



# Реферат обзора

# Франция

## Общие сведения

В 2000 г. французская система здравоохранения заняла первое место в рейтинге Всемирной организации здравоохранения благодаря высокому уровню здоровья населения, высокой степени свободы врачей и больных, доступности медицинских услуг, отсутствию очередей на лечение и охвату всего населения. Система здравоохранения заметно изменилась в результате реформы Жюппе (1996 г.): баланс полномочий в сфере здравоохранения сместился от фондов медицинского страхования в пользу государства, многие функции управления были переданы на региональный уровень. Кроме того, в 1990-х гг. проводились реформы, направленные на сдерживание затрат и совершенствование управления здравоохранением, повышение доступности медицинской помощи. Французской системе здравоохранения пока удавалось поддерживать высокий уровень здоровья населения, но сейчас перед ней встают новые задачи, связанные со старением населения, с ростом расходов на здравоохранение, необходимостью нормирования медицинских услуг и уменьшением численности врачей.

## Расходы на здравоохранение и ВВП

В 2001 г. общие расходы на здравоохранение во Франции составили 9,5% ВВП, причем 76% всех расходов на здравоохранение были покрыты из общественно-государственных источников.

Рисунок 1. Общие расходы на здравоохранение (% ВВП) во Франции, в некоторых странах и ЕС в среднем



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ

## Введение

### Государственный строй и новейшая политическая история

Франция — независимая республика, возглавляемая выборным президентом и двух-

Европейская обсерватория  
по системам здравоохранения,  
Европейское региональное бюро ВОЗ  
Адрес: Scherfigsvej 8 DK-2100 Copenhagen  
Телефон в Дании: +45 39 17 14 30  
Факс: +45 39 17 18 70  
Электронная почта: [observatory@who.dk](mailto:observatory@who.dk)  
Сайт в интернете: <http://www.observatory.dk>

палатным парламентом (Национальным собранием). Административное деление — трехуровневое: муниципалитеты, департаменты и регионы. Каждая из этих административно-территориальных единиц возглавляется собственным выборным собранием и имеет определенную степень самостоятельности.

## Население

В 2001 г. на материковой части Франции проживало 59 млн. человек и еще 1,7 млн. — в заморских департаментах. В 1999 г. городские жители составляли 76% населения. Сегодня каждый шестой житель Франции — старше 64 лет. После 2020 г. доля населения в возрасте свыше 60 лет превысит долю населения моложе 20 лет.

## Средняя продолжительность жизни

Француженки живут в среднем 82,7 года — дольше всех в Европе, французы — 75,2 года (2000 г.). Средняя продолжительность жизни мужчин каждый год увеличивается на три месяца, женщин — на два.

## Основные причины смерти

Основными причинами смерти являются сердечно-сосудистые (31,3%), онкологические заболевания (27,7%), несчастные случаи (8,3%) и болезни органов дыхания (8,1%). Детская смертность низка — 4,4 на 1000 новорожденных.

## Новейшая история системы здравоохранения

Нынешняя система социального обеспечения выросла из обществ взаимопомощи, активно развивавшихся в XIX—XX веках. В 1930 г. была создана система обязательного страхования для малообеспеченных работников промышленных и торговых предприятий, к 1939 г. она охватывала две трети населения Франции. После Второй мировой войны была введена система государственного медицинского стра-

хования. К 1974 г. возможность застраховаться в этой системе получили все жители Франции, но лишь в 1999 г. был принят закон о всеобщем медицинском страховании.

Среди других недавних реформ — изменение метода финансирования медицинского страхования (взнос с заработной платы был заменен взносом с общего дохода) и наделение парламента полномочиями по утверждению общих пределов медицинских расходов и определению здравоохранительной политики.

Вот уже 25 лет одной из важнейших задач является сдерживание затрат на здравоохранение. В связи с этим принимаются различные меры, призванные повлиять на поведение врачей и больных, а также ограничить численность врачей.

