Systemy opieki zdrowotnej na świecie

10 marca 2010

Powiew reform w dziedzinie opieki zdrowotnej nie ominął żadnego kraju na żadnym kontynencie – ani w Azji, ani Europie, ani w Ameryce. Teoretycznie należy się tylko cieszyć. Z uwagi na ogrom wciąż niezaspokojonych potrzeb i na powracające pandemie, sytuacja musiała się zmienić.

Ale podczas gdy Stany Zjednoczone, gdzie sektor prywatny jest najsilniejszy, albo Chiny, które naśladowały tę metodę z zapałem neofitów, dążą teraz do ograniczenia logiki rynkowej w celu upowszechnienia opieki zdrowotnej, bogate kraje, takie jak Francja, stawiają sobie za cel zmniejszenie udziału państwa w wydatkach i przerzucanie kosztów na pacjentów. Dziwne odwrócenie. Dokładnie w tym momencie, w którym model amerykański dowiódł swojej nieskuteczności, tutaj rynek wciąż pozostaje drogowskazem – nawet jeśli coraz to mówi się o powracaniu do silnego państwa.

Stany Zjednoczone zajmują drugie miejsce na świecie pod względem wydatków na zdrowie (15,3% produktu krajowego brutto w 2007 r.), zaś są na 30 pod względem spodziewanej długości życia „w dobrym zdrowiu" (69 lat) [1]. Przy takich wynikach nie ma się co dziwić, że prezydent Obama postanowił zmierzyć się z tym zagadnieniem, spróbować rozszerzyć opiekę na jak największą liczbę obywateli, nawet jeśli problemy nie ograniczają się do opieki społecznej. Nikt dzisiaj nie wie, czy Obama będzie w stanie dotrzymać obietnic i zdobyć potrzebną większość [2].

JAK POTRZEBA ZDROWEJ SIŁY ROBOCZEJ ZRODZIŁA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ

Idea opieki społecznej pojawiła się w XIX w. wraz z ekspansją rewolucji przemysłowej i powstawaniem dużych skupisk robotniczych. Za pośrednictwem stowarzyszeń wzajemnej pomocy,

związanych z konkretnymi zawodami, a potem opieki społecznej – pierwsze zostało utworzone przez kanclerza Bismarcka w 1883 r. – decydenci polityczni i gospodarczy chcieli zapewnić zdrową siłę roboczą, która będzie w stanie wytrzymywać trudne warunki pracy. Dodatkowo zmuszały ich do tego wciąż powracające społeczne walki o poprawę warunków życia.

Po II wojnie światowej ujrzały światło dzienne rozmaite systemy zmierzające do zwiększenia wewnętrznej harmonii społeczeństw. Miały być swego rodzaju wentylem bezpieczeństwa, chroniącym przed możliwymi skutkami walki klas. We Francji 7 lipca 1945 r. Assemblée consultative provisoire (Tymczasowe Zgromadzenie Doradcze) ogłosiło, że opieka społeczna „jest rozwiązaniem, które uwalnia robotników od ciągłego lęku o przyszłość (…), który wywoływał u nich poczucie niższości, był rezultatem dystynkcji między klasą posiadaczy, pewnych swej egzystencji i przyszłości, oraz robotników, nad którymi w każdym momencie wisiała groźba nędzy [3]. W wymiarze ogólnoświatowym uznane zostało „powszechne prawo do zdrowia”. Skutkiem tego w 1948 r. powstała Światowa Organizacja Zdrowia. 60 lat później, mimo ponownego zobowiązania się 194 krajów ONZ w Alma Alta w 1978 r., daleko nam jeszcze do realizacji tego postulatu.

