав, которые на практике получили люди в результате реформ, в сочетании с отсутствием детальных исследований означают, что то, как на самом деле воспринимались перемены в сфере здравоохранения, стало “серой зоной”, о которой известно очень мало. Исследовательский проект “Нова Гута” включал лонгитюдное исследование восприятия изменений в Новой Гуте, ныне входящей в состав Кракова, которая по замыслу должна была стать “первым социалистическим городом” Польши. В рамках Проекта был организован форум, позволивший людям, в частности, сформулировать свои впечатления от реформы здравоохранения [53; 55]. Статья опирается на результаты фокус-групп, проведенных в 1998–2000 годах, в которых приняли участие нынешние и бывшие рабочие местного металлургического завода, и на данные индивидуальных опросов в период с 1998-го по 2003 год. Хотя население Новой Гуты в большинстве своем состоит из рабочих тяжелой промышленности, уровень смертности здесь был меньше, чем в любом другом районе Кракова, где смертность, в свою очередь, была относительно невысокой [52; 55]. Во время проведения фокус-групп завод вдвое сокращал количество рабочих мест в ходе выполнения заключенных на переговорах о вступлении в ЕС договоренностей, призванных защитить западных производителей от конкуренции со стороны польских производителей стали [25]. На момент приватизации завода в его медицинской службе работал 821 человек [55], и Профсоюз медицинских работников под эгидой “Солидарности” упорно сопротивлялся приватизации. Тогдашний директор Центра здоровья позднее вспоминала, как, несмотря на общее признание, что это медицинское учреждение лучше каких-либо других, ей сообщили, что его следует закрыть. “Мне сказали, что в море грусти не может быть островка радости”, — объяснила она¹.

Как же в таком случае перемены в здравоохранении воспринимались жителями Новой Гуты и как все это связано с пониманием гражданства? Для участников проекта “Нова Гута” реформа здравоохранения была стрессом и ассоциировалась с потерями. Ощущалась нехватка медицинской помощи и снижение ее качества, о котором люди вспоминают до сих пор. Как

¹ Интервью с К.М., Краков, 23 ноября 1998 года.

сказал один бывший рабочий, ныне пенсионер: “Еще одна вещь (после угрозы увольнения), обернувшаяся стрессом [...] — медицинское обслуживание. Ты обычно шел к врачу и при этом знал, что идешь к этому врачу и никто не делает тебе одолжения. Да, действительно, приходилось стоять в очереди, но (в том-то и дело) и сейчас тоже, несмотря на реформу, но все-таки ты шел к врачу, он слушал, и все, что нужно, ты получал”¹.

На деле право на медицинское обслуживание было нарушено повышением цен. Вместо уверенности и защищенности перемены привели к нарастанию неуверенности и страха, в которых можно было усматривать источник негативных последствий для физического и душевного здоровья. Приведенные ниже мнения участников двух фокус-групп позволяют оценить последствия возрастания цен на лекарства. Первое высказывание принадлежит вышедшему на пенсию рабочему-мужчине, второе — женщине, работавшей на металлургическом комбинате в 1970-х годах, ныне пенсионерке.

1. “До этого, еще в последний год, случалось, что я получал рецепты... на лекарства... иногда два рецепта, абсолютно бесплатно, поскольку у меня было два сердечных приступа, мне удалили желчный пузырь, у меня также было искусственное бедро, эндопротез, так что я уж было [...]. Так вот, сегодня я не получаю ни одного рецепта, я должен за все платить, и каждый месяц я плачу 240, 260 злотых, месяц за месяцем. [...] Моя пенсия, у меня первая группа, поскольку у меня инвалидность, поэтому [...] с учетом этого, я получаю 1000 злотых [170] в месяц”.

2. “Я вам, дамы, скажу по секрету, какую пенсию я на самом деле получаю за 27 лет работы — 480 злотых и 50 грошей. Боюсь, что так. Это меньше, чем все это социальное обеспечение; могу показать вам квитанцию, она у меня здесь. [...] Вы говорили про достижение семидесятилетнего возраста. Что ж, мне будет семьдесят через два года. Хотела б я дожить, чтоб это увидеть, но в нынешнем состоянии я даже не знаю... если б не мой муж — мой муж также серьезно болен, поскольку у него диабет и коронарные проблемы, и я не ахти... тоже... А лекарства, о которых вы говорите, увы [...] моей пенсии не хватает на лекарства, и на оплату счетов, и на жизнь [...]. Я как-то сказала себе, что больше так не могу, [...] я думаю, принимать ли лекарства, потому что ты просто должен и дальше жить так день за днем в страхе... стоит ли оно того? [...] А еще эти нервы, стрессы, приводящие к разным ненужным болячкам. Из-за этих проблем с сердцем, [...] это сильно влияет... все эти депрессии, ну, это действительно... ужасно”.

