



# Реферат обзора

## Франция

### Основные положения

#### Введение

Франция – государство в Западной Европе, состоящее из 26 регионов, 100 департаментов (départements) и 36 679 муниципалитетов. В 2008 году во Франции проживало 65,5 млн. человек. По национальности 15% населения не являются этническими французами (к этой группе относится население заморских департаментов и территорий). С точки зрения политического устройства Франция является страной парламентской демократии во главе с президентом и с двухпалатным парламентом, состоящим из Национального собрания и Сената.

Состояние системы здравоохранения во Франции сложно оценить однозначно. С одной стороны, такие показатели состояния здоровья населения, как продолжительность жизни, ожидаемая продолжительность жизни без инвалидности и ожидаемая продолжительность здоровой жизни находятся на благополучном уровне. С точки зрения международных сравнений, женщины во Франции живут дольше и люди пожилого возраста обладают лучшим здоровьем, чем во многих европейских странах. Распространенность сердечно-сосудистых заболеваний также относительно невысока. Показатели смертности населения от алкоголизма, цирроза печени и рака шейки матки постепенно снижаются. С другой стороны, в стране зафиксирован высокий уровень преждевременной смертности мужчин вследствие несчастных случаев и распространения вредных привычек

(курение и алкоголизм). Наконец, стоит отметить, что Франция характеризуется высокими показателями репродуктивного здоровья: в этой стране самый высокий среди стран ЕС-27 уровень рождаемости и коэффициент фертильности (2 ребенка на женщину по данным на 2007 год).

#### Организация и управление

Французская система здравоохранения относится к смешанному типу: структурно система базируется на подходе Бисмарка с целями, сформулированными Бевериджем, что отражается в существовании системы единого плательщика, возрастающей роли бюджетных источников финансирования здравоохранения и сильном влиянии государства.

Различными схемами обязательного медицинского страхования (ОМС) охвачено почти 100% постоянного населения. Медицинская помощь предоставляется врачами частной практики, финансируемыми на основе оплаты за услуги, частными коммерческими больницами, частными некоммерческими больницами и государственными больницами. Помимо медицинского и социального секторов, существует и третий, медико-социальный сектор, обслуживающий пожилое население и людей с ограниченной дееспособностью.

Формирование политики развития системы здравоохранения и ее регулирование относятся к компетенции государства (парламент, правительство и Управление по вопросам здравоохранения и социального развития), системы ОМС и, в меньшей степени, местных сообществ, функционирующих на региональном

уровне. Однако, реформы последних двух десятилетий были направлены на передачу больших полномочий регионам в вопросах управления системой и принятия решений, в особенности в области планирования. В целях создания представительства основных участников, таких как система ОМС, государство, медицинские работники и организации общественного здравоохранения, были созданы региональные институты. В соответствии с законом 2009 года о больницах, пациентах, здоровье и территориях (*loi hospital patients, santé et territoires*; HPST), в целях повышения управляемости системой здравоохранения на региональном уровне, повышения ее отзывчивости на нужды населения и повышения эффективности, большая часть этих институтов была объединена в единый орган – региональное агентство по здравоохранению (*agence régionale de santé*; ARS). Нарушая традиционное распределение секторов медицинского обслуживания, общественного здравоохранения и социального обслуживания, региональные агентства по здравоохранению ответственны за обеспечение соответствия оказываемой медицинской помощи потребностям населения посредством улучшения взаимодействия между амбулаторным и стационарным звеном, а также между медицинскими социальными службами в определяемых бюджетом рамках.

## Финансирование

Во Франции финансирование здравоохранения в основном осуществляется за счет средств системы ОМС. Вместе с тем, на ОМС приходится только три четверти расходов здравоохранения, оставляя значительное пространство для дополнительных источников финансирования таких, как добровольное медицинское страхование (ДМС).

В 2007 г. общие расходы на здравоохранение составили 208 млрд. евро или 11% ВВП, из

которых 79% составляют государственные расходы. Расходы на медицинские услуги, оказываемые на индивидуальном уровне, составляли 88% всех расходов на здравоохранение и в среднем достигли показателя в 2 895 евро на человека. Как и во многих странах, долгое время рост расходов на здравоохранение во Франции превышал рост национального богатства, за исключением периода с 1997 по 2000 год. Данная тенденция в целом свидетельствовала о повышении объемов потребления медицинских услуг. С 1996 года годовые расходы системы ОМС лимитируются и максимальная сумма ее расходов (*objectif national des dépenses assurance maladie*; ONDAM) утверждается парламентом.

