

Системы здравоохранения: время перемен

Авторы:
Симон Сандье
Валери Пари
Доминик Полтон

Редакторы:
Сара Томсон
Элиас Моссиалос

Франция

2004



Европейская обсерватория по системам здравоохранения сотрудничает с Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Финляндии, Греции, Норвегии, Испании и Швеции, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономических и политических наук, Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

Ключевые слова:

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ
ИССЛЕДОВАНИЯ
ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СТРУКТУРА И УПРАВЛЕНИЕ
ФРАНЦИЯ

© **Европейская обсерватория по системам здравоохранения, 2004 г.**

Данный обзор распространяется бесплатно, использовать его полностью или частично для коммерческих целей запрещается. Права на издание обзора или его части можно получить в Секретариате Европейской обсерватории по системам здравоохранения по адресу: Secretariat of the European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark. Европейская обсерватория по системам здравоохранения приветствует подобные обращения.

Определения и подача материала данного обзора не отражают взгляды какого бы то ни было отделения или члена Европейской обсерватории по системам здравоохранения на правовой статус страны, района, области, города и их властей, равно как и на определение их границ. В обзоре использованы названия стран и районов, принятые на момент его составления.

Обзор содержит точки зрения только его авторов, не всегда совпадающие с решениями и официальной политикой Европейской обсерватории по системам здравоохранения и ее членов.

Ссылка на исходный документ:

Sandier S, Paris V, Polton D. *Health care systems in transition: France*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

Европейская обсерватория по системам здравоохранения

Европейское региональное бюро ВОЗ

Правительство Бельгии

Правительство Греции

Правительство Испании

Правительство Норвегии

Правительство Финляндии

Правительство Швеции

Европейский инвестиционный банк

Институт «Открытое общество»

Всемирный банк

Лондонская школа экономических и политических наук

Лондонская школа гигиены и тропической медицины

Содержание

Предисловие	v
Благодарности	vii
Введение и историческая справка	1
Общие сведения	1
Исторический очерк	5
Организационная структура и управление	17
Структура здравоохранения	17
Планирование, нормирование и управление	25
Финансирование и затраты	33
Основная система финансирования	33
Набор медицинских услуг	36
Дополнительные источники финансирования	41
Затраты на здравоохранение	44
Медицинское обслуживание	55
Общественное здравоохранение	55
Первичное и специализированное амбулаторное медицинское обслуживание	59
Специализированная медицинская помощь	66
Медико-социальная помощь	77
Медицинские кадры и обучение медицинских работников	81
Лекарственные средства	89
Медицинские технологии	94
Распределение средств	99
Бюджет здравоохранения и распределение средств	99
Финансирование больниц	103
Заработная плата медицинских работников	107
Реформы здравоохранения	113
Зачем понадобились реформы	113
Цели реформ	113
Реформы и законодательство	116
Осуществление реформ	126
Выводы	131
Литература	135

Предисловие

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения отдельной страны, а также реформ здравоохранения, проводимых или разрабатываемых. Обзоры служат основой деятельности Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Обзоры призваны предоставить информацию для сравнения и помочь руководителям и исследователям совершенствовать и преобразовывать здравоохранение в странах Европы и за ее пределами. Обзоры представляют собой составные элементы мозаики, которые позволяют:

- подробно узнать о различных методах организации, финансирования и предоставления медицинских услуг;
- описать процесс подготовки реформ здравоохранения, их содержание и результаты;
- обозначить частые трудности, а также области, которые требуют более глубокого исследования;
- предоставить руководителям и исследователям разных стран возможность делиться сведениями о здравоохранении и обмениваться опытом его реформ.

В каждой стране над созданием обзора работают местные специалисты вместе с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам здравоохранения. Чтобы данные обзоров разных стран были сопоставимы, разработаны и регулярно обновляются стандартные правила и план составления обзора — подробное руководство и перечень вопросов, определений и примеров. Это руководство не является жестким и позволяет авторам учитывать особенности своей страны.

Составление обзоров сопряжено с рядом методических сложностей. Во многих странах относительно немного данных о здравоохранении и результатах реформ. Из-за отсутствия единой базы данных количественные показатели получают из разных источников: в первую очередь это база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, медицинская база данных Организации экономического сотрудничества и развития, Всемирный банк. Иногда составители обзоров используют разные методы сбора данных и определения, но в каждой серии обзоров они обычно одинаковы.