Хотя реформа здравоохранения была одним из факторов обнищания, все пенсионеры, участвовавшие в проекте “Нова Гута”, получали пенсию, а значит, не относились к живущим за чертой бедности. С другой стороны, их потребность в медицинском обслуживании была велика в силу возраста и как следствие условий работы. Более того, эффект от повышения стоимости медицинского обслуживания усиливало то обстоятельство, что прочие обязательные месячные издержки, в частности плата за жилье и коммунальные услуги, также возрастали. Респонденты апеллировали к понятию социальной ответственности государства и выражали мнение, что политики, за которых они голосовали, не отстаивают социальные интересы, а предают их. Быв-

¹ Интервью с Й.Л., Новая Гута, 6 декабря 1999 г.

ший рабочий привел пример, вспомнив о диалоге во время радиопередачи между слушателем, позвонившим в студию, и министром здравоохранения:

“Дело в том, что люди утратили надежду, поскольку не имеют перспектив. Только что, перед тем, как прийти сюда, я услышал обсуждение на радио, по третьей программе, об отмене с 25 декабря пособия по болезни, как там ее... Алыц[геймера]... Они получали обычно подушки бесплатно. ... Теперь, оказывается, больные люди, звонящие на программу, просто плакали, откуда им их... теперь брать... а министр, которая принимала участие в дискуссии, смеет так красиво, витиевато, ведь у нее же образование — от прежней системы, между прочим, — сегодня предавать искалеченных (*spracowani*) людей... Они звонили и буквально плакали [...] ну, поскольку им нечем за это платить... и [позвонивший человек] сказал: “Как может министр, представитель нашего правительства, вместо того чтоб ободрить, говорить нам, что отбирает последнее... когда мы ходим побираемся по инстанциям” [...] Многие говорят, что лучше покончить с [собой], чем смотреть, что нынче происходит. Потому что такое у нас правительство [...] теперь они произвели революцию в здравоохранении. Так вот, это самое худшее. [...] Обычно я ходил к доктору в это здание, когда там уже с утра находилось по 200–300 человек. Сегодня [...] приходишь, и абсолютно никого нет, ты не видишь пациентов, люди не хотят идти на больничный, те, кто работает, потому что уверены, что в противном случае их уволят. Ибо даже это никто не контролирует. Никому этим заниматься. Их занимают только их посты, их кресла”.

Ослабление чувства уверенности и защищенности, сопровождавшее реформу здравоохранения, и ощущение утеснений, которое может возникнуть в результате, отображено в комментариях электрика, работавшего на металлургическом комбинате с 1960-х годов, а ныне пенсионера. Необычно то, что он предполагает участие в этом процессе европейских политиков.

“Нельзя сбрасывать со счетов, что я слышал, что из Брюсселя поступили инструкции, что население Польши должно насчитывать не 40 или 38 миллионов или около того..., а 24 миллиона человек. В самом деле... и это можно очень легко устроить. Цены на лекарство выросли. Вы, должно быть, слышали неоднократно, что пожилые люди уходят от аптечных прилавков [с пустыми руками]. Потому что не могут себе позволить купить лекарства. Причем [это] основные лекарства, которые должны помочь им, [это] стоит столько-то и столько-то, и [поэтому] они готовы отказаться от лекарств. Только витамины, и что им это даст? А к чему это я говорю? К тому, что старики, которые, по сути, никому больше не нужны, зачем им давать пособия — по инвалидности или пенсии — когда от них можно избавиться — и тогда в бюджете страны будет оставаться больше средств. А значит — просто поднимем цены на лекарства [...] Поднимем цены на лекарства, вовсе не увеличивая [пособия] по инвалидности и пенсии, — и старики вымрут сами собой [...]”¹.

Люди, участвовавшие в исследовании, еще далеки от индивидуалистической идеологии, лежащей в основе либерально-демократического граж-

¹ Интервью с Й.М., Новая Гута, 9 мая 2003 года.

