

U podstaw europejskich systemów ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej leżą dwie różne koncepcje. Jedną z nich to koncepcja według Bismarcka, zgodnie z którą ochrona zdrowia związana jest z pracą i finansowana ze składek. Druga koncepcja - według Beveridge'a - zakłada, że dostęp do opieki zdrowotnej jest powszechny, a świadczenia zdrowotne są finansowane z podatków. W rzeczywistości, z biegiem lat różnice między tymi koncepcjami znacznie się zatarły.

W praktyce, w ramach Unii Europejskiej, można rozróżnić trzy modele systemów ochrony zdrowia: "systemy", których podstawą są kasy chorych pod patronatem państwa, państwową ochronę zdrowia w państwach Europy Północnej oraz systemy mieszane w państwach Europy Południowej.

W tych trzech grupach państw, dostęp osób o niskich dochodach do świadczeń medycznych opiera się na różnych zasadach i może nawet różnić się w ramach jednej grupy. Włączenie tych populacji do systemów ochrony zdrowia następowało często przez stopniowe rozszerzanie systemów ubezpieczeń społecznych lub przez powierzenie władzom lokalnym zadania objęcia szerszą opieką medyczną niż przewiduje powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Dlatego też systemy te są często złożone, stąd trudności przy porównywaniu konkretnych sytuacji dotyczących poszczególnych populacji.

Przyznanie minimalnego zagwarantowanego dochodu lub świadczeń opieki społecznej związane jest, we wszystkich państwach, z ubezpieczeniem na wypadek choroby.

Systemy kas chorych, stopniowe upowszechnianie praw (Belgia, Niemcy, Holandia, Austria, Luksemburg)

W systemach kas chorych, ubezpieczenie na wypadek choroby związane jest zasadniczo z pracą. Na początku lat siedemdziesiątych zrezygnowano z przynależności do określonej grupy zawodowej, jako warunku korzystania ze świadczeń ochrony zdrowia, na rzecz powszechnego dostępu wszystkich mieszkańców. Niemcy i Holandia pozostały wierne pierwszej koncepcji, przy czym osoby, których dochody przekraczały określony próg nie zostały objęte obowiązkowym ubezpieczeniem na wypadek choroby. W Niemczech, ubezpieczenie na wypadek choroby jest obowiązkowe, jeśli dochody nie przekraczają określonego progu (76.500 DM w 1999 r. w starych landach i 64.800 DM w landach wschodnich). Pracownicy, których dochody przekraczają ten próg, urzędnicy i osoby wykonujące wolne zawody mogą zapisać się bądź do kasy ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego, bądź do prywatnej kasy ubezpieczeń. W Holandii, system ubezpieczeń na wypadek choroby łączy koncepcję Bismarcka z koncepcją Beveridge'a. Osoby uzyskujące dochody poniżej określonego poziomu (ok. 28.500 euro) korzystają z systemu ubezpieczeń społecznych w zakresie podstawowej opieki medycznej. Jeśli dochody przekraczają próg, jedynym rozwiązaniem jest przynależność do prywatnej kasy ubezpieczeń społecznych. Jeśli zajdzie potrzeba zastosowania długiego i kosztownego leczenia, wszyscy obywatele, niezależnie od poziomu dochodów, korzystają ze specjalnego funduszu przeznaczanego na finansowanie szczególnych kosztów leczenia (AWBZ). Dziś system ten znajduje się w fazie przejściowej i będzie zastąpiony systemem o kontrolowanej konkurencji przewidzianym w projekcie reform zwanym projektem Dekkera-Simonsa¹, od nazwisk jego autorów.

¹ Projekt ten przewiduje wprowadzenie konkurencji między ubezpieczycielami i kasami chorych sektora publicznego, które proponują osobom ubezpieczonym dostęp do sieci świadczeń medycznych. Reforma ta była wprowadzana stopniowo, dziś jest zawieszona.

W tych pięciu krajach podjęto szczególne środki w celu niesienia pomocy finansowej osobom o niskich dochodach lub znajdującym się w trudnej sytuacji.

Belgia

Wdowy i sieroty, osoby niepełnosprawne korzystające z pomocy społecznej (VIPO) podlegają systemowi powszechnego ubezpieczenia. Beneficjenci tworzą trzy kategorie, z których dwie korzystają z ochrony zdrowia wyższego stopnia: osoby zawodowo czynne, „VIPO 75%” i „VIPO 100%”. Grupa objęta pomocą społeczną należy do „VIPO 100%” i korzysta z bezpłatnego leczenia. Gospodarstwa, których dochody są niższe niż około 12.000 euro (1997), są całkowicie zwolnione z udziału w kosztach leczenia, przy czym próg ten kształtuje się różnie w zależności od liczby osób pozostających na utrzymaniu. Dla gospodarstw domowych o przeciętnych dochodach, wyższych jednak od wskazanego progu, istnieje roczny „próg socjalny”, który znosi obowiązek współuczestniczenia ubezpieczonego i osób uprawnionych w kosztach świadczeń zdrowotnych. Próg ten nie ma zastosowania do lekarstw.

Niemcy

Osoby o niskich dochodach i osoby uprawnione mogą być objęte systemem ustawowych ubezpieczeń zdrowotnych i tym samym mogą być zwolnione z wszelkiego udziału w kosztach leczenia, ze szczególnym uwzględnieniem - podobnie jak w Belgii - gospodarstw, których dochody nieznacznie przekraczają próg.