POSTĘP, REGRES, NIERÓWNOWAGA

Po pierwsze, istnieją niewyobrażalne nierówności, zwłaszcza między poszczególnymi krajami. W medycynie nastąpił niekwestionowany postęp, ale w 31 krajach (w tym w RPA, w Botswanie, w Gabonie, ale również w Rosji i na Ukrainie) w latach 1990-2006 oczekiwana długość życia w zdrowiu spadła. Afryka w większości pozostaje na szarym końcu: oczekiwana długość życia w Sierra Leone wynosi 29 lat, w Angoli – 31, w Republice Kongo – 37… Japonia z kolei prowadzi – oczekiwana długość życia wynosi tam 75 lat.

Oczywiście w niektórych krajach wczesne umieranie jest skutkiem toczonych tam walk wewnętrznych lub wojen, w których

liczby ofiar są bardzo wysokie. Ale przez brak odpowiedniej opieki medycznej kraje te cierpią przede wszystkim na choroby zakaźne (malaria, gruźlica, dyzenteria, wirus HIV), które łatwo się rozprzestrzeniają ze względu na biedę i brak odpowiedniego wyposażenia sanitarnego [4]. Nie ma w tym żadnej nieuchronności losu ani tajemnicy. Tego rodzaju nieprawidłowości, pojawiające się w krajach południa (Afryka i niektóre kraje azjatyckie, takie jak Timor-Leste, Laos, Bangladesz, Birma…), zanikają wraz z rozwojem gospodarczym. Jest to zjawisko nazywane przez specjalistów „transformacją epidemiologiczną”. W krajach bogatych lub wzbogacających się dominują zaburzenia chroniczne (choroby sercowo-naczyniowe, choroby układu oddechowego, cukrzyca, nowotwory…) i są one lepiej leczone.

Rzecz jasna te choroby nie oszczędzają krajów rozwijających się. Częstotliwość ich pojawiania się wzrasta wraz z wykształcaniem się klasy średniej (Ghana, Gabon, RPA, Pakistan…). Co więcej, powracają choroby, które znikły z krajów rozwiniętych, takie jak gruźlica (dzieje się tak np. w Rosji). To nie zmienia faktu, że zasadnicza diagnoza, wedle której zamożność kraju i wysokość wydatków związanych z warunkami sanitarnymi są wskaźnikami determinującym długość życia, pozostaje w mocy.

Aż 90% światowych wydatków na zdrowie pochodzi z 30 krajów Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), w których oczekiwana długość życia jest najdłuższa, podczas gdy stanowią one 20% światowej populacji [5]. Z kolei z Afryki, w której mieszka 14% całej populacji świata, pochodzi 1% ogólnych wydatków na zdrowie. Nie ma więc cudów. W Sierra Leone środki przeznaczane na zdrowie sięgają 3,5% produktu krajowego brutto, w Kongo – 2,1%, w Japonii przekraczają 8%, zaś we Francji 11%. Co prawda przykład Stanów Zjednoczonych wskazuje, że nie zawsze są one wykorzystywane tak, jak powinny być, ale muszą one osiągać pewien poziom pozwalający przekroczyć „śmiertelną granicę”, która niewiele ma wspólnego

z naturą, a wiele z podziałem bogactw. Jak powiedział ekonomista Amartaya Sen: „Musimy wszyscy przyznać, że jest możliwość wyeliminowania niesprawiedliwości w dostępie do opieki medycznej czy leków, a to wcale nie znaczy, że musimy mieć tę samą wizję idealnego społeczeństwa. (…) Tak jak Condorcet swego czasu potrafił uznać konieczność zniesienia niewolnictwa, tak dziś trzeba postawić problem tej niesprawiedliwości” [6].

DZIEDZICTWO KOLONIALNE

O ile pieniądze są podstawowym warunkiem skutecznej walki przeciw chorobom, o tyle potrzebna jest również przeszkolona armia (personel medyczny) oraz skuteczna broń (lekarstwa, wyposażenie, edukacja). Dostęp do opieki medycznej zależy również od organizacji sanitarnej i sposobu finansowania. Można tutaj wyróżnić trzy wielkie systemy: pierwszy wprowadzony przez kolonizatorów w koloniach, drugi wykształcony w byłych krajach komunistycznych oraz trzeci, funkcjonujący w krajach rozwiniętych, wprowadzany czasem, w różnych wariantach, przez kraje bogacące się.