Включение в систему ОМС базируется на принципе гражданства. ОМС охватывает широкий спектр медицинских услуг и предметов медицинского назначения, которые оказываются в стационарах или определяются в позитивных списках, определяющих услуги, предоставляемые в амбулаторных условиях. Уровень покрытия по входящим в состав программы ОМС услугам и товарам варьируется от 15% на лекарственные препараты до 80% на стационарную помощь. Однако, при отдельных состояниях (например, хронические заболевания, или на поздних сроках беременности – после пятого месяца) пациенты исключаются из системы со-страхования. С целью обеспечения контроля спроса на услуги и расходов ОМС в 2004 году были введены дополнительные соплатежи. Эти соплатежи не могут являться предметом ДМС.

Средства ОМС в основном формируются за счет взносов работников и работодателей, зависящих от дохода. С 1998 года в результате попыток расширить финансовую базу системы социального страхования, взносы работников, зависящие от размера заработной платы, были почти полностью заменены целевым налогом, так называемым «общим социальным взносом» (*contribution sociale généralisée*),

которым облагается общая сумма доходов, а не только доход от трудовой деятельности, как это было ранее. Дополнительными источниками доходов, за счет которых поступает около 13% средств, являются специфические налоги, такие как налоги «на пороки» (табачные изделия и алкоголь) и налоги с товарооборота фармацевтических компаний.

В рамках ДМС осуществляется возмещение расходов по соплатежам и предоставляется более широкий спектр малодоступных медицинских товаров и услуг. За последние десятилетия роль ДМС в обеспечении равного доступа к медицинскому обслуживанию и его финансированию выросла. ДМС составляет 13,4% общих расходов на здравоохранение и охватывает 88% населения на частной основе. С 2000 года на добровольной основе для беднейших слоев населения было введено государственное дополнительное страхование (*couverture maladie universelle complémentaire*, CMU-C) с тем, чтобы меры, направленные на расширение со-страхования пациентов, не привели к росту социального неравенства в доступе к услугам. Данным видом страхования пользуются 7% населения.

Долговременная помощь пожилым и недееспособным частично финансируется за счет средств созданного в 2004 году Национального фонда солидарности во имя самостоятельности (*Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*; CNSA). Источниками финансирования этого фонда являются средства ОМС и так называемый взнос «солидарность и самостоятельность», который формируется за счет одного неоплачиваемого рабочего дня – дня солидарности (*journée de solidarité*). Местные власти, общины и население также участвуют в финансировании этих категорий помощи.

С 2004 года для оплаты стационаров краткосрочного лечения применяется один из видов системы диагностических связанных групп (КСГ) (*tarification à l'activité*; T2A). Самозанятые медицинские работники

оплачиваются по услугам. Тарифы устанавливаются в результате проведения переговоров между представителями медицинских работников и системы ОМС. Недавно в целях повышения качества и эффективности врачебных практик была введена система финансового стимулирования посредством заключения индивидуальных контрактов с врачами общей практики, предусматривающих дополнительную оплату за достигнутые результаты.

## Планирование и регулирование

Планирование и регулирование системы здравоохранения осуществляется в процессе взаимодействия следующих участников: представителей поставщиков услуг (больницы и медицинские работники), государства в лице Министерства здравоохранения и Министерства государственных бюджетных счетов, государственной службы и государственных реформ, а также системы ОМС. Результатом совместной работы являются административные постановления и законы, принимаемые парламентом. К таковым относятся нормативно-правовые акты в области здравоохранения, финансирования социального обеспечения и реформ. За последние двадцать лет в связи с ростом расходов на здравоохранение и увеличением дефицита ОМС роль государства в планировании и регулировании значительно возросла.

Платежи поставщикам производятся за счет средств системы ОМС (или напрямую пациентами, чьи расходы потом возмещаются). Государственные тарифы устанавливаются по результатам переговоров между представителями поставщиков медицинских услуг и системы ОМС, а затем утверждаются Министерством здравоохранения. Качество медицинской помощи регулируется на национальном уровне. Больницы должны проходить сертификацию каждые четыре года, в то же время формального процесса повторной сертификации или лицензирования для

медицинских работников не предусмотрено. Вместе с тем, врачи, фармацевты, стоматологи и акушеры должны постоянно проходить курсы повышения квалификации. Планирование мощностей производится как на государственном, так и на региональном уровне. В апреле 2010 года, в целях координации амбулаторной и стационарной, а также медицинской и социальной помощи для пожилых и недееспособных, на уровне регионов были созданы региональные агентства по здравоохранению, в ответственность которых входила разработка регионального стратегического плана здравоохранения (*plan stratégique régional de santé; PRS*), отвечающего потребностям населения в медицинской помощи. Планирование каждого сектора должно соответствовать региональному стратегическому плану здравоохранения. Это было первой попыткой планирования амбулаторного сектора на региональном уровне.

## **Материальные и трудовые ресурсы**

Во Франции медицинские учреждения, оборудование и другие материальные ресурсы находятся в хорошем состоянии. Однако наблюдаются значительные региональные различия в распределении этих ресурсов.