Osoby te muszą jednak spełnić jedno z dwóch kryteriów: bądź kryterium statusu (muszą być uprawnione do pobierania niektórych świadczeń socjalnych), bądź kryterium wysokości dochodów (corocznie właściwe organy na szczeblu federalnym określają wskaźnik uwzględniający liczebność rodziny i lokalizację geograficzną).

W celu wyrównania skutków istnienia progu, przewidziana jest opieka medyczna częściowo bezpłatna dla osób, których dochody mieszczą się powyżej tego wskaźnika i spełniających określone warunki.

Szczególne warunki pozwalające osobom znajdującym się w trudnej sytuacji na korzystanie z ubezpieczenia na wypadek choroby

Zgodnie z przepisami ustawowymi, udział finansowy osób ubezpieczonych w wydatkach na opiekę medyczną jest konieczny, jednak prawo przywiązuje dużą wagę do faktu, że nie można nikogo pozbawiać prawa do opieki medycznej, nawet jeśli chory nie może za nią zapłacić.

Przewidziane są więc klauzule całkowitego lub częściowego zwolnienia z udziału finansowego zwykle wymaganego.

Nieodpłatna opieka medyczna

Obejmuje dwie grupy: grupę statutowo zwolnioną z udziału w kosztach, do której należą osoby korzystające z niektórych świadczeń socjalnych oraz grupę ubezpieczonych, w których gospodarstwie domowym dochód brutto jest niższy od określonego progu.

Do pierwszej grupy należą:

- osoby korzystające z zasiłku dla bezrobotnych;
- osoby korzystające z zasiłku dla ofiar wojny;
- pod pewnymi warunkami, osoby korzystające ze świadczeń związanych z kształceniem (stypendia przeznaczone na kształcenie początkowe, świadczenia przeznaczone na szkolenia zawodowe);

- osoby pobierające „zasiłku z pomocy społecznej”, które mają prawo do bezpłatnego ubezpieczenia na wypadek choroby i leczenia.

Okolo 8 milionów ubezpieczonych jest zwolnionych z tego tytułu z udziału własnego.

Druga grupa zwolniona jest z udziału własnego w zależności od dochodów. W 1999 r. skala kształtowała się następująco:

	Stare landy	Nowe landy
Osoby samotne	1764 DM mies.	1484 DM mies.
Małżeństwa	2425 DM mies.	2040 DM mies.
Na każdą osobę dodatkowo	441 DM mies.	371 DM mies.

Częściowa odpłatność świadczeń medycznych

Częściową odpłatnością objęte są osoby mające przeciętne dochody i będące w określonej trudnej sytuacji finansowej. Wówczas bezpłatne są leki, opatrunki oraz transport sanitarny.

Jeżeli próg dochodów gwarantujący bezpłatność został lekko przekroczony, ubezpieczony nie jest obciążony udziałem w kosztach leczenia przekraczającym 2% jego dochodu brutto.

Osoby cierpiące na choroby przewlekłe również korzystają z podobnego systemu: jeśli w czasie krótszym niż jeden rok wydały 1% swoich dochodów na leczenie przewlekłej choroby (wariant ten różni się znacznie od systemu francuskiego, w którym leczenie takie jest całkowicie nieodpłatne), z chwilą przekroczenia tego limitu są zwolnione z opłat za lekarstwa i za transport sanitarny.

Osoby objęte "pomocą ze względu na szczególnie trudne warunki życiowe", korzystają z opieki medycznej gwarantującej, w razie potrzeby, pokrycie kosztów ubezpieczenia na wypadek choroby. W ramach takiej opieki pokrywane są koszty wizyt profilaktycznych, w szczególności dla dzieci, młodzieży, kobiet i osób starszych. Opieka taka obejmuje również zwrot kosztów lekarstw, leczenia itp. w zależności od indywidualnego przypadku, wymaganej pomocy i dochodów przypadających na gospodarstwo domowe.

Holandia

Zasada odpłatności w wysokości jednej trzeciej kosztów leczenia związanych z dostępem do lekarza pierwszego kontaktu jest stosowana wobec wszystkich obywateli. W przypadku pozostałych świadczeń medycznych przewidziane są wyjątki dla osób starszych o niskich dochodach. Istnieje specjalne ubezpieczenie na wypadek szczególnych sytuacji lub ryzyka: wypadki przy pracy, osoby starsze mające dochody poniżej minimum, wdowy, inwalidzi. Istnieje ubezpieczenie na wypadek leczenia powiązane z gwarantowanym minimalnym dochodem.

Austria

Niemal wszyscy obywatele są objęci obowiązkowym ubezpieczeniem na wypadek choroby.

Zasadą ogólną jest odpłatność w wysokości jednej trzeciej kosztów leczenia. Pokrycie kosztów leczenia jest różne w zależności od systemu ubezpieczeń społecznych. System powszechny (ASGV) obejmujący około 80% obywateli jest najbardziej korzystny, gdyż nie przewiduje żadnego udziału finansowego ubezpieczonych. Osoby o niskich dochodach są zwolnione z płacenia składek. Przepis ten stosowany jest w większości systemów działających na zasadzie przynależności zawodowej. Osoby nie objęte ubezpieczeniem powszechnym oraz osoby bezrobotne korzystają z certyfikatu ubezpieczeniowego na szczeblu lokalnym, który zapewnia im bezpłatną opiekę medyczną.