Благодарности

Обзор системы здравоохранения Франции подготовили Симон Сандье (ArgSES), Валери Пари и Доминик Полтон (Центр исследований и документации по экономике здравоохранения). Редакторы: Сара Томпсон (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения) и Элиас Моссиалос (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения). Научный руководитель: Элиас Моссиалос.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения выражает благодарность Мартин Бельянже (Национальная школа общественного здравоохранения г. Рене) и Карин Шеврель (Лондонская школа экономики, отделение: здравоохранение и социальное обслуживание) за рецензирование обзора и Ива Чарпака (Европейское региональное бюро Всемирной Организации Здравоохранения) за его ценные замечания.

Авторы обзора выражают признательность своим коллегам и друзьям Агнес Куффинал, Пьер-Жану Ланкри, Терезе Леконт, а также Ари и Андрэ Мизрахи, которые рецензировали черновик этого обзора. Авторы также благодарны упомянутым выше рецензентам и сотрудникам Обсерватории за полезные замечания. Большую помощь и поддержку оказало министерство здравоохранения Франции.

Обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен» готовят научные руководители и сотрудники Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Партнерами Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения являются Европейское региональное бюро ВОЗ, правительства Бельгии, Финляндии, Греции, Норвегии, Испании, Швеции, Европейский инвестиционный банк, Институт «Открытое общество», Всемирный банк, Лондонская школа экономики и политологии, Лондонская школа гигиены и тропической медицины. Работой над обзорами систем здравоохранения руководят генеральный секретарь Джозеп Фигерас и научные руководители Мартин Мак-Ки, Элиас Моссиалос и Ричард Солтман. Технический координатор — Сюзанн Гросс-Тебб.

Производством данного обзора руководил Джеффри Лазарус, ему помогли Миша Хёкстра (редактирование), Сюзанн Гросс-Тебб (корректор) и Ширли и Йоганнес Фредериксен (верстка). Административными вопроса-

ми подготовки обзора по Франции занимались Ута Лоренц, Мириам Андерсен и Анна Марессо. Обсерватория благодарит фармацевтическую компанию «АстраЗенека», взявшую на себя часть расходов по подготовке обзора.

Особую благодарность авторы выражают Европейскому региональному бюро ВОЗ за предоставление базы данных «Здоровье для всех», откуда были взяты данные по медицинскому обслуживанию, а также Организации экономического сотрудничества и развития за данные по медицинскому обслуживанию в Западной Европе и Всемирному банку за данные по расходам на здравоохранение в странах Центральной и Восточной Европы. Авторы благодарят также национальные статистические управления, предоставившие данные по странам.

В обзоре использованы данные, имевшиеся в наличии осенью 2003 г.

Введение и историческая справка

Общие сведения

География и народонаселение

По данным на 1 января 2001 г., во французской метрополии (материковая часть Франции) проживало 59 млн человек, и еще 1,7 млн человек — в заморских департаментах: Гваделупе, Французской Гвиане, Мартинике и Реюньоне.

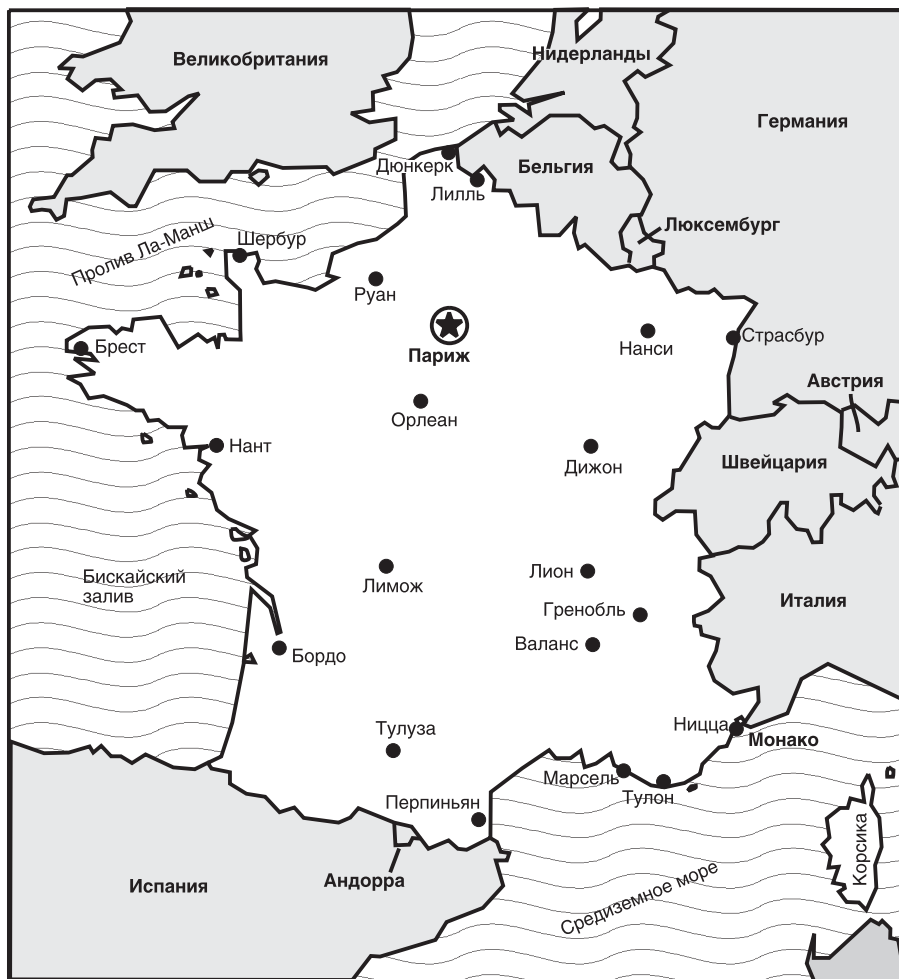
Площадь французской метрополии — 545 000 км², средняя плотность населения — 107 человек на км². По этому показателю Франция занимает девятое место в Европейском союзе, намного отставая от Нидерландов, Великобритании и Германии. Усредненная цифра, однако, не отражает значительной неравномерности распределения населения. Половина населения живет на 10% территории, обширные области малонаселены.