данства. Они склонны интерпретировать свои проблемы со здоровьем скорее не в контексте “поведения”, а в контексте работы, социальное значение которой было основой их мировоззрения. При коммунизме вредность работы на металлургическом комбинате четко признавалась законодательством и вписывалась в рамки административных структур социального обеспечения и тарифных категорий. Тем, кто работал на “вредном производстве”, гарантировалось усиленное питание, ранний выход на пенсию и регулярный отдых в санаториях. Связь, которую люди продолжают усматривать между вредными условиями работы на комбинате, своим нынешним состоянием здоровья и, как результат, правом на заботу, отображена в суждениях, которыми обменялись две женщины-участницы фокус-группы. Первая 25 лет возглавляла бригаду уборщиков в одном из самых грязных цехов металлургического комбината, вторая была оператором мостового крана и в 1970-х годах вышла на пенсию по состоянию здоровья.

1. “Цех (в котором я работала) был действительно грязным, и что [происходило]? Ты работал, и ты заболел (как и другие), — почему, все мы знали ... в том цеху... Все время лекарства, я постоянно покупаю глазные капли, потому что у меня эта... глаукома. Я 20 злотых в месяц трачу на капли, и так все время. Каждый месяц как раз одна маленькая бутылочка и... И все равно... надо покупать другие лекарства — причем на этот раз дорогие... И так, у меня пенсия 820 злотых, фактически, это не много, надо платить (по счетам), так что иногда приходится немного одалживать у Гуты, потому что я по-прежнему состою в фонде, ну, и надо возвращать деньги, и иногда остается лишь 300 злотых на весь месяц”.

2. “Я, к примеру, перенесла операцию на глазах, мне вставили линзу, на самом деле [предыдущая участница] не тратит много, потому что я в месяц трачу 50 злотых, так как мне нужны два вида капель — одни для здорового глаза, вторые для больного. [...] Бетоптик стоит 25 злотых, а откуда у меня больной глаз? — Из-за той пыли, из-за того... газа, в котором мы работали. Наконец, в [том] цеху [...] стоял ужасный шум, пыль неимоверная, мы все это вдыхали, и неудивительно, что у меня стенокардия, болезнь коронарных сосудов, поэтому я ходить не могу. А еще нужен ингалятор для бронхиальных путей — потому что именно бронхиальные пути больше всего пострадали... Нет, наше правительство не умеет править, вот что я вам скажу. Вы должны сказать, что они действуют во вред людям (*krzywdzą ludzi*)”.

Финансовые затруднения в восприятии людей часто ассоциируются с формированием нового неравенства и, таким образом, с несправедливостью. Инженер на пенсии, описывая реакцию людей на невозможность получить медицинскую помощь в силу неплатежеспособности, противопоставляет риторике демократии и свободы выбора экономическим ограничениям демократии, с которыми он сталкивается на практике.

“Они ругаются. Они ужасно ругаются. ... И они сравнивают... ну... с тем, что написано здесь [разворачивает газету и показывает на приведенную в ней зарплату чиновника]... Они ждут пока [болезнь] пройдет, а если не проходит, ну, вы понимаете, чего они ждут [ухмыляется] — зато у нас есть демократия. А демократия означает, что у нас есть выбор [нотки сарказма], однако нам не из чего выбирать... Все изменилось в худшую

сторону. При коммунизме люди так не прозябали. Скажем так, бедность была всеобщей. Все жили очень скромно. На низком уровне. Но сейчас мы имеем ужасное расслоение (*rozwarstwienie*). Кое-кто живет очень хорошо, богато. Все остальные живут все хуже и хуже. [Снова разворачивает газету]. Вот какая зарплата у наших представителей... зарплата представителей, за которых мы голосовали. Я столько за год не получаю, хотя среди пенсионеров считаю себя царем Крезом. Моя жена (25 лет проработавшая в Гуте) за три года не получает столько, сколько депутат парламента за месяц”¹.

Заключение

В западной политической социологии политические последствия капитализма в контексте института гражданства всегда рассматривались весьма однобоко [6]. И в политической теории дело обстоит похожим образом [5]. Современные подходы, подчеркивающие консолидационный потенциал социальных прав, исключают из сферы анализа принципиальные последствия капиталистического социального строя и, тем самым, условия, которые делают возможной консолидацию. При таком подходе классовое неравенство, влияние которого в первую очередь было призвано ограничить социальное гражданство, представляется как нечто естественное. Развитие ситуации после падения коммунизма ставит вопрос о предпосылках возникновения социальных барьеров. Идеи либерализма и капиталистической экономики как квазиприродного феномена опирались на идеологию холодной войны. В посткоммунистический период они стали более уязвимы для критики.