**Świadczenia z zakresu ochrony zdrowia w państwach Europy Północnej:
powszechny, ale i nierówny dostęp do opieki zdrowotnej
(Wielka Brytania, Irlandia, Finlandia, Dania, Szwecja)**

W systemach ochrony zdrowia państw Europy Północnej, świadczenia są finansowane przede wszystkim przez państwo. Podstawą tych systemów są, sformułowane przez Beveridge'a, zasady powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej i opodatkowania wydatków na ochronę zdrowia. Model taki wprowadzony w Wielkiej Brytanii po wojnie, stopniowo rozprzecznił się w Irlandii i w państwach Europy Północnej (Finlandii, Szwecji, Danii).

W krajach tych problem dostępu do świadczeń medycznych w zasadzie nie istnieje, gdyż wszyscy mieszkańcy są objęci systemem opieki zdrowotnej. Dostęp chorego do lekarzy w ramach państwowej ochrony zdrowia jest w zasadzie bezpłatny i zwolniony ze wszelkiego udziału finansowego ze strony pacjenta. Podobne zasady dotyczą specjalistycznych świadczeń medycznych oraz leczenia szpitalnego. Ustanowiony zwykle udział własny ubezpieczonego w kosztach zakupu środków farmaceutycznych nie ma zastosowania do niektórych kategorii obywateli, takich jak osoby starsze, dzieci, osoby ubogie. Podobna jest sytuacja z ryczałtem dziennym za pobyt w szpitalu.

Okres długiego niekiedy oczekiwania na niektóre zabiegi i konsultacje specjalistyczne, jak również niewystarczająca oferta świadczeń medycznych oraz ściśle kontrolowanie budżetu przeznaczonego na ten cel, sprzyjają w niektórych przypadkach, rozwojowi prywatnego systemu ochrony zdrowia, dostępnego jedynie dla osób, które zawarły specjalną umowę ubezpieczeniową.

W państwach Europy Północnej, dochodowy sektor prywatny ma słabą pozycję. Przystępując do struktur państwowej służby zdrowia, osoby o niskich dochodach nie korzystają z systemu opieki, który byłby przeznaczony wyłącznie dla nich, ale z systemu, z którego korzysta znakomita większość populacji. W Wielkiej Brytanii, choć rozwija się prywatny system ochrony zdrowia, to jednak dotyczy on jedynie 10% populacji i stanowi uzupełnienie *National Health Service* (NHS).

Brytyjski system ubezpieczenia zdrowotnego

System opiera się na zasadzie powszechności. Państwowy system opieki zdrowotnej (NHS) jest finansowany do wysokości ponad 80% z podatków. Każda osoba zamieszkująca w Wielkiej Brytanii korzysta ze świadczeń NHS.

Lekarze ogólni udzielają świadczeń z zakresu podstawowej opieki medycznej. Dostęp do tych lekarzy jest całkowicie bezpłatny. Lekarz otrzymuje wynagrodzenie od NHS w zależności od liczby pacjentów wpisanych na listę.

Lekarz ogólny organizuje konsultacje zewnętrzne u specjalistów (w Zjednoczonym Królestwie specjaliści praktykują jedynie w szpitalach) a także opiekę szpitalną. Dostęp do tych świadczeń jest całkowicie bezpłatny.

Leki nie są bezpłatne, przewidziany jest udział własny pacjenta w wysokości 6,8 euro od jednego leku. Leki są bezpłatne dla dzieci do 16 lat, studentów do 18 lat, dla osób powyżej 60 roku życia, dla kobiet w ciąży lub matek dzieci do jednego roku, osób korzystających ze świadczeń socjalnych (dochód minimalny, świadczenia inwalidzkie itp.).

W związku z tak licznymi zwolnieniami od opłat, ponad połowa osób korzystających z opieki medycznej nie współuczestniczy w kosztach leków. Ponadto osoby, którym nie przysługują bezpłatne leki mogą nabyć kartę abonamentową na czas określony (cztery miesiące lub jeden rok), która zwalnia z wydatków. Koszt czteromiesięcznego abonamentu "zwraca się", gdy pacjent nabędzie w tym okresie ponad 5 leków.

Koszty leczenia stomatologicznego nie przekraczające 400 euro są pokrywane do wartości 20% przez NHS. Leczenie jest całkowicie bezpłatne dla dzieci i młodzieży do 18 lat, dla osób korzystających ze świadczeń pomocy społecznej, takich jak najniższe wynagrodzenie, zapomoga dla bezrobotnych, świadczenia inwalidzkie...

Świadczenia udzielane w ramach NHS wydają się szeroko dostępne w szczególności dla grup ludności znajdujących się w trudnej sytuacji. Aby grupy te mogły w większym stopniu korzystać ze świadczeń służby zdrowia, jednym z kryteriów stosowanych przy alokacji środków w regionie i określaniu wynagrodzeń lekarzy ogólnych jest stosunek liczby pacjentów znajdujących się w trudnej sytuacji lub w sytuacji marginalizacji do ogólnej liczby pacjentów.

Nierówności związane z dostępem do opieki zdrowotnej i stanem zdrowia w Zjednoczonym Królestwie: raport Achesona z lutego 1999 r.