Во Франции урбанизация шла медленнее, чем в других европейских странах, но с 1950-х гг. ее темпы ускорились. К 1999 г. в городах проживало 76% населения. Последние десять лет увеличение численности городских жителей происходит в основном не в центрах, а в дальних и ближних пригородах.

Сокращение рождаемости и увеличение средней продолжительности жизни ведет к старению населения Франции. Если 30 лет назад каждый восьмой француз был старше 64 лет, то сегодня — каждый шестой. Старение населения продолжится, поскольку поколение, родившееся во время всплеска рождаемости после Второй мировой войны, приближается к пенсионному возрасту. По прогнозам демографов, после 2020 г. доля населения в возрасте свыше 60 лет превысит долю населения моложе 20 лет (27% и 23% населения соответственно). Демографические данные представлены в табл. 1.

Политическая ситуация

Государственно-политическое устройство Французской Республики определено в конституции 1958 г., в соответствии с которой исполнительным органам (президенту и правительству) отводится более важная роль, чем законодательным.

Рисунок 1. Карта Франции¹.

Источник: Справочник по странам мира World factbook за 2003 г.

Президент Республики избирается прямым всеобщим голосованием. Срок пребывания президента у власти до недавнего времени составлял 7 лет, но теперь сократился до 5 лет. Правительство возглавляется премьер-

¹ Включенные в этот документ карты не отражают взгляды какого бы то ни было отделения или члена Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения или ее партнеров на правовой статус страны, района, области, города и их властей, равно как и на определение их границ.

министром, кандидатуру которого выдвигает президент республики. Правительство определяет государственную политику и проводит ее в жизнь. Премьер-министр ответственен перед парламентом. Парламент представляет собой законодательную власть и состоит из Национального собрания и Сената.

В Национальном собрании 577 мест. Депутаты избираются прямым голосованием большинством голосов, поданных за них в одномандатных округах (один депутат примерно на 100 000 жителей). Выборы проходят в два этапа. Национальное собрание избирается сроком на пять лет, но может быть досрочно распущено президентом, как это случилось 21 апреля 1997 г. в пятый раз за время существования Пятой республики.

В Сенате 321 место. Выборы Сената — косвенные. Сенаторы избираются сроком на девять лет коллегией выборщиков, состоящей из выборных представителей каждого департамента (см. ниже). Раз в три года обновляется одна треть Сената. Косвенные выборы, большой срок полномочий сенаторов, и то, что Сенат не может быть распущен, придают этому органу высокую политическую стабильность.

За последние 20 лет административная система, исторически отличавшаяся высокой централизацией, сильно изменилась. Управление осуществляется на уровне муниципалитета, департамента и региона. Эти три уровня являются административно-территориальными единицами государства и одновременно местными сообществами со своими выборными органами власти, областями ответственности и определенной независимостью от центральных органов власти.