## Организационная структура системы здравоохранения

Главная роль в регулировании работы системы здравоохранения принадлежит государству (Национальному собранию, правительству и министерствам) и фондам государственного медицинского страхования. В меньшей степени в этом участвуют местные власти. Реформа Жюппе (1996 г.) перераспределила полномочия между государством и страховыми фондами и усилила роль регионов.

На уровне страны Национальное собрание ежегодно принимает закон о финансировании социального обеспечения. В нем устанавливается общий предел расходов на государственное медицинское страхование, утверждаются направления развития здравоохранения и социального обеспечения и вносятся изменения в льготы и правила. Среди последних изменений — расширение страховых льгот для самостоятельно занятых лиц, создание специальных фондов обновления больниц и развития служб информации о лекарственных средствах.

При недавней реорганизации министерства были образованы управления, ответственные за выработку политики в области здравоохранения, медицинское обслуживание, социальное обеспечение и финансовые вопросы, и за социальную политику. Кроме того, при министерстве есть управления по здравоохранению и социальным вопросам, действующие на уровне региона и департамента. Важную роль играют региональные больничные управления, региональные объединения фондов медицинского страхования и региональные объединения частных врачей.

В ведении министерства находятся Комитет по здравоохранению, Агентство по контролю безопасности пищевых продуктов, Агентство по контролю безопасности лекарственных средств, Национальный институт мониторинга здравоохранения, Национальное агентство по аккредитации и оценке в здравоохранении, Экономический комитет по лекарственным средствам, а также Агентство информации о стационарной помощи.

Система государственного медицинского страхования работает под контролем министерства социального обеспечения и включает в себя три основные программы — общую, для занятых в сельском хозяйстве и для самостоятельно занятых лиц (не в сельском хозяйстве).

## **Планирование, регулирование и управление**

### **Людские и материальные ресурсы**

В регионах проводится общенациональная политика по регулированию численности и, в какой-то мере, специализации врачей. Удалось остановить рост численности врачей и уменьшить межрегиональные диспропорции.

При планировании стационарной помощи используются специальные инструменты: так называемая «санитарная карта» (количественный подход) и региональный стратегический план развития здравоохранения (качественно-ориентированный подход). Санитарная карта делит каждый

регион на зоны медицинской и психиатрической помощи. Для приобретения дорогостоящего оборудования и оказания некоторых видов специализированных услуг требуется разрешение Министерства здравоохранения.

### **Финансовое регулирование**

В последние годы финансовое регулирование, сводившееся прежде к контролю над ценами, включает в себя принятие общих бюджетов с целью ограничения расходов. Цены и бюджеты определяются в ходе переговоров между медиками и фондами медицинского страхования. Бюджеты устанавливаются исходя из общего лимита расходов на медицинское страхование, ежегодно (с 1996 г.) принимаемого Национальным собранием. Государство также регулирует расходы на амбулаторное лечение.

### **Регулирование профессиональной деятельности**

Саморегулирование профессиональной деятельности врачей, стоматологов и фармацевтов осуществляют профессиональные организации национального и регионального уровня. Министерство здравоохранения устанавливает требования к стационарному лечению, за соблюдением которых на местном и региональном уровнях следят профессиональные организации врачей. Национальное агентство по аккредитации и оценке в здравоохранении занимается аккредитацией больниц, проверкой врачебной деятельности, разработкой клинических руководств. Обвинения в недобросовестной практике разбираются профессиональными организациями или судами.

### **Децентрализация системы здравоохранения**

Происходит постепенная децентрализация управления французской системой здравоохранения: все больше полномочий переходит от центра к регионам. В то же время государство забрало себе часть полномочий медицинских страховых фондов.

# Финансирование и затраты

## Система финансирования

Система здравоохранения охватывает все население страны и финансируется главным образом за счет средств государственного медицинского страхования. Общей программой охвачено примерно 84% населения (работники торговли и промышленности и их семьи). Программа страхования работников сельского хозяйства и членов их семей охватывает 7,2% населения. Программа для самостоятельно занятых лиц — 5% населения.