Wiele, bo aż 79 krajów Afryki, Karaibów i Pacyfiku odziedziczyło po epoce kolonialnej strukturę piramidy. Na najbardziej podstawowym poziomie są lokalne przychodnie i czasem mobilne ekipy, następnie szpitale ogólne. Wreszcie trzeci poziom to wyspecjalizowane jednostki (kliniki) i centra szpitalno-naukowe. Do połowy lat 80., dzięki nakładom państw i organizacji międzynarodowych, udawało się utrzymać dość chwiejną równowagę tego systemu.

Ale, jak zauważa WHO w raporcie z 2008 r., „polityki odpowiedzialne za dostosowanie strukturalne (negocjowane przez Międzynarodowy Fundusz Walutowy i Bank Światowy) poważnie naruszyły system zdrowia publicznego. Przepaść między prywatną a publiczną ofertą się pogłębiła”. Dalej czytamy: „nieuregulowane urynkowianie systemów opieki zdrowotnej sprawia, że stają się one nieskuteczne i bardzo kosztowne,

nasilają się nierówności i obniża jakość usług medycznych, czasem wręcz do niebezpiecznego poziomu”. Za przykład podaje się Republikę Demokratyczną Konga, gdzie „określenie chirurgia safaryjska używane jest w odniesieniu do stosowanej przez wielu pracowników służby zdrowia praktyki, polegającej na wykonywaniu na czarno operacji usunięcia wyrostka robaczkowego i innych interwencji chirurgicznych w domu chorego, często za kosmiczne ceny”. Widać więc, jak nędzy zawsze towarzyszy korupcja.

Pomoc międzynarodowa (WHO, UNICEF, programy ONZ, programy dwustronne i wielkie fundacje) jest z pewnością bardzo potrzebna, ale sposoby działania zajmujących się nią instytucji są zbyt rozbieżne, a ich przedsięwzięciom brakuje spójności i konsekwencji. Reformy, jeśli w ogóle są wprowadzane, polegają na budowaniu lub renowacji podstawowych ośrodków opieki i szpitali.

NIEPOROZUMIENIA KULTUROWE

Dobrym przykładem może być taka anegdota. Jak wiadomo, od początku 2010 r. kilka krajów europejskich próbowało pozbyć się ze swoich magazynów nadmiarów szczepionki przeciw wirusowi H1N1. Według WHO, potrzebowałoby jej „95 biednych krajów”. Tymczasem jednak, z powodu braku odpowiedniego wyposażenia do zabezpieczenia produktu i ludzi do kontrolowania go, „jedynie dwa z nich mogły otrzymać szczepionki” [7] na początku stycznia. To daje wiele do myślenia na temat przewidywań WHO dotyczących pandemii grypy – zapewne bardziej zależnymi od presji laboratoriów farmaceutycznych niż od medycznej rzeczywistości. Wnioski nie będą zbyt budujące.

Stworzenie sieci opieki zdrowotnej wydaje się rzeczą niezbędną. Ale niewystarczającą. „Instalacje i służby powinny być powszechnie dostępne, a także zależne od lokalnej kultury” – piszą naukowcy, którzy podsumowywali 60 lat „prawa do opieki zdrowotnej” w piśmie The Lancet [8]. Podają przykład Peru, gdzie programy mające na celu obniżenie umieralności przy

porodzie spełzały na niczym do momentu, w którym zdano sobie sprawę z tego, że tamtejsze kobiety rodzą w kucki, i dostarczono odpowiednie wyposażenie. Wystarczyłby zdrowy rozsądek – ale wymagałby on oddalenia się od tego, co znane na Zachodzie. Znaczące jest, że w Afryce, a nawet w Indiach, kolonializm wprowadził systemy zachodnie bez zainteresowania umiejętnościami i praktykami lokalnymi (o ile ich nie zwalczał). W Chinach Mao Zedong zrobił odwrotnie – oparł system na medycynie tradycyjnej, co w połączeniu z zachodnimi metodami leczenia obniżyło wówczas dynamikę rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych.