Основу административной системы Франции составляют 36 679 муниципалитетов¹. Во главе муниципалитета стоит муниципальный совет, избираемый прямым голосованием сроком на шесть лет. Мэр, выборный глава муниципалитета, одновременно является представителем правительства на территории муниципалитета. Муниципалитеты обладают широкими полномочиями в хозяйственной и социальной сферах на своей территории.

Департаменты, 96 из которых расположены во французской метрополии и 4 — за ее пределами (Мартиника, Гваделупа, Реюньон и Французская Гвиана), являются административно-территориальными образованиями со своими выборными органами (генеральный совет) и обладают полномочиями в области здравоохранения и социальной защиты, финансирования и обеспечения неполного среднего образования (коллежи). Государственную власть в департаменте представляет префект.

Сто департаментов сгруппированы в 26 регионов, 22 из которых находятся в метрополии, а 4 совпадают с 4 заморскими департаментами. Регионы были образованы в 1955 г. для облегчения экономического планирования и развития на местном уровне. В 1982 г. регион стал административно-территориальной единицей, управляемой выборным региональным советом. Со-

¹ Этот термин относится к любому населенному пункту, где есть органы самоуправления, независимо от численности населения (в 80% муниципалитетов менее 1000 жителей), поэтому во Франции так много муниципалитетов по сравнению с другими европейскими странами.

вет отвечает прежде всего за планирование, экономическое развитие, профессионально-техническое образование и вторую ступень среднего образования (лицей).

Экономическая ситуация

В 2000 г. валовой внутренний продукт (ВВП) Франции достиг 1404 млрд евро. Прирост по сравнению с 1999 г. составил 4% в стоимостном и 3,1% в объемном выражении. ВВП на душу населения во Франции несколько ниже среднего уровня в Европейском союзе. Бюджетный дефицит в 2000 г. составил 1,3% ВВП, а в 1999 г. этот показатель равнялся 1,6%.

В 2000 г. численность рабочей силы во Франции составляла 26 млн человек (то есть 45,3% населения), 47% из которых — женщины. В последние десятилетия активность женщин на рынке труда заметно возросла. В июле 2001 г. уровень безработицы был 8,9%, что меньше чем в 1998 г. За последние 20 лет изменилась структура занятости: сократилась занятость в сельском хозяйстве (сейчас в нем занято лишь 4% рабочей силы), на производстве и в строительстве (26%, тогда как в начале 1970-х — 38%), увеличилась занятость в торговле и сфере услуг, где сейчас занято 16 млн человек (69% рабочей силы).

Состояние здоровья населения

Средняя продолжительность жизни мужчин ежегодно увеличивается на три месяца, женщин — на два месяца. Разница в средней продолжительности жизни между мужчинами и женщинами, хотя и сокращается, остается значительной (см. табл. 1).

Общая картина состояния здоровья населения Франции довольно противоречива. С одной стороны, данные о средней продолжительности жизни и средней продолжительности полноценной жизни говорят о крепком здоровье нации. Во Франции женщины живут дольше, чем в других странах, а пожилые люди дольше сохраняют здоровье. Здесь меньше распространены сердечно-сосудистые заболевания, снижается смертность от алкоголизма, цирроза печени и рака шейки матки. В то же время во Франции высока преждевременная смертность мужчин от болезней, связанных с курением, и от несчастных случаев, сильно отличаются показатели здоровья населения в разных регионах, велики различия между разными слоями населения (см. рис. 2).

Все показатели смертности выше в северной части Франции (от Бретани на западе до Эльзаса на востоке), а также в районах, расположенных вдоль оси с северо-востока до г. Овернь в центре страны. Вдоль этой оси повышена смертность по всем причинам смерти, а на западе страны (в Бретани и Нормандии) повышена смертность из-за злоупотребления алкоголем. Потребление алкоголя и табака зависит от социально-экономической ситуации и часто бывает выше в бедных районах с высоким уровнем безработицы и т. п.

Таблица 1. Демографические данные и показатели здоровья населения материковой части Франции в 2000 г.

Численность населения на 1 января 2001 г.	59 053 300
Распределение по возрасту, %	
— моложе 20 лет	25,4
— 20—64 года	58,5
— от 65 лет и старше	16,1
Средняя продолжительность жизни, годы	
— женщины	82,7
— мужчины	75,2
Детская смертность (на 1000 новорожденных)	4,4
Смертность (на 1000 населения)	9,1
Коэффициент фертильности	1,9
Общая рождаемость (на 1000 населения)	13,2

Источник: Французский национальный институт статистики и экономических исследований (INSEE) 2001 г., Организация экономического сотрудничества и развития 2001 г.