Финансирование государственного медицинского страхования зависит от программы и демографических особенностей страхуемых категорий населения. Взносы медицинского страхования с работодателей и работников и общие социальные взносы (последние взимаются не с заработной платы, а с общего дохода) в сумме составляют 87,8% всех доходов государственного медицинского страхования, а остальное — государственные субсидии и целевые налоги. После введения общего социального взноса в 1998 г. ставка взноса медицинского страхования для наемных работников была снижена с 6,8 до 0,75% общего заработка. Общий социальный взнос пропорционален доходу, но является прогрессивным благодаря более низкой ставке для тех, кто получает пособия. Сегодня общие социальные взносы составляют треть доходов фондов медицинского страхования.

## Набор медицинских услуг

Система медицинского страхования возмещает расходы на определенный набор медицинских товаров и услуг. Изначально льготы распространялись прежде всего на лечение, однако в последнее время становится все больше льготных профилактических услуг. Система медицинского страхования не покрывает расходы на такие услуги, как косметические операции, термоте-

рапия, услуги неподтвержденной эффективности.

Как правило, больной сам расплачивается с производителем услуг, а затем получает возмещение по страховке. Исключения составляют услуги лабораторий, аптек, больниц и амбулаторных клиник. Система предусматривает обязательные совместные платежи, размеры которых зависят от вида лечения. Совместные платежи за амбулаторное лечение и лекарственные средства выше, чем за лечение в стационаре. В определенных случаях больные освобождаются от совместных платежей (например, в случае хронического заболевания).

## Дополнительные источники финансирования

Постепенное увеличение покрываемой больными доли в совместных платежах привело к уменьшению страхового покрытия и возрастанию роли дополнительных источников финансирования.

## Добровольное медицинское страхование

В последние годы растет охват населения добровольным медицинским страхованием. Это связано с желанием людей расширить страховое покрытие и с постоянным уменьшением ставок возмещения расходов по программам государственного медицинского страхования. В 2000 г. на долю дополнительного добровольного медицинского страхования, предназначенного для покрытия доли в совместных платежах, приходилось 12,5% всех расходов на здравоохранение; этим видом страхования было охвачено 85% населения. Добровольное медицинское страхование предоставляют организации трех типов: общества взаимопомощи, фонды социально-страхового обеспечения и частные коммерческие страховые компании. По закону о всеобщем медицинском страховании лицам с низкими доходами дополнительное добровольное медицинское страхование предоставляется бесплатно. После принятия этого закона в 2000 г. добровольную меди-

цинскую страховку получили еще 10% населения.

## Наличные платежи населения

Платежи населения широко распространены, поскольку государственное медицинское страхование покрывает не все услуги и лишь частично возмещает расходы на лечение. В 2000 г. прямые платежи составили 11,1% в общих расходах на здравоохранение. Большая часть этих денег израсходована на оплату контактных линз и ортопедических приспособлений (25,7%), стоматологической помощи (28,75%) и лекарств (17,9%). Эти платежи трудно поддаются учету и в действительности могут быть больше.

## Расходы

Доля общих расходов на здравоохранение в ВВП относительно стабильна и с 1995 г.