MODEL PORADZIECKI I ZMIANY NA ZACHODZIE

Drugi wielki system dotyczy byłych krajów komunistycznych należących do bloku radzieckiego. Opierał się na wielkich szpitalach i sanatoriach. Bliska opieka zdrowotna praktycznie nie istniała. Ten system, działający niezbyt skutecznie już pod koniec dawnego ustroju, rozpadł się całkiem wraz z upadkiem subwencji publicznych, związanym z podporządkowaniem się tych krajów dogmatom neoliberalizmu i z kryzysem gospodarczym. Skutkiem trudności życiowych i utraty wspólnych punktów odniesienia były zachowania wysokiego ryzyka, takie jak przemoc i alkoholizm, a jednocześnie wydatki na służbę zdrowia zmalały (zniesiono darmowe leki, sprywatyzowano sektor szpitalny, korzystano ze zniszczonego sprzętu). Skutek: oczekiwana długość „zdrowego” życia, która w Rosji w 1990 r. wynosiła 69 lat, w 2006 spadła do 66; z 70 do 67 na Ukrainie; z 65 do 64 w Kazachstanie… Skutkiem niewłaściwego leczenia było również pojawianie się chorób „zmutowanych”, takich jak odporna na leki gruźlica, grasująca zwłaszcza w przeludnionych rosyjskich więzieniach, wskutek ciasnoty i nieodpowiedniej opieki. Dzisiaj wysiłki koncentrują się na stworzeniu systemu opieki bliskiego kontaktu i skonsolidowaniu systemu opieki. Jak na razie nie ma rezultatów na miarę oczekiwań.

I wreszcie sytuacja w krajach bogatych, w których masowy dostęp do opieki zdrowotnej przechodzi od lekarzy pierwszego

kontaktu, przez specjalistów i szpitale, po wysoko wyspecjalizowane instytucje. W ramach tego trzeciego modelu można wyróżnić takie systemy, w których darmowa opieka jest zagwarantowana i finansowana przez państwo (Szwecja, Wielka Brytania); systemy ubezpieczeń zdrowotnych (Niemcy, Francja, Japonia), gdzie istnieje oferta publiczna i prywatna, a finanse są równo rozłożone; i wreszcie systemy w większości prywatne (Stany Zjednoczone, kraje Europy Środkowej).

O ile dla wszystkich punktem wyjścia jest pragnienie zabezpieczenia obywateli przed przypadkami losowymi, ów wybór dokonany na początku – państwowe czy prywatne – nie pozostaje bez znaczenia. „W Europie po zakończeniu II wojny światowej przeważyła koncepcja, że każdy powinien finansować ten system proporcjonalnie do swoich dochodów – a nie proporcjonalnie do swojego stanu zdrowia, a powinien otrzymywać leczenie dostosowane do swoich stanu zdrowia – a nie do swoich dochodów" – przypomina badacz Bruno Palier [9]. Taka jest ogólna zasada, ale bardzo poważnie się od niej odstępuje.