Liczne badania brytyjskie ujawniają utrzymywanie się nierównego dostępu do opieki zdrowotnej. Władze brytyjskie dokonują regionalnej alokacji środków oraz określają sposób wynagradzania pracowników służby zdrowia z uwzględnieniem specyficznych potrzeb populacji znajdujących się w trudnej sytuacji oraz danych kulturowych i socjalnych.

Kontynuując szeroko zakrojone prace (*Black Report* -1980 r.; *The Health Divide* - 1988 r.), komisja pod przewodnictwem Sir Achesona opublikowała w lutym 1999 r. raport na temat nierównego dostępu do ochrony zdrowia. Raport przedstawia środki podejmowane obecnie w tej dziedzinie przez władze brytyjskie.

Autorzy raportu stwierdzili przede wszystkim, że nierówny dostęp do ochrony zdrowia związany jest z dziedzinami, które wykraczają poza kompetencje samego ministra zdrowia.

W związku z tym raport formułuje kilka zaleceń ogólnych:

- różne dziedziny polityki, które mają bezpośrednie lub pośrednie skutki dla zdrowia, powinny podlegać ocenie pod kątem ich wpływu na nierówny dostęp do ochrony zdrowia;
- polityka powinna mieć na celu poprawę sytuacji osób najbardziej pokrzywdzonych, by spowodować faktyczne zmniejszenie nierówności;
- pierwszeństwem powinny być objęte kobiety w ciąży lub mające małe dzieci jak również małe dzieci;
- kolejne etapy polityki powinny polegać na zmniejszaniu nierówności dochodów i poprawie warunków życia ubogich gospodarstw domowych.

Raport wskazuje, że sprawiedliwość, podstawowa zasada NHS, stanowi oś polityki rządu. Państwowa ochrona zdrowia powinna więc:

- umożliwić sprawiedliwy dostęp do skutecznej opieki: działanie na czynniki "podaży" (podział geograficzny, dostępność, szkolenie personelu leczących), działanie na czynniki "popytu" (informacja o dostępnych świadczeniach, finansowanie świadczeń medycznych);
- działać na zasadach partnerstwa z innymi operatorami publicznymi, mając na celu poprawę stanu zdrowia i zlikwidowanie przyczyn nierównego dostępu do ochrony zdrowia;
- stanowić siłę napędową opartą na kompetencji zawodowej NHS i stymulować rozwój polityki w dziedzinie ochrony zdrowia w innych sektorach, poprzez działalność edukacyjną i promującą zdrowie, prowadzoną wspólnie z innymi podmiotami społecznymi.

Irlandia

Ponad jedna trzecia mieszkańców (należących do "kategorii I") korzysta z bezpłatnego dostępu do większości świadczeń medycznych. Osoby te mają założoną kartę medyczną. Mają obowiązek zgłoszenia się do lekarza ogólnego przed udaniem się do specjalisty lub szpitala. Obowiązek ten nie dotyczy osób ubezpieczonych "kategorii II", które są zobowiązane do współuczestniczenia w kosztach leczenia. Wydatki pokrywane przez pacjentów są odliczane od podatku.

Finlandia

Trudności gospodarcze lat dziewięćdziesiątych spowodowały wycofanie się instytucji publicznych ochrony zdrowia z finansowania świadczeń medycznych. Obecnie 20% ogólnych wydatków na ochronę zdrowia ponoszą pacjenci. Ubezpieczenie na wypadek choroby w sektorze prywatnym jest nadal słabo rozwinięte. Gminy mogą swobodnie określać wysokość udziału finansowego pacjenta na podstawie ustawy, która określa limit tego udziału (około 10%).

Koszty opieki lekarskiej (głównie leki i leczenie stomatologiczne) grup społecznych najgorzej sytuowanych mogą być pokrywane przez gminy.

W państwach skandynawskich, głównie za sprawą władz lokalnych, nowe kategorie ubezpieczonych zostały zwolnione z udziału finansowego i objęte finansowaniem z budżetu.

Dania

Państwowa służba zdrowia jest finansowana w 85% z podatków pobieranych na szczeblu lokalnym i krajowym. Gwarantuje ludności równy dostęp do niemal wszystkich świadczeń medycznych i są one najczęściej udzielane bezpłatnie. Duński system ochrony zdrowia jest bardzo zdecentralizowany, gminy ponoszą wydatki na leki dla osób pobierających świadczenia pomocy socjalnej.

Szwecja

System ochrony zdrowia opiera się na koncepcji Beveridge'a. Jest to model państwowej ochrony zdrowia finansowanej z podatków. Państwowa ochrona zdrowia, bardzo zdecentralizowana w Szwecji, podlega rygorystycznej kontroli na szczeblu centralnym. Podobnie jak w Finlandii, opieka jest ukierunkowana na szpital. Koszty opieki medycznej ludności najgorzej sytuowanej są z reguły finansowane przez gminy.

Mimo praktycznie powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej w tych pięciu krajach, badania wykazują utrzymywanie się, a nawet rozszerzanie nierówności w dziedzinie ochrony zdrowia, o czym świadczy raport Achesona ostatnio opublikowany w Zjednoczonym Królestwie.