Изменения в сфере здравоохранения Польши были элементом трансформации социального строя, главной чертой которой было создание новой асимметрии власти на основе богатства и бедности. Превращение здоровья в объект потребления сделало здравоохранение одним из механизмов внедрения этих новых социальных отношений. Вводя новые различия по линии защищенности здоровья, его консьюмеризация способствует “кумулятивной каузации” класса [4]. Таким образом, последствия неравенства в медицинском обеспечении весьма разнообразны. Избирательное лишение доступа к медицинской помощи фактически превращает болезнь в инструмент социальной маргинализации, но более того, насколько повышение социального пособия расширяет свободу выбора на рынке труда [13], настолько же его сокращение увеличивает зависимость, а значит и эксплуатируемость в постсоциалистических трудовых отношениях. При построении государственного социализма политика здравоохранения считалась инструментом создания нового, более равноправного общества и нового типа гражданина [17]. Переход от коммунизма к либерально-демократическому гражданству на самом деле был неотделим от либерализации, приватизации собственности, становления капитализма и классов, и именно поэтому обернулся *de facto* дифференциацией прав. Сфера здравоохранения стала одним из измерений этого процесса формирования классов. Поскольку на практике доступность для заболевшего человека помощи специалиста, основных лекарств или просто хорошего питания определяется его положени-

¹ Интервью с М.С., Новая Гута, 6 декабря 1999 года.

ем в рамках нового социального порядка и, в свою очередь, определяет это положение и порядок, хотя Конституция по-прежнему гарантирует всем и каждому право на медицинское обслуживание [42]. Более того, возникшее в рамках социального строя Польши неравенство было частью трансформации глобальных отношений структур власти.

Новая программа здравоохранения ЕС использует язык гражданства для описания новых горизонтов большего равенства в отношении здоровья. При этом в основе “нового универсализма”, преобладающего ныне в глобальном дискурсе о правах на здоровье, лежит сокращение совокупности видов врачебной помощи, на которые распространяются универсальные права [56]. Говорят, что если будут удовлетворены потребности социально незащищенных, ограничение универсальных прав на здоровье не будет противоречить принципам справедливости в сфере здравоохранения [45]. Однако, как показывают опросы в Новой Гуте, “социально незащищенные” — не трансгисторическая категория, на основе которой можно оценивать адекватность обеспечения медицинской помощи. Они доказывают, скорее, что перемены в сфере здравоохранения, наряду с прочими изменениями условий, причастны к возникновению и социальному структурированию этой самой незащищенности. Мотив европейского дискурса о здоровье заключается в том, что даже в условиях ограниченности социальных прав можно достичь равенства, в частности, на основе социальной консолидации и активного гражданства. Противоречивость этого посткоммунистического дискурса гражданства и здоровья заключается в изображении картины более безопасного, более здорового и более спокойного будущего для всех — перспективы, правдоподобие которой основывается на игнорировании социального неравенства как внутри Польши, так и в странах Европы, в порождении которого именно ЕС, определяя условия членства, сыграл решающую роль.

Литература

1. *Agnew J.* How Many Europes? The European Union, Eastward Enlargement and Uneven Development // *European Urban and Regional Studies*. — 2001. — 8. — P. 29–38.
2. *Barbalet J.* *Citizenship*. — Milton Keynes, 1988.
3. *Beskid L.* O Materialnym Rozwarstwieniu Społeczeństwa Polskiego // *Domański H., Ostrowska A., Rychard A. (eds.) Jak Żyją Polacy*. — Warszawa, 2001.
4. *Brenner N.* *New State Spaces: Urban Governance and the Rescaling of Statehood*. — Oxford, 2004.
5. *Brown W.* *States of Injury: Power and Freedom in Late Modernity*. — Princeton, 1995.
6. *Burawoy M.* For a Sociological Marxism: The Complementary Convergence of Antonio Gramsci and Karl Polanyi // *Politics and Society*. — 2003. — 31. — P. 193–261.
7. *Bielecki J.* Bruksela Domaga się Darowania Kar // *Rzeczpospolita*. — 2003. — June 4th.
8. CBOS: *Opinie o Opiece Zdrowotnej w Polsce, Czechach, Słowacji i na Węgrzech*. — Warszawa, 2005.
9. *Cichocka E.* Chaos Informacyjny na Temat Reformy // *Chołuj B. (ed.) System Opieki Zdrowotnej – Efekty Zmian w Polsce i Krajach Sąsiednich*. — Warszawa, 2002.
10. *Collins C., Green A., Hunter D.* Health Sector Reform and the Interpretation of Policy Context // *Health Policy*. — 1999. — 47. — P. 69–83.
11. *Crawford R.* You are Dangerous to Your Health—Ideology and Politics of Victim-Blaming // *International Journal of Health Services*. — 1977. — 7. — P. 663–68.