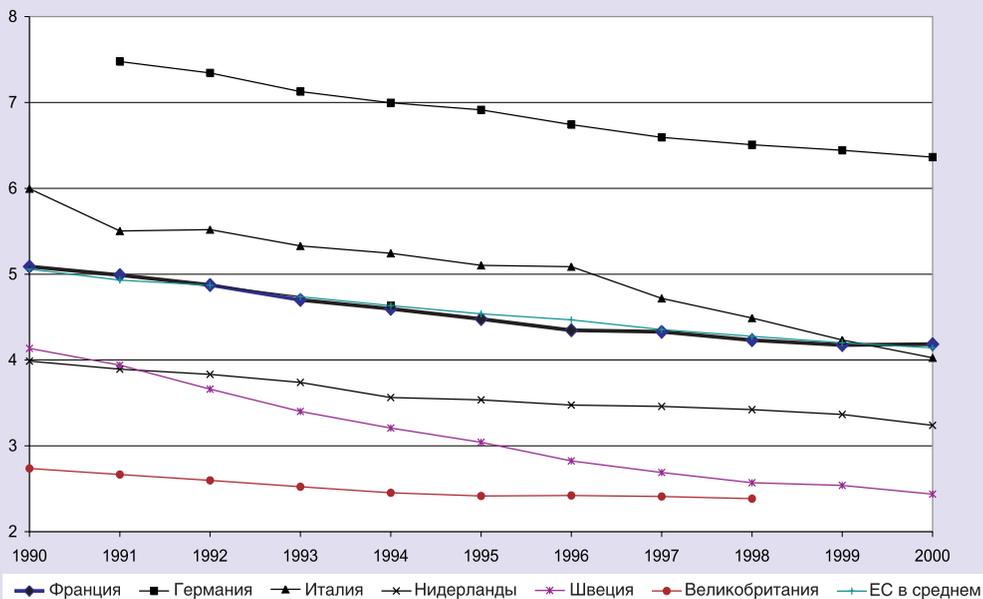
находится у отметки 10% (см. рис. 1). Правда, рост реальных расходов на медицинскую помощь во Франции в последние 25 лет замедлился. Сейчас 46,5% всех расходов приходится на стационарное лечение, 26,1% — на амбулаторное лечение и 20,5% — на лекарственные средства.

## Медицинское обслуживание

### Общественное здравоохранение

В 1998 г. было создано три государственных органа по контролю факторов риска для здоровья: Агентство по контролю безопасности пищевых продуктов, Агентство по контролю безопасности лекарственных средств и Национальный институт мониторинга здравоохранения.

Рисунок 2. Число коек в обычных больницах на 1000 населения во Франции, в некоторых других странах и ЕС в среднем в 1990—2000 гг.



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ

План иммунизации разрабатывает Министерство здравоохранения. Уровни вакцинации относительно низкие, так как большинство прививок делаются частными врачами, а не предлагаются в плановом порядке в системе здравоохранения. Государственная медицинская страховка покрывает обязательные и рекомендуемые прививки, дородовую и послеродовую помощь матерям и детям.

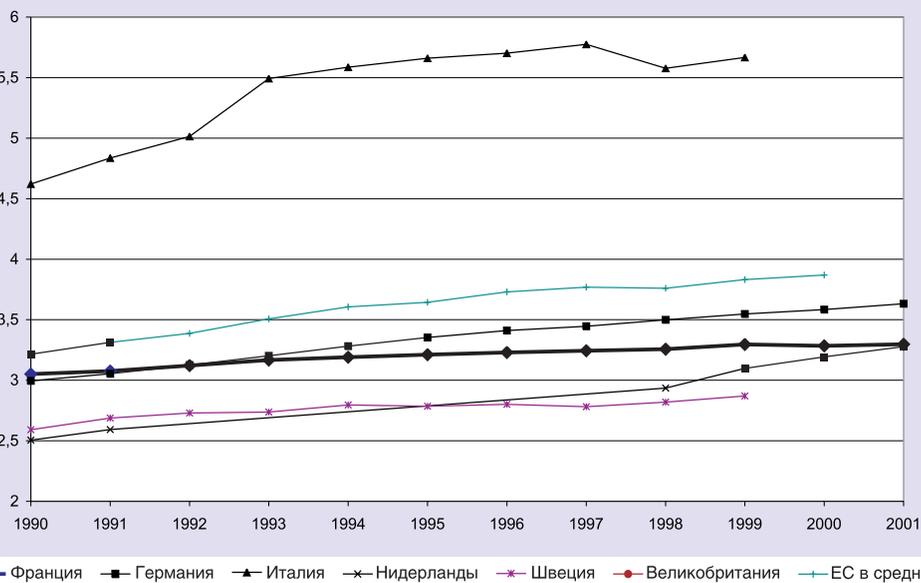
Местные органы власти отвечают за профилактические медицинские услуги, такие, как обследования по выявлению онкологических заболеваний, борьба с алкоголизмом и наркоманией. Санитарным просвещением и пропагандой здоровья занимаются многие учреждения, в том числе министерства здравоохранения и образования, а также местные органы власти. Такая многочисленность финансирующих организаций, отсутствие взаимодействия и расплывчатость обязанностей плохо сказываются на эффек-