PRYWATNE, KOSZTOWNE… NIESKUTECZNE

We krajach należących do tej trzeciej grupy, jakkolwiek dziwne mogłoby się to zdawać, wysokość wydatków na zdrowie nie jest bynajmniej wprost proporcjonalna do ogólnego stanu sanitarnego i oczekiwanej długości życia. Nie wystarczy bowiem wydawać więcej, by dożywać starości. Japonia np., gdzie oczekiwana długość życia wynosi 75 lat, wydaje na zdrowie zaledwie 8,1% swojego przychodu wewnętrznego brutto, mniej niż Francja (11,4% i 72 lata), Szwecja (9,1% i 73 lata) czy wreszcie Wielka Brytania (8,4% i 71 lat). Ten pozorny paradoks wynika z tego, że do długowieczności przyczyniają się również tryb życia, warunki pracy i sposób odżywiania się.

Z kolei bezpośredni wpływ na koszty mają takie czynniki, jak sposób zorganizowania stosunków między chorymi a lekarzami, kontrolowanie (albo nie) cen leków oraz stosowanie prewencji. W Stanach Zjednoczonych sumy przeznaczane na leki są najwyższe

(dwa razy tyle, co średnia w krajach Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju), wyższe niż w Kanadzie, Grecji czy we Francji – w tej ostatniej wysoka konsumpcja i wysokie ceny kumulują się. Kolejnym czempionem nadmiernego przepisywania leków są Chiny, drugi rynek farmaceutyczny na świecie: lekarze, kiepsko opłacani, zazwyczaj sprzedają lekarstwa, które sami przepisują, i nieraz nie wahają się wydłużyć listy leków, by móc łatwiej związać koniec z końcem…

W Szwecji, Norwegii oraz w Wielkiej Brytanii zagwarantowany jest darmowy dostęp do podstawowej opieki. Wyposażenie jest publiczne, a państwo albo administracje lokalne wypłacają lekarzom wynagrodzenia w postaci pensji (a nie zapłaty za poszczególną wizytę, jak np. we Francji). Oczywiście, kiedy finanse publiczne się zmniejszają, służby medyczne przekształcają się w listy oczekujących. Był to jeden ze skutków rządów Margaret Thatcher. W 2001 r. 22% brytyjskich pacjentów musiało czekać ponad 3 miesiące (dokładniej 13 tygodni) na wizytę w szpitalu, a 27% czekało 6 miesięcy na operację [10].

Od tego czasu rząd Partii Pracy wzmocnił środki przeznaczone na system opieki zdrowotnej (zwiększenie liczby lekarzy i pielęgniarek, ich pensji, nowe inwestycje). Efekty są widoczne gołym okiem, nawet jeśli nadal daleko stąd do Norwegii lub Szwecji, gdzie wysokiej jakości opieka medyczna jest dostępna dla wszystkich. Wbrew temu, co powtarzają zwolennicy wszechmocnego rynku, to nie publiczna opieka zdrowotna prowadzi do katastrofy, ale niewspieranie jej przez państwo. Można też zauważyć, że globalnie rzecz ujmując, koszty utrzymania opieki zdrowotnej nie muszą być tak ciężkie, kiedy jest to opieka zbiorowa, a udział prywatnego sektora (płacony przez rodziny i/lub towarzystwa ubezpieczeniowe) jest słabszy – w Japonii stanowi on 17,7% wydatków, w Szwecji – 16,1%, we Francji – 20,2%, a w Stanach Zjednoczonych – prawie 50%…

AMERYKAŃSKA PATOLOGIA

By się o tym przekonać, wystarczy przyjrzeć się najbardziej liberalnemu systemowi, czyli temu, który działa w Stanach Zjednoczonych i słynie ze swoich seryjnych porażek, niektórzy wręcz w związku z tym mówią o „braku systemu”. W przypadku ludności czynnej zawodowo pracodawca opłaca ubezpieczenie. Zawiera umowę na ubezpieczenie chorobowe z jakąś firmą prywatną. To pokrywa dwie trzecie pensji. Pracownicy, którzy sami się zatrudniają, pracują w niepełnym wymiarze godzin lub wreszcie w małych przedsiębiorstwach, muszą sami podpisywać indywidualne umowy ubezpieczeniowe, znacznie bardziej kosztowne, często już więc samo to stawia ich w gorszej pozycji. Sankcja jest natychmiastowa – nie pracujesz w przedsiębiorstwie, nie masz praw. Jest to kwestia tym bardziej ważka, że oficjalne wskaźniki bezrobocia nie przestają rosnąć, sięgają 10%. Emeryci po 65 r. życia mają prawo do medicare, która zapewnia minimalną opiekę, a najbiedniejsi – do medicaid. Dla tych zaś, którzy nie należą do żadnej kategorii, nie ma nic. W kraju stawiającym się za wzór sukcesu jedna szósta populacji nie ma do dyspozycji żadnej opieki. Tę właśnie lukę i jej konsekwencje chce zlikwidować prezydent Obama.