12. *Deacon B.* Global Social Policy: International Organizations and the Future of Welfare. — London, 1997.
13. *Esping-Andersen G.* The Three Worlds of Welfare Capitalism. — Cambridge, 1993.
14. European Commission: Healthier, Safer, More Confident Citizens: a Health and Consumer Protection Strategy. — Brussels, 2005.
15. *Eyal G., Szelényi I., Townsley E.* Making Capitalism without Capitalists: Class Formation and Elite Struggles in Post-Communist Central Europe. — London, 1998.
16. *Fandrejewska-Tomczyk A.* Przyczyny Niskiej Akceptacji Społecznej Reformy Powszechnych Ubezpieczeń Zdrowotnych w 1999 r. // Kolarska-Bobińska L. (ed.) Cztery Reformy: Od Koncepcji do Realizacji. — Warszawa, 2000.
17. *Ferge Zs.* A Society in the Making: Societal Policy in Hungary. — Harmondsworth, 1974.
18. *Field M.* Reflections on a Painful Transition: From Socialized to Insurance Medicine in Russia // Croatian Medical Journal. — 1999. — 40. — P. 202–209.
19. *Głowczyk J.* Społeczno-ekonomiczne Skutki Transformacji Ustrojowej w Polsce. — Warszawa, 2002.
20. *Golinowska S., Czepulis-Rutkowska Z., Sitek M., Sowa A., Sowada C., Włodarczyk C.* Opieka Zdrowotna w Polsce po Reformie. — Warszawa, 2002.
21. *Holmes S.* A European Doppelstaat? // East European Politics and Societies. — 2003. — 17(1). — P. 107–118.
22. *Górecki W.* Dostępność Leków // Borkowska-Kalwas T., Paczkowska M. (eds.) Dostępność Świadczeń Zdrowotnych w Opinii Polaków 1998–2003: Raport z Badań. — 2004.
23. *Jarosz M.* Wiadza, Przywileje, Korupcja. — Warszawa, 2004.
24. *Kaufman R.R., Nelson J.M.* (eds.) Crucial Needs, Weak Incentives: Social Sector Reform, Democratization, and Globalization in Latin America. — Washington, D.C.; Baltimore, 2004.
25. *Keat P.* Penalizing the Reformer: Polish Steel and European Enlargement // Communist and Postcommunist Studies. — 2000. — 33(2). — P. 201–221.
26. *Koivusalo M.* Health Systems Solidarity and European Community Policies // Sen K. (ed.) Restructuring Health Services: Changing Contexts and Comparative Perspectives. — London, 2003.
27. *Koivusalo M., Ollila E.* Making a Healthy World: Agencies, Actors and Policies in International Health. — London, 2007.
28. *Kowalik T.* Why the Social Democratic Option Failed: Poland's Experience of Systemic Change // Glyn A. (ed.) Social Democracy in Neoliberal Times: The Left and Economic Policy Since 1980. — Oxford, 2001.
29. *Krasucki P.* Siła Przyzwyczajenia // Służba Zdrowia. — 2000. — 65–68. — P. 14.
30. *Krasucki P.* Knajpa bez Kelnera // Służba Zdrowia. — 2000. — P. 20.
31. *Krasucki P.* Optymalizacji Systemu Ochrony Zdrowia: Koszty i Korzyści. — Warszawa, 2005.
32. *Kubiak A.* Pacjenci i Lekarze o Korupcji w Publicznej Służbie Zdrowia. Raport z Badań. — Warszawa, 2001.
33. *Lech M.M.* Potencjalne, Negatywne Skutki Reformy Ochrony Zdrowia dla Stanu Opieki Położniczo-Ginekologicznej w Polsce // Chołuj B. (ed.) System Opieki Zdrowotnej — Efekty Zmian w Polsce i Krajach Sąsiednich. — Warszawa, 2002.
34. *Loś M.* Property Rights, Markets and Historical Justice: Legislative Discourse in Poland // International Journal of the Sociology of Law. — 1994. — 2(1). — P. 39–58.
35. *Marshall T.M.* Citizenship and Social Class and Other Essays. — Cambridge, 1950.
36. *Mihalji P., Petru R.* The Fiscal Impact of Health Care Reforms in Central Europe // Dóbrowski M., Rostowski J. (eds.) The Eastern Enlargement of the EU. — Boston; Dordrecht; London, 2001.