Europa Południowa: różne warunki dostępu do ochrony zdrowia w zależności od grupy społecznej

(Grecja, Hiszpania, Włochy, Portugalia)

Modele ochrony zdrowia w krajach Europy Południowej trudno jest scharakteryzować w sposób jednoznaczny. Wprowadzona w okresie między końcem lat siedemdziesiątych a pierwszą połową lat osiemdziesiątych, na podstawie koncepcji Beveridge'a państwowa służba zdrowia, nałożyła się na już istniejący system ubezpieczeń społecznych i wzajemnych. Powstał model mieszany łączący struktury powszechnej państwowej służby zdrowia i systemy odrębne.

W tej grupie państw, niedostatki systemu publicznego doprowadziły do powstania i rozwoju prywatnego sektora ochrony zdrowia, związanego najczęściej ze specjalnym systemem dodatkowych ubezpieczeń, w szczególności z utworzeniem równoległych systemów opieki zdrowotnej. Państwowa ochrona zdrowia nie pokrywa niektórych świadczeń (leczenie stomatologiczne na przykład w Hiszpanii i Portugalii), w szczególności z powodu braku specjalistów. Ponadto jest ona nierównomiernie rozłożona na terytorium państwa.

Grecja

90% stomatologów praktykuje w sektorze prywatnym. Ponadto wiele miejsc pracy w sektorze publicznej służby zdrowia pozostało nie obsadzonych (blisko 30%) ze względu na niskie uposażenie oferowane lekarzom, przez co wydłuża się oczekiwanie na wizytę. Pracownicy przemysłu i handlu oraz rolnicy mają dostęp, za pośrednictwem swoich kas chorych, do wielu struktur ochrony zdrowia, oferujących świadczenia wyższej jakości od świadczeń państwowej ochrony zdrowia. Osoby korzystające z ubezpieczenia na wypadek choroby w sektorze prywatnym mają również dostęp do systemu świadczeń, których udzielają towarzystwa ubezpieczeniowe.

Dla osób o niskich dochodach nie jest przewidziane zwolnienie z udziału własnego (w wysokości 25% ceny leków), jednak mogą one uzyskać leki bezpłatnie zgłaszając się do szpitala.

Hiszpania

Od 1989 r. bezskładkowe ubezpieczenie na wypadek choroby obejmuje wszystkich obywateli posiadających niskie dochody. Dostęp do państwowej ochrony zdrowia jest bezpłatny, jednak niektóre świadczenia nie wchodzą w jej zakres. Udział własny jest wymagany przy zakupie leków (40% ceny kupna). Osoby starsze są zwolnione ze współuczestniczenia w kosztach.

Kompleksowy system mający na celu upowszechnienie prawa do opieki zdrowotnej

Konstytucja hiszpańska z 1978 r. zawiera zasadę powszechności ochrony socjalnej, gwarantując w artykule 43 wszystkim obywatelom dostęp do opieki zdrowotnej. Ustawa o ochronie zdrowia z 25 kwietnia 1986 r. przewiduje w artykułach 1.2, 3.2, 6.4, 46a, 81 i w piątym przepisie przejściowym powszechność prawa do opieki zdrowotnej.

Zasada powszechnego ubezpieczenia na wypadek choroby jest obecnie realizowana, dzięki czemu w 1997 r. 99,6% obywateli było objętych państwową ochroną zdrowia, wobec 83,62% w 1981 r.

Tendencja do wprowadzania systemu powszechnego nie jest oparta na istnieniu prawa związanego z posiadaniem obywatelstwa lub karty stałego pobytu. Hiszpania zachowała wcześniejszą strukturę służby zdrowia rozszerzając jednocześnie powszechny system na nowe kategorie populacji wcześniej nie objęte ochroną zdrowia. Można więc obecnie rozróżnić cztery kategorie populacji:

- osoby objęte powszechnym systemem ubezpieczenia społecznego (91,7% ogólnej liczby ludności);
- osoby objęte odrębnymi systemami ubezpieczeń społecznych (towarzystwa wzajemnej pomocy dla urzędników, pracowników morza, banków, towarzystwa ubezpieczeniowe), tj. 7,5% ogólnej liczby ludności;
- osoby związane z systemem powszechnym w związku z przynależnością do byłego systemu pomocy społecznej (*la beneficiencia*). Grupa ta, posiadająca niskie dochody, stanowiąca 1% ogółu ludności, skorzystała z rozszerzenia opieki zdrowotnej wprowadzonego na mocy dekretu królewskiego nr 1088 z 8 września 1989 r.;
- osoby nie objęte państwową ochroną zdrowia w związku z osiągnięciem wysokich dochodów (ok. 178.000 osób).

Należy również wskazać na pewne utrzymujące się cechy specyficzne systemu. Zachowało się rozróżnienie między "uprawnionymi" i "beneficjentami", których obejmuje system ochrony zdrowia związany z systemem "uprawnionych". Beneficjenci nie figurują w rejestrach ubezpieczeń społecznych, ale są dołączeni do karty ubezpieczeń społecznych.

Decyzja o wprowadzeniu indywidualnej karty medycznej (TIS) została podjęta w 1989 r. jednak nie została rozpowszechniona równomiernie w poszczególnych wspólnotach autonomicznych (3% w Galicji, 33% w Katalonii, 84% na części terytorium objętej INSALUD (*Instituto Nacional de la Salud* - Państwowy zakład ochrony zdrowia) i niemal 100% w Kraju

Basków i w Nawarze), a podstawy prawne umożliwiające zastąpienie nią karty ubezpieczeń społecznych nie zostały uchwalone.