Tak naprawdę nawet w krajach, gdzie istnieje rozwinięty system opieki medycznej, nierówności są ogromne. Richard Wilkinson, ekonomista specjalizujący się w dziedzinie służby zdrowia, podkreśla, że w Stanach Zjednoczonych „oczekiwana długość życia białych kobiet z najbogatszych dzielnic wynosi 86 lat, w przypadku czarnych kobiet z najbiedniejszych dzielnic jest to lat 70” [11]. 16 lat różnicy to nie bagatela!

Z kolei Światowa Organizacja Zdrowia ocenia, że w latach 1991-2000 można było uniknąć 886 202 zgonów, gdyby wyrównane zostały wskaźniki śmiertelności między białymi a czarnymi Amerykanami [12]. Wystarczy to porównać z 176 633 istnieniami ludzkimi, które udało się uratować dzięki postępowi medycznemu. Inny przykład cytowany w tym opracowaniu: w biednych dzielnicach Glasgow w Szkocji spodziewana długość

życia w momencie urodzenia wynosi 54 lata, a więc mniej niż w… Indiach.

BIEDA POWAŻNIE SZKODZI ZDROWIU

Dla wyjaśnienia tej sytuacji nie wystarczy powoływać się na warunki sanitarne i finansowe. Jak pokazuje WHO, w grupach upośledzonych przeszkody się kumulują: „niewystarczające wykształcenie, brak wyposażenia społecznego, bezrobocie, niestabilny rynek pracy, niebezpieczne dzielnice i ich wpływ na życie rodzinne”. Te czynniki socjopsychologiczne, do których Wilkinson dodaje niską samoocenę i niepewność jutra, mają ogromne znaczenie. Bycie biednym w bogatym kraju poważnie szkodzi zdrowiu.

Eksperci z WHO, wstrząśnięci własnym odkryciami, choć zazwyczaj są przyzwyczajeni do używania bardziej dyplomatycznego języka, teraz nie owijają w bawełnę: „Ta różnica to nie żadne naturalne zjawisko; jest ona rezultatem polityki, która działa na korzyść czyichś interesów kosztem interesów innych osób, zazwyczaj na korzyść silnej i bogatej mniejszości kosztem biednej i słabej większości”.

Nawet bardzo liberalna Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), która przecież doprowadziła do ogólnej deregulacji, musi przyznać, że prywatyzacja utrudniła sprawę: „Tylko bardzo niewielka liczba zagorzałych zwolenników uznaje dziś jeszcze, że konkurencja jest rozwiązaniem wszystkich problemów. (…) Zalety wolnego rynku okazują się znacznie mniej oczywiste” [13]. Ich eksperci napisali nawet, że „społeczeństwo może stanąć przed koniecznością wprowadzenia środków takich jak regulacja rynku, by skorygować jego niedoskonałości, a w skrajnych przypadkach odejście od wolnego rynku na rzecz innego systemu zarządzania zasobami”. Czyżby OECD wreszcie przejrzała na oczy?

NASZE ZDROWIE CZY ICH ZYSKI?