37. *Misiński W.* Mity Rynku Usług Medycznych // *Służba Zdrowia*. — 2000. — 40–41. — P. 8–10.
38. Najwyższa Izba Kontroli: Informacja o Wynikach Kontroli Funkcjonowania Systemu Tworzenia Wykazu Leków Refundowanych. — Warszawa, 2004.
39. *Nelson J.M.* Linkages Between Politics and Economics // *Diamond L., Platner M.F.* (eds.) *Economic Reform and Democracy*. — Baltimore, 1995.
40. OECD: 2004 OECD Economic Survey of Poland. — Paris, 2004.
41. *Ost D.* The Defeat of Solidarity: Anger and Politics in Postcommunist Europe. — Ithaca; N.Y., 2005.
42. *Palska M.* Bieda i Dostatek: O Nowych Stylach Życia w Polsce Konca Lat Dzieci-dziesiątych. — Warszawa, 2002.
43. *Parekh B.* The Cultural Particularity of Liberal Democracy // *Held D.* (ed.) *Prospects for Democracy: North South East West*. — Cambridge, 1993.
44. *Polanyi K.* The Great Transformation: the Political and Economic Origins of our Time. — Boston, Mass., 1957.
45. *Redden C.J.* Health Care, Entitlement and Citizenship. — Toronto, 2002.
46. *Sen K.* (ed.) *Restructuring Health Services: Changing Contexts and Comparative Perspectives*. — London, 2003.
47. *Soltyk R.* Nowe Leki Dłużej Drogie // *Gazeta Wyborcza*. — 2003. — September 12th.
48. *Staniszki J.* Władza Globalizacji. — Warszawa, 2003.
49. *Tampke J.* Bismarck's Social Legislation: A Genuine Breakthrough? // *Mommsen W.J., Mock W.* (eds.) *The Emergence of the Welfare State in Britain and Germany 1850–1950*. — London, 1981.
50. *Tymowska K.* Health Care under Transformation in Poland // *Health Policy*. — 2001. — 56. — P. 85–98.
51. *Veblen T.* *Imperial Germany and the Industrial Revolution*. — N.Y., 1915.
52. *Watson P.* Health Difference in Eastern Europe: Preliminary Findings from the Nowa Huta Study // *Social Science and Medicine*. — 1998. — 46. — 4–5. — P. 549–558.
53. *Watson P.* Nowa Huta: the Politics of Postcommunism and the Past // *Edmunds J., Turner B.S.* (eds.) *Generational Consciousness, Narrative, and Politics*. — Lanham, Md., 2002. — P. 165–177.
54. *Watson P.* Re-thinking Transition: Globalism, Gender and Class // *Scott J.W., Keates D.* (eds.) *Going Public: Feminism and the Shifting Boundaries of the Private Sphere*. — Urbana; Champaign, 2004.
55. *Watson P.* Stress and Social Change in Poland // *Health and Place*. — <http://www.sciencedirect.com/science/journal/13538292>.
56. WHO: Making a Difference. World Health Report 1999. — Geneva, 1999.
57. *Williamson J.* What Washington Means by Policy Reform // *Williamson J.* (ed.) *Latin American Adjustment: How Much Has Happened?* — Washington, DC, 1990.
58. *Włodarczyk C.* Cele Reformy Opieki Zdrowotnej // *Kolarska-Bobicska L.* (ed.) *Cztery Reformy: Od Koncepcji do Realizacji*. — Warszawa, 2000.
59. World Bank: Growth, Poverty and Inequality: Eastern Europe and the Former Soviet Union. — Washington, D.C., 2005.

Перевод с английского Дмитрия Гломозды