тивности программ в области общественного здравоохранения.

### Первичная и специализированная амбулаторная медицинская помощь

Первичную и специализированную амбулаторную медицинскую помощь оказывают частнопрактикующие врачи, стоматологи, медицинские работники нелечебных специальностей и, в меньшей степени, штатные врачи больниц. Как правило, больной платит врачу за услугу, а затем получает возмещение расходов от своего фонда медицинского страхования. Официальные тарифы устанавливаются в национальных соглашениях, заключаемых медицинскими профсоюзами и страховыми фондами. Врачи, работающие в так называемом «втором секторе», берут за свои услуги плату выше установленных тарифов. Больные могут обращаться любому

**Рисунок 3. Число врачей на 1000 населения во Франции, в некоторых других странах и Европейском союзе в среднем в 1990—2001 г.**



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ

врачу по своему выбору и консультироваться у специалистов без направления от врача общей практики. Недавние попытки упорядочить доступ к специализированной помощи были не очень успешны, несмотря на материальные стимулы, предусмотренные для врачей и пациентов.

Диспропорции в распределении врачей по территории страны существуют уже давно. Например, на севере врачей меньше, чем в Париже или на юге. Велики различия между городскими и сельскими районами.

С середины 1990-х гг. стало уделяться большое внимание качеству медицинской помощи и оценке врачебной практики (в том числе в стационарах). Действует система официальных рекомендаций, повышается роль непрерывного медицинского образования. Официальные рекомендации привели к некоторым изменениям врачебных назначений, по крайней мере в первое время после введения, а вот попытки наложения штрафов за несоблюдение рекомендаций суды признали незаконными.

Остаются трудности в согласовании лечения больных из-за плохо налаженного взаимодействия между различными врачами, а также больницами и медико-социальными учреждениями, особенно домами инвалидов и престарелых.

### **Специализированная стационарная медицинская помощь**

Во Франции есть государственные (25%), частные некоммерческие (33%) и частные коммерческие больницы (40%). Государственные больницы делятся на 4 группы: общие, оказывающие кратковременную и долговременную медицинскую помощь, услуги по наблюдению и реабилитации; региональные, оказывающие более специализированную помощь и являющиеся базой для подготовки кадров; местные, оказывающие медицинскую и медико-социальную помощь, и психиатрические.

В среднем во Франции на 1000 жителей приходится 8,4 больничной койки. С 1980 по 1998 г. число коек и средняя продолжи-

тельность госпитализации уменьшались, а число госпитализаций росло.

Государственные и частные больницы оказывают разные виды услуг. Если частный сектор в основном выполняет малые операции, то государственные медицинские учреждения больше занимаются лечением острых, хронических и психических заболеваний, а также реабилитацией. В последнее время активно развиваются альтернативные госпитализации режимы лечения, в том числе амбулаторная хирургия и стационары на дому.

Во Франции уход за психическими больными стараются обеспечивать по месту жительства. Региональные многопрофильные бригады медиков оказывают профилактическую и реабилитационную помощь, лечат и наблюдают больных. Врачи общей практики и частные психиатры оказывают помощь при многих психических заболеваниях. Кроме того, в стране 36 000 психологов.