Problem grup społecznych o niskich dochodach

Grupy społeczne o niskich dochodach, w szczególności "osoby uprawnione do korzystania z systemu państwowej ochrony zdrowia z przyczyn ekonomicznych", korzystały uprzednio z pomocy społecznej (*beneficiencia publica*) i jej wyspecjalizowanych instytucji i sieci. Włączenie tych grup do powszechnego systemu ubezpieczeń społecznych jest z pewnością postępem, jednak system ten, który nie jest systemem powszechnym ani skoordynowanym ze służbami socjalnymi wspólnot terytorialnych, powoduje:

- konieczność wykazania trudnej sytuacji ekonomicznej będącej warunkiem nabycia praw, co trudno jest pogodzić z niektórymi przypadkami marginalizacji społecznej;
- trudności w zaspokojeniu potrzeb osób, które mogą stracić niektóre ulgi przyznane im przez gminy (np. leczenie stomatologiczne, usługi optyczne).

Dwie wspólnoty autonomiczne - Katalonia i Nawarra, którym w różnym stopniu przekazano kompetencje w zakresie ochrony zdrowia, rozwiązały problemy udostępniając mieszkańcom wszystkie świadczenia państwowej ochrony zdrowia, dzięki wprowadzeniu dodatkowej składki w wysokości równej kosztom uzupełniającej prywatnej polisy ubezpieczenia zdrowotnego.

Trudności te spowodowały również wprowadzenie programów zdrowotnych realizowanych przez organizacje pozarządowe w sposób niezależny lub z pomocą finansową państwa lub wspólnot autonomicznych.

Programy te są programami ogólnymi realizowanymi w ramach przedsięwzięć globalnych podejmowanych w walce z marginalizacją, bądź specjalistycznymi, w zależności od grupy społecznej, do której są adresowane (osoby z marginesu społecznego, narkomani, Cyganie, osoby uprawiające prostytucję itp.) lub od charakteru opieki zdrowotnej.

Debata nad powszechną ochroną zdrowia została wznowiona w Hiszpanii w związku ze skargami dotyczącymi ubezpieczenia na wypadek choroby nielegalnych imigrantów.

Włochy

W ramach państwowej ochrony zdrowia, zasadą ogólną jest odpłatność w wysokości jednej trzeciej kosztów leczenia. Reforma z 1992 r.², która wprowadza od 1997 r. konkurencyjne modele w ramach państwowej ochrony zdrowia, przewiduje, w niektórych przypadkach, możliwość wstępnej opłaty uiszczonej przez pacjenta. Koszty udziału finansowego gospodarstw są centralnie uregulowane, jednak regiony mają prawo podwyższyć stawkę, w zależności od potrzeb finansowych.

Udział własny pacjentów jest przewidziany przy zakupie leków, konsultacjach specjalistycznych, badaniach laboratoryjnych. Konsultacje lekarzy ogólnych i pediatrów są bezpłatne. Dzieci do 10 roku życia, osoby starsze pobierające renty starcze, byli wojskowi, osoby niepełnosprawne korzystają ze zwolnień od opłat. Od 1990 r. osoby o niskich dochodach nie są już automatycznie zwolnione od opłat, w związku z oszustwami, które miały miejsce. Faktycznie, co czwarta osoba była niegdyś zwolniona ze wszelkich opłat za leki, tymczasem ponad połowa wydatków na leki dotyczyła osób nie podlegających systemowi udziału własnego.

² Reforma ta polega na regionalizacji finansowania opieki zdrowotnej oraz wprowadzenia konkurencyjnych modeli udzielania świadczeń medycznych w kontekście decentralizacji. Regiony mogą wybrać między trzema modelami: umową, która pozostawia pacjentowi swobodę korzystania ze świadczeń jakiegokolwiek świadczeniodawcy, publicznego lub prywatnego, z którym spisana jest umowa, świadczeniodawcami preferencyjnymi i modelem tradycyjnym, który otwiera dostęp jedynie do Państwowej Służby Zdrowia.

go. Regiony mogą jednak przyznawać pomoc osobom, które nie są w stanie zapłacić za leczenie.

Portugalia

W związku z tym, że państwowa ochrona zdrowia daje teoretycznie bezpłatny dostęp do każdego rodzaju świadczeń, żadne specjalne środki nie zostały podjęte wobec osób uzyskujących dochody poniżej określonego progu. Instytucje udzielające świadczeń medycznych związanych z państwową ochroną zdrowia koncentrują się coraz bardziej na osobach najuboższych w związku z istnieniem wewnętrznych trudności związanych z funkcjonowaniem systemu. Niektóre specjalistyczne świadczenia zdrowotne są jeszcze prawie niedostępne w ofercie publicznej ochrony zdrowia. Ponad 80% konsultacji stomatologicznych, 70% badań laboratoryjnych i 50% badań rentgenowskich i konsultacji specjalistycznych udzielanych jest w ramach sektora prywatnego.