Существует четыре основные категории больниц: региональные, общие, местные и психиатрические. Капитальные вложения либо покрываются за счет возмещения расходов за предоставленные услуги, либо осуществляются в рамках целевых программ. За последние десять лет были приняты две национальные программы капиталовложений, направленные на достижение стандартов безопасности и качества медицинской помощи. Региональные агентства по здравоохранению ответственны за контроль капитальных вложений и закупку основного медицинского оборудования.

За последние 20 лет отмечалось постепенное снижение показателя обеспеченности койками в стационарах краткосрочного лечения, что соответствует общеевропейской тенденции. В 2008 году данный показатель составлял 6,9 коек на 1000 человек, что превышает аналогичный показатель в странах ЕС-15 и ЕС-27. Сокращение коек в стационарах краткосрочного лечения происходило за счет их преобразования в койки реабилитационной и долгосрочной помощи, а также за счет развития дневной хирургии и стационаров на дому.

Около 7,6% населения Франции работает в секторе здравоохранения. Самую большую группу медицинских работников, на которую приходится почти половина трудовых ресурсов отрасли, составляют медсестры и санитары. Помимо этой группы к медицинским работникам относятся медицинские специалисты (врачи, стоматологи и акушеры), фармацевты, специалисты сектора реабилитации (физиотерапевты, логопеды, окулисты, ортопеды, врачи по профессиональным заболеваниям и подологи) и парамедицинский персонал (специалисты по слухопротезированию, оптометристы и рентгенологи). К прочим категориям работников здравоохранения относятся также административный и технический персонал больниц, техники-лаборанты, помощники педиатров, диетологи, психологи и водители машин скорой помощи.

Прогнозирование трудовых ресурсов и тщательное планирование подготовки кадров осуществляется преимущественно на государственном уровне с помощью механизма процентной нормы в учебных заведениях для медицинских работников, что позволяет избежать нехватки или переизбытка специалистов. Однако это не обеспечивает контроля над региональным распределением персонала, поскольку самозанятые работники не ограничены в выборе места своей работы. Для преодоления регионального неравенства в распределении медицинских работников

были предусмотрены передача части функций врачей медицинским сестрам и введение дополнительных стимулов для привлечения медицинского персонала в те области, где ощущается острая нехватка специалистов.

## Предоставление медицинских услуг

Во Франции медицинские услуги предоставляются как государственными, так и частными поставщиками. Первичная медицинская помощь оказывается преимущественно самозанятыми врачами, вторичная помощь может предоставляться как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. С конца 1990-х годов врачи общей практики стали играть важную роль в координации медицинской помощи, что было связано с внедрением ограниченной функции «привратника», направленной на создание стимулов для обращения пациентов к ним до посещения врачей – узких специалистов. Лекарственные препараты продаются в аптеках, в которых работают самозанятые фармацевты. Цены на медикаменты, входящие в утвержденный перечень ОМС, как и в большинстве стран ОЭСР, устанавливаются в административном порядке. Франция является третьим по величине в мире фармацевтическим рынком. Стационарная помощь оказывается в государственных, частных некоммерческих и частных коммерческих больницах. Долгосрочная помощь пожилым и недееспособным предоставляется на дому или в специально предназначенных для этого учреждениях. Психиатрическая помощь оказывается как медицинскими, так и медико-социальными учреждениями. Как и во многих европейских странах, политика Франции в области охраны психического здоровья во второй половине двадцатого века была сформирована под влиянием общей тенденции перехода на внебольничные формы помощи пациентам на местном уровне, так называемого процесса «деинституализации».

## Основные реформы системы здравоохранения

Реформы системы здравоохранения, проведенные в стране за последние десять лет, были в основном направлены на: сдерживание расходов ОМС без нарушения равенства в экономическом доступе к медицинским услугам, на повышение регионального равенства в доступности медицинской помощи и на удовлетворение растущего спроса на долгосрочную помощь. Основными инструментами достижения данных целей стали: децентрализация и изменение соотношения сил между государством и ОМС.

Для сдерживания расходов ОМС применялись две категории мер. Первая группа мер, получившая название «политики жесткого сдерживания счетов», была направлена, прежде всего, на уменьшение программы ОМС и уровня покрытия, что привело к расширению ДМС. После 2004 года были введены новые механизмы. Были введены механизмы координации потоков пациентов, предусматривающие более высокие уровни со-страхования для пациентов, не придерживающихся предусмотренных порядков оказания помощи. Помимо этого, были введены новые категории соплатежей пациентов вместе с введением франшизы для отдельных видов помощи, таких как медикаментозное обеспечение, консультации врачей и медсестер или транспортировка пациентов. Кроме того, был введен более строгий контроль над государственными тарифами, а с 2008 года при проведении оценки медицинских технологий (ОМТ) стали учитываться экономические факторы. Вместе с тем, вряд ли в ближайшем будущем эта мера напрямую повлияет на процесс принятия решения по ОМТ.