### **Медико-социальная помощь**

Медико-социальная помощь в основном состоит в уходе за престарелыми и инвалидами в специальных учреждениях. Медико-социальная помощь находится в ведении генеральных советов. Помощь на дому оказывают частные специалисты или специализированные службы по уходу на дому. Существуют много учреждений, оказывающих медико-социальную помощь, например дома престарелых, больницы для больных хроническими заболеваниями.

По мере старения населения нагрузка на сектор социально-медицинской помощи будет расти, и спрос на такую помощь может превысить предложение. Реформы, проведенные в 2000 г., предусматривали создание еще 16 500 мест в интернатах для инвалидов и развитие медицинского ухода за больными на дому.

### **Медицинские кадры и обучение медицинских работников**

Во Франции 1,6 млн. медиков, или 6,2% работающего населения. Рост численно-

сти врачей сейчас прекратился, этого удалось добиться благодаря уменьшению приема в медицинские вузы. В следующие десять лет ожидается значительное уменьшение числа врачей. Во Франции уже сейчас не хватает медицинских сестер, и их дефицит обострится в ближайшем будущем. В последние годы отмечается увеличение численности врачей-специалистов и штатных врачей больниц. Межрегиональные различия в обеспеченности врачами за последние 30 лет уменьшились, но все еще остаются значительными.

### **Лекарственные средства и медицинские технологии**

Лицензии на продажу лекарственных препаратов, удовлетворяющих требованиям к качеству, безопасности и эффективности, выдает Европейское агентство по оценке лекарственных средств. Размеры возмещения, выплачиваемого системой государственного медицинского страхования, зависят от медицинской ценности препарата, определяемой по пяти критериям, включающим эффективность, побочное действие, а также серьезность заболевания, для лечения которого оно применяется. На препараты, расходы на которые компенсируются, приходится 91% товарооборота фармацевтического сектора.

Франция — крупнейший в Европе производитель фармацевтической продукции. Порядок оплаты лекарственных средств недавно изменился. Если раньше за лекарства платили пациенты, то теперь это делают страховые фонды. Потребление лекарственных препаратов во Франции выше, чем в других европейских странах. В 1980-х и 1990-х гг. были приняты меры, направленные на сокращение расходов фондов медицинского страхования на лекарства. Например, были снижены ставки возмещения за лекарства и стало поощряться применение непатентованных препаратов. Тем не менее к 2000 г. на долю непатентованных средств приходилось всего 2% всех продаваемых льготных лекарств, и лишь с 2002 г. врачам разрешили указывать в рецепте непатентованное название препарата.

Во Франции пока оценивается лишь часть новых и существующих технологий. В ближайшем будущем планируется сделать оценку технологий более систематической. Главная роль в этом отводится недавно созданному Агентству по контролю безопасности продукции для здравоохранения.

## **Распределение финансовых средств**

Начиная с 1996 г. Национальное собрание ежегодно утверждает общий лимит расходов на медицинское страхование (глобальный бюджет здравоохранения). Затем этот бюджет делится на четыре части, предназначенные для финансирования частной практики, государственных больниц (с делением по регионам), частных коммерческих больниц и медико-социальной помощи. С тех пор как стал приниматься общий лимит расходов на медицинское страхование, финансирование медико-социального сектора растет быстрее, чем финансирование собственно медицинской помощи.

### **Финансирование больниц**

До 1983 г. использовался метод ретроспективной оплаты услуг государственных больниц по числу койко-дней. В 1983 г. введено перспективное финансирование по методу глобального бюджета. Финансирование осуществляется в виде ежемесячных взносов, которые выплачивает система государственного медицинского страхования. Директора больниц имеют право переносить платежи на следующий год, чтобы уложиться в бюджет, что в конце концов может привести к финансовым затруднениям.

Коммерческие больницы получают оплату по фиксированной ставке, покрывающей все затраты, кроме заработной платы врачей. Врач получает гонорарную оплату, размеры которой устанавливаются в договоре врача с больницей и сильно зависят от специальности и квалификации врача, особенностей больницы.