Nie dajmy się ponieść marzeniom. W Stanach Zjednoczonych

towarzystwa ubezpieczeniowe mają wystarczające wsparcie wśród Demokratów, by nie obawiać się utraty swoich przywilejów. We Francji coraz szybciej przebiega prywatyzacja szpitali – do 2012 r. przewiduje się likwidację 4 tys. stanowisk w Assistance Publique w regionie paryskim. Opieka społeczna poddana będzie podobnym zmianom. Kiedyś zwracano do 76,5% wydatków na zdrowie (1980 r.), dzisiaj państwo pokrywa zaledwie 73,9% [14]. To tylko średnia. O ile leczenie przewlekłych chorób (np. raka) jest finansowane praktycznie w całości, o tyle bieżąca opieka zdrowotna, która dotyczy większości społeczeństwa, jest refundowana średnio w 55% [15]. Profesor Didier Tabuteau bije na alarm: „Dochodzi do prywatyzacji opieki społecznej" [16]. Czy spodziewana długość życia w niektórych dzielnicach musi spaść do poziomu Bangladeszu, by zdano sobie sprawę z zagrożenia? Już dziś wśród 60-letnich robotników jest ona o 7 lat niższa niż wśród osób pracujących na wyższych stanowiskach. Co będzie za kilkadziesiąt lat, jeśli nadal będziemy płynąć pod prąd postępu?

Prawda jest taka, że większość Francuzów ma wrażenie, że wciąż płaci wyższe składki (na opiekę zdrowotną), a zapewniane im za to usługi są coraz mniejsze. „Poza negatywnym wpływem na zdrowie najuboższych – zauważa Palier – ten rozziew może spowodować spadek zaufania do skuteczności i prawomocności systemu opieki zdrowotnej" [17]. A jeśli to właśnie jest jednym z ukrytych celów takiej polityki?

Autor: Martine Bulard
Tłumaczenie: Magdalena Kowalska
Źródło: „Le Monde diplomatique" nr 3/2010

PRZYPISY

[1] Raport na temat zdrowia, 2009, Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa.

[2] Zob.Obama ou l'impasse des petits pas, Valise

diplomatique, Le Monde-diplomatique, styczeń 2010.

[3] La Securite sociale: Son histoire a travers les textes, tom III, 1945-1981, pod redakcją Alaina Barjota, Association pour l'Etude de l'histoire de la sécurité sociale, Ministère du travail et des affaires sociales, Paryż 1997.

[4] Zob. Maggie Black, „Świat tonie w ekstrementach", Le Monde diplomatique – edycja polska, styczeń 2010.

[5] Atlas zdrowia.

[6] Wywiad w France Inter z 13 stycznia 2010. Zob. La fin de l'injustice, Fayard, Paryż 2010.

[7] Donald G Mcneil Jr, „Poor nations still getting little flu vaccine", International Herald Tribune, Paryż, 19 stycznia 2010.

[8] „Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries", The Lancet, Londyn, 13 grudnia 2008.

[9] Bruno Palier, La réforme des systeme de santé, seria Que sais-je, Paryż, nowa edycja 2009.

[10] Przykład cytowany przez: Bruno Palier, op. cit.

[11] Richard Wilkinson, L'égalité c'est la santé, Démopolis, Paryż 2009.

[12] WHO, Combler le fossé en une génération – Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, raport 2008.

[13] Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju, Achieving Better Value for Money in Health Care, Paryż 2009.

[14] Ów wskaźnik wynosił 44% w 1966 r., wciąż wzrastał do 1980 r., od tego czasu zaś spada.

[15] Mutuelles i ubezpieczenia dodatkowe mogą wyrównać

różnicę, ale są one coraz gorsze i podnoszą składki zwłaszcza dla emerytów. Co więcej, 8% Francuzów nie ma dodatkowego ubezpieczenia.

[16] Wywiad w Le Monde, 13 stycznia 2010.

[17] Bruno Palier, La réforme des systemes de santé, op. cit.