Вторая группа мер, так называемая «политика сдерживания расходов в медицине», получила развитие в конце 1990-х гг. после длительного периода

строгого контроля учетной политики, приведшего к постоянным конфликтам между медицинскими работниками и системой ОМС. Эта группа мер направлена на снижение финансовых потерь и повышение справедливости в предоставлении медицинских услуг, причиной которых становятся различия в уровне медицинских учреждений, а также на улучшение медицинской практики. В качестве основных инструментов использовались: введение системы непрерывного повышения квалификации, разработка клинических руководств на национальном уровне и использование норм хорошей практики в рамках коллективного соглашения между медицинскими работниками и системой ОМС. Для внедрения новой политики на начальном этапе применялись такие принудительные меры, как штрафные санкции за несоблюдение требований повышения квалификации. Со временем стали отменять карательные меры и заменять их поощрительными мерами, предусматривающими введение доплат по результатам деятельности конкретного врача, достижения им показателей лучших врачебных практик. В целом, принудительная политика по сдерживанию расходов в медицине не привела к серьезным улучшениям в работе медицинских учреждений. Надежды возлагаются на систему оплаты, основанную на принципах оплаты по результатам деятельности.

С целью обеспечения регионального равенства в доступности медицинской помощи в соответствии с Законом 2009 года о больницах, пациентах, здоровье и территориях были проведены меры по совершенствованию планирования на местном уровне и упрощению управления системой здравоохранения на региональном уровне путем создания региональных агентств по здравоохранению. Помимо введения регионального стратегического плана здравоохранения (*plan stratégique régional de santé*; PRS), применение которого

способствовало созданию общего подхода к планированию стационарного, амбулаторного и медико-социального секторов, этот закон предусматривал формальные основы для перераспределения обязанностей среди медицинского персонала. Эти меры также способствовали регулированию региональной процентной нормы в учебных заведениях для медицинских работников, приводя ее в соответствие с потребностью в кадрах. В целях оптимизации регионального распределения врачей без ущемления свободы выбора места жительства была разработана система стимулов, направленная на повышение привлекательности менее популярных специальностей и районов, характеризующихся недостаточным медицинским обслуживанием. Например, предусматривается повышение заработной платы врачам стационаров тех специализаций, которые более всего необходимы, а также заключение на добровольной основе контрактов с выпускниками медицинских факультетов и самозанятыми специалистами, предусматривающих стимулы для их работы в наименее обеспеченных медицинскими услугами регионах.

В рабочем плане правительства особое внимание уделяется растущему спросу на долгосрочную медицинскую помощь. Вместе с тем, несмотря на существенную поддержку правительства в области увеличения объема предоставляемых услуг, остаются нерешенными две основные задачи: сделать сектор более привлекательным для работников и обеспечить государственный охват долгосрочной помощью престарелых с целью обеспечения более справедливого доступа.

## **Оценка системы здравоохранения**

На протяжении многих лет система здравоохранения Франции признавалась одной из самых лучших в мире и стала синонимом системы всеобщего охвата медицинскими услугами и их предоставления в большом объеме. Достигнуть этого



удалось преимущественно за счет успешного решения следующих задач: обеспечение всеобщего охвата, доступ без листов ожидания, свобода выбора пациента и удовлетворенность. Сочетание системы ОМС с ДМС, охватывающим возмещение соплатежей, осуществляемых в рамках государственной системы, а также приобретение лекарственных препаратов и медицинских услуг, недостаточно покрываемых государственной системой, привело к низкому уровню личных расходов граждан и высокому уровню потребления медицинской помощи. Средняя продолжительность жизни французов превышает 80 лет, что объясняется удачным сочетанием системы оказания медицинской помощи с продуманной политикой в сфере общественного здравоохранения. Несмотря на эти положительные тенденции, можно также отметить некоторые недостатки,

особенно в плане эффективности и социально-экономического неравенства в здравоохранении. К основным проблемам относятся: отсутствие координации между стационарными и амбулаторными службами, частными и государственными производителями медицинских услуг, а также между системой оказания медицинской помощи и общественным здравоохранением. Подушевые расходы на здравоохранение остаются выше среднего показателя стран ОЭСР. В зависимости от использованных данных и года публикации Франция занимает попеременно то третью, то четвертую позицию после США, Германии и Швейцарии. Поддержание высокого уровня расходов на здравоохранение является важным, особенно в условиях хронического дефицита государственной системы, который может вырасти на фоне продолжающегося экономического спада.