Частные некоммерческие больницы могут выбрать один из этих двух методов финансирования.

## **Заработная плата врачей**

Врачи могут заниматься частной практикой, работать по найму в учреждениях или совмещать разные виды занятости. Амбулаторную медицинскую помощь и услуги в частных больницах в основном оказывают частнопрактикующие врачи. Они получают плату за каждую предоставленную услугу, а при такой системе оплаты врач заинтересован в оказании максимального объема услуг каждому пациенту.

Больные напрямую оплачивают услуги частнопрактикующих врачей, а фонды государственного медицинского страхования частично возмещают эти расходы. Тарифы на услуги устанавливаются в соглашениях между фондами медицинского страхования и профсоюзами врачей. Исключение составляют услуги врачей второго сектора. Врачи общей практики, взявшие на себя функцию регулирования доступа к специализированной медицинской помощи, в качестве поощрения ежегодно получают фиксированную доплату за каждого прикрепившегося пациента.

Врачи, работающие в государственных больницах, являются государственными служащими.

Как правило, они получают оклад. Недавно, для того чтобы сделать работу в государственных больницах более привлекательной для врачей, им разрешили по совместительству заниматься частной практикой непосредственно в больнице. В результате доходы врачей в государственном и частном секторе более или менее одинаковы.

## **Реформы здравоохранения**

Структурная сложность французской системы здравоохранения порождает опреде-

ленные трудности, дающие толчок к реформированию здравоохранения. Главные цели реформ — сдерживание затрат, совершенствование управления, повышение медицинской безопасности и социальной справедливости в отношении медицинской помощи.

Большие расходы — следствие неограниченной свободы больных и производителей услуг, ретроспективной системы оплаты и малого финансового риска для страховых фондов. Среди недавно принятых мер по сдерживанию затрат — снижение ставок возмещения (соответственно увеличиваются совместные платежи), введение регулируемого доступа к медицинской помощи, ограничение роста численности врачей, совершенствование планирования стационарной помощи и контроль над ценами на лекарства.

Из-за трений между государством и медицинскими страховыми фондами возникла тенденция к децентрализации управления с передачей части полномочий на региональный уровень. Однако некоторые считают, что децентрализация разрушает существующие управленческие и организационные структуры. Возросла также роль Национального собрания. Вместе с тем распределение полномочий между разнообразными органами и учреждениями остается весьма нечетким.

Скандалы вокруг зараженной крови и болезни коровьего бешенства заставили организаторов здравоохранения и общество уделять больше внимания обеспечению медицинской безопасности. Соответствующие меры включают распространение клинических руководств, увеличение продолжительности обучения врачей общей практики, развитие информационных систем и разработку государственных программ по улучшению лечения онкологических заболеваний, астмы и психических болезней.

Осознание обществом существования различий в продолжительности жизни разных слоев населения и неравенства доступа к медицинской помощи стало причиной введения в 2000 г. всеобщего медицинского страхования. Последствия этого важного шага для обеспечения справедливо-

**Таблица 1. Показатели работы больниц в странах Европейского региона ВОЗ в 2002 г. В случае отсутствия данных за 2002 г. приводятся последние из имеющихся данных.**

Страна	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации, дни	Занятость койки, %
Франция	4,0 <sup>а</sup>	20,4 <sup>в</sup>	5,5 <sup>в</sup>	77,4 <sup>в</sup>
Германия	6,2 <sup>а</sup>	20,5 <sup>а</sup>	9,3 <sup>а</sup>	80,1 <sup>а</sup>
Италия	3,9 <sup>а</sup>	15,6 <sup>а</sup>	6,9 <sup>а</sup>	76,0 <sup>а</sup>
Нидерланды	3,1 <sup>а</sup>	8,8 <sup>а</sup>	7,4 <sup>а</sup>	58,4 <sup>а</sup>
Швеция	2,3	15,1	6,4	77,5 <sup>е</sup>
Великобритания	2,4 <sup>г</sup>	21,4 <sup>е</sup>	5,0 <sup>е</sup>	80,8 <sup>г</sup>
ЕС в среднем	4,1 <sup>а</sup>	18,1 <sup>в</sup>	7,1 <sup>в</sup>	77,9 <sup>г</sup>

Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

Примечания: <sup>а</sup> 2001 г., <sup>б</sup> 2000 г., <sup>в</sup> 1999 г., <sup>г</sup> 1998 г., <sup>д</sup> 1997 г., <sup>е</sup> 1996 г.