W Portugalii, 25% ludności objętej jest systemami ochrony zdrowia i na wypadek choroby zastępczymi lub uzupełniającymi w stosunku do państwowej służby zdrowia, 10% ubezpieczyło się dodatkowo na wypadek choroby w towarzystwach ubezpieczeń handlowych a 6% należy do kas wzajemnej pomocy. Ubezpieczenia te dają osobom z nich korzystającym dostęp do struktur prywatnej służby zdrowia i możliwość uniknięcia trudności związanych z dostępem do państwowej ochrony zdrowia. Do lat 1989 - 1990, państwo intensywnie popierało rozwój sektora prywatnego, umożliwiając odliczanie wydatków na leczenie w tym sektorze od podatku dochodowego.

Ostatnio władze publiczne zobowiązały się poświęcić szczególną uwagę najsłabszym grupom społecznym.

Poza problemami strukturalnymi, utrzymywanie się nierówności w dziedzinie ochrony zdrowia oraz wzrost zjawiska marginalizacji doprowadziły w większości państw do podjęcia refleksji nad aspektem nie bezpośrednio finansowym dostępu osób najuboższych do ochrony zdrowia.

Ponad różnicami dzielącymi modele opieki zdrowotnej i specyfiką sytuacji ekonomicznej, naukowcy, władze publiczne i specjaliści odnajdują punkty wspólne. Przede wszystkim stwierdzają, że na kwestie zdrowotne mają wpływ nie tylko sprawy związane bezpośrednio z ochroną zdrowia. Budownictwo, oświata, zatrudnienie, poziom dochodów, pogłębianie się nierówności mają niemałe znaczenie. Inny wspólny problem dotyczy istnienia ważnych przeszkód kulturowych, w szczególności "poziomu językowego" różniącego specjalistów z dziedziny ochrony zdrowia i grupy społeczne znajdujące się w trudnej sytuacji. Wymienia się również stosunek do czasu, który jest różny dla specjalisty i osoby żyjącej na marginesie społeczeństwa, mogącej mieć trudności z przestrzeganiem punktualności umówionego spotkania lub z przestrzeganiem harmonogramu opieki lekarskiej.

Badania dotyczące nierówności związane z ochroną zdrowia i dostępem do świadczeń zdrowotnych: utrzymywanie się wyraźnych różnic między kategoriami społeczno-zawodowymi

Mimo dużych różnic w sferze organizacji systemów opieki zdrowotnej, we wszystkich krajach Unii Europejskiej można stwierdzić podobne nierówności w dostępie do świadczeń medycznych, do leczenia profilaktycznego oraz ogólnie - w stanie zdrowia. Niektóre badania wprowadzają zmienne takie jak na przykład poziom wykształcenia. Należy przytoczyć kilka wniosków, choć nie wyczerpią one zagadnienia.

Badanie wykonane w RFN (Brennecke, 1985) na próbie reprezentatywnej 3.000 gospodarstw domowych wskazuje na fakt, że pracownicy fizyczni częściej korzystają ze świadczeń udzielanych przez lekarza ogólnego, rzadziej zaś z usług stomatologa.

Podobne badanie wykonane w Irlandii w 1991 r. (Nolan) na próbie reprezentatywnej 3.300 gospodarstw domowych wybranych przez Instytut badań społeczno-ekonomicznych, wykazało, że osoby o niższych kwalifikacjach (pracownicy fizyczni niewykwalifikowani) korzystają trzykrotnie częściej z bezpłatnych świadczeń udzielanych przez lekarza ogólnego niż osoby z wyższej klasy społecznej (przedsiębiorcy i wyżsi urzędnicy).

Liczne badania wykonane w Portugalii, Holandii i Grecji wskazują również na związek między poziomem wykształcenia i sposobem korzystania z opieki zdrowotnej. Badania wykonane w Holandii (F. H. Rutten, 1987) wykazały, że w okresie gdy zmniejsza się liczba łóżek szpitalnych, osoby należące do grup społecznych lepiej sytuowanych, częściej są przyjmowane do szpitali niż osoby z pozostałych grup, podczas gdy grupy społeczne źle sytuowane dostają się łatwiej do szpitali wówczas, gdy przypada większa liczba łóżek na jednego mieszkańca. Może to oznaczać, że działania profilaktyczne obejmują w większej mierze grupy społeczne lepiej sytuowane. Szwedzcy specjaliści Dahlgren i Diderichsen wykazali w swoich badaniach (1985), że osoby należące do bardziej zamożnych grup społecznych łatwiej zwracają się o pomoc lekarską w związku z drobniejszymi problemami zdrowotnymi.

DANE LICZBOWE

Nie istnieją dane liczbowe porównawcze dotyczące objęcia osób o niskich dochodach ubezpieczeniem na wypadek choroby. Bardziej ogólne dane mogą być jednak użyteczne przy badaniach porównawczych.

Istnieją znaczne różnice między poszczególnymi krajami Unii Europejskiej odnośnie wydatków w ramach PKB przeznaczonych na ochronę zdrowia (tabela 1). Wzrost udziału wydatków poniesionych w latach 1980 i 1996 w większości państw Unii Europejskiej na ochronę zdrowia w PKB sprzyjał niwelowaniu różnic między tymi państwami. W 1980 r. różnica między Grecją i Niemcami wynosiła 5,2 punkty. W 1996 r. wynosiła ona 3,7 punkty.