Основными причинами смерти во Франции являются сердечно-сосудистые (31,3%), онкологические заболевания (27,7%), несчастные случаи (8,3%) и болезни органов дыхания (8,1%).

Исторический очерк

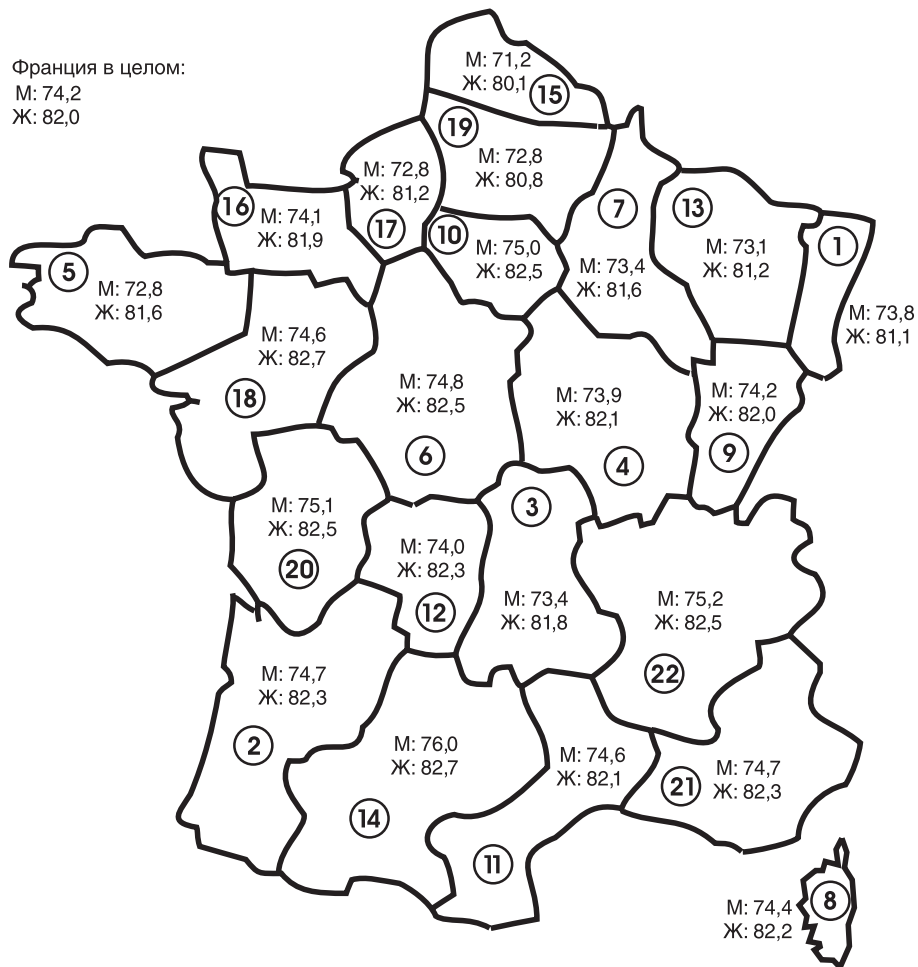
От обществ взаимопомощи — к системе социального обеспечения и всеобщему медицинскому страхованию

Нынешняя система социального обеспечения, частью которой является система государственного медицинского страхования, основана в 1945 г., в конце Второй мировой войны.

Ранее, начиная с XIX века, во Франции активно развивалось движение взаимопомощи, до сих пор играющее заметную роль в политической жизни страны. К 1900 г. во Франции было 13 000 обществ взаимопомощи, в которых состояло в общей сложности 2,5 млн человек. Движение взаимопомощи продолжало развиваться и в первые десятилетия XX века: в 1940 г. им было охвачено почти 10 млн членов.

Между тем в 1930 г. был принят закон о социальном страховании, положивший начало системе государственного страхования. Закон ввел обязательное страхование для работающих по найму в промышленности и торговле, чьи заработки были ниже определенного уровня. Закон предусматривал страхование по болезни, материнству, инвалидности, старости и смерти. К началу Второй мировой войны (в 1939 г.) две трети французов были застрахованы на случай болезни, при этом они могли лечиться в любом медицинском учреждении по своему выбору.

Рисунок 2. Продолжительность жизни мужчин и женщин в разных регионах Франции в 1996 г.



- 1 — Эльзас
- 2 — Аквитания
- 3 — Овернь
- 4 — Бургундия
- 5 — Бретань,
- 6 — Центр,
- 7 — Шампань — Арденны
- 