сти в отношении медицинской помощи сейчас изучаются. Кроме того, финансирование государственных больниц производится с учетом потребностей населения и эффективности работы больниц.

Профессиональные организации играют важную роль в осуществлении преобразований. Однако повышение ответственности врачей за сдерживание затрат не принесло ожидаемых результатов. Кроме того, установленный лимит расходов на государственное медицинское страхование был соблюден лишь однажды, в 1997 г. Отсутствие согласия в медицинских кругах мешает успешному осуществлению таких реформ, как введение регулирования доступа к специализированной помощи.

Застарелый конфликт между государственными органами и страховыми фондами тормозит реформы. Растущее влияние пользователей медицинских услуг способствует успеху различных начинаний, заметно повышая «демократичность» системы здравоохранения и качество услуг.

Ждут своего решения такие задачи, как внедрение новых методов оплаты труда врачей и четкое распределение функций между профессиональными организация-

ми и государством, а также между страховыми фондами и государством.

## Заключение

В 2000 г. французская система здравоохранения заняла первое место в рейтинге Всемирной организации здравоохранения прежде всего благодаря высоким показателям здоровья населения, высокой степени свободы врачей и пациентов, доступности медицинских услуг для большинства населения, отсутствию очередей на лечение и охвату всего населения. Недавние реформы, в первую очередь реформа Жюппе (1996 г.), привели к повышению роли Национального собрания, частичной передаче полномочий регионам, переходу в финансировании государственного медицинского страхования от взносов с заработной платы к единому социальному взносу с общего дохода, введению всеобщего медицинского страхования. Вместе с тем в будущем устойчивости системы могут угрожать последствия старения населения, нехватка медицинских кадров и рост затрат.



## Реферат обзора

# Франция

Авторы обзора — Симон Сандье (ArgSES), Валери Пари (CREDES) и Доминик Полтон (CREDES), редакторы — Сара Томсон (Европейская обсерватория по системам здравоохранения) и Элиас Моссиалос (Европейская обсерватория по системам здравоохранения), который был также и научным руководителем. Европейская обсерватория по системам здравоохранения благодарит Мартина Белланже (Национальная школа Общественного здравоохранения, Рен) и Карин Шеврель (LSE Health and Social Care) за рецензирование рукописи и Ива Шарпака (Европейское региональное бюро ВОЗ) за ценные замечания. Авторы также хотели бы поблагодарить своих коллег и друзей — Агнес Куффиналь, Пьер-Жан Ланкри, Терез Леконт и Арье и Андре Мизраи, которые внимательно ознакомились с черновиком и оказали неоценимую помощь в его совершенствовании. Мы благодарим всех рецензентов и редакторов за ценные замечания и Министерство здравоохранения за поддержку.

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения и ее реформ — проводимых и разрабатываемых. Обзоры служат основой деятельности Европейской обсерватории по системам здравоохранения.

Европейская обсерватория по системам здравоохранения — уникальная организация, в которой сотрудничают Европейское региональное бюро ВОЗ, правительства Греции, Норвегии и Испании, Европейский инвестиционный банк, Институт «Открытое общество», Всемирный банк, Лондонская школа экономических и политических наук, Лондонская школа гигиены и тропической медицины. Цель этого сотрудничества — поддерживать и развивать научно обоснованные методы управления здравоохранением, разработанные на основе глубокого и всестороннего изучения опыта разных европейских стран.