Miejsce osób o niskich dochodach wśród łącznej populacji oraz wpływ polityki socjalnej różnią się znacznie w zależności od państwa członkowskiego (tabela 2). Liczby wskazane w tabeli, pochodzące z "europejskiego panelu gospodarstw domowych" uwzględniają jedynie świadczenia w gotówce, natomiast nie jest brany pod uwagę wpływ wydatków z tytułu ubezpieczenia na wypadek choroby, przybierających formę świadczeń w naturze. Dane te pozwalają jednak zrozumieć, że problemy związane z ubezpieczeniem zdrowotnym osób o niskich dochodach mają inny wymiar w takim państwie jak Dania, w którym udział gospodarstw domowych o niskich dochodach wynosi mniej niż 10% liczby ludności w związku z prowadzeniem ogólnej polityki socjalnej, niż w Irlandii, gdzie gospodarstwa domowe o niskich dochodach, już po uzyskaniu pomocy, stanowią nadal ponad jedną czwartą liczby ludności.

Tabela 1
 Udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB

	1980	1990	1995	1996
Austria	7,7	7,2	8,0	8,0
Belgia	6,5	7,5	7,9	7,8
Dania	8,7	8,2	8	8,0
Finlandia	6,5	8	7,6	7,4
Francja	7,6	8,9	9,9	9,7
Grecja	3,6	4,2	5,8	6,8
Hiszpania	5,6	6,9	7,3	7,4
Holandia	7,9	8,3	8,8	8,6
Irlandia	8,7	6,7	7,0	7,0
Luksemburg	6,2	6,6	6,7	6,8
Niemcy	8,8	8,7	10,4	10,5
Portugalia	5,8	6,5	8,2	8,3
Szwecja	9,4	8,8	8,5	8,6
Włochy	7,0	8,1	7,7	7,8
Zjednoczone Królestwo	5,6	6,0	6,9	6,9
średnia w UE	-	7,0	7,4	7,9

Źródło: OECD

Łączne wydatki na ochronę zdrowia:

Opieka ambulatoryjna (środki i świadczenia)

+ Opieka szpitalna

= Wydatki osobiste na ochronę zdrowia

+ Zbiorowe świadczenia z zakresu ochrony zdrowia

+ Administracja ochrony zdrowia i ubezpieczenie na wypadek choroby

= Bieżące wydatki na ochronę zdrowia

+ Inwestycje w wyposażenie służby zdrowia

= Łączne wydatki na ochronę zdrowia

Tabela 2
 Udział gospodarstw domowych o niskich dochodach, w poszczególnych państwach europejskich

	Przed przekazaniem funduszy na cele ubezpieczenia zdrowotnego	Po przekazaniu funduszy na cele ubezpieczenia zdrowotnego
Austria	23,0	16,5
Belgia	29,3	16,1
Dania	26,5	8,2
Francja	21,5	12,9
Grecja	24,5	23,0
Hiszpania	27,2	21,8
Holandia	25,5	11,3
Irlandia	39,5	28,6
Luksemburg	24,4	15,2
Niemcy	22,2	16,2
Portugalia	31,0	26,4
Włochy	20,0	17,7
Zjednoczone Królestwo	40,8	23,7

Źródło: Eurostat

Łączne wydatki na ochronę zdrowia:

Gospodarstwa domowe o niskich dochodach są to gospodarstwa, w których dochody przypadające na jednego członka gospodarstwa są niższe od połowy średniego dochodu w każdym kraju.

Pojęcie dochodów pieniężnych oznacza dochody gospodarstwa domowego, po potrąceniu podatku od dochodu (z wyjątkiem Francji).

Przekazane fundusze ograniczają się do świadczeń pieniężnych (bez uwzględniania świadczeń w naturze z tytułu ochrony zdrowia).

Stosowana skala równowartości to skala OECD.

OCHRONA ZDROWIA OSÓB O NISKICH DOCHODACH W PAŃSTWACH EUROPEJSKICH³

Diane Lequet Slama

Pierre Volovitch

Ministerstwo ds. Zatrudnienia i Solidarności

DREES - Dyrekcja ds. Badań, Studiów, Ocen i Statystyki

Europejskie systemy ochrony zdrowia można podzielić na systemy kas chorych pod patronatem państwa, systemy państwowej ochrony zdrowia w państwach Europy Północnej i systemy działające w państwach Europy Południowej. W ramach tych systemów, dostęp do opieki zdrowotnej osób o niskich dochodach opiera się na różnych zasadach. W państwach takich jak Niemcy, Belgia i Holandia, dostęp do ubezpieczeń na wypadek choroby stopniowo się upowszechnił na zasadzie przynależności zawodowej i szczególne środki podjęto wobec osób o niskich dochodach. W systemie obowiązującym w Europie Północnej, zagwarantowany jest powszechny dostęp do opieki zdrowotnej, a osoby o niskich dochodach są w dużym stopniu zwolnione ze współuczestniczenia w kosztach leczenia, przy czym w razie potrzeby koszty leczenia są pokrywane na szczeblu lokalnym. W państwach Europy Południowej systemy są złożone i koszty leczenia są pokrywane w różny sposób w zależności od populacji. Jednak we wszystkich państwach zróżnicowany jest dostęp do opieki zdrowotnej w zależności od kategorii zawodowych.

³ "Etudes et Résultats", nr 19, czerwiec 1999 r. Tłumaczenie z jęz. francuskiego: Helena Klugiel-Królikowska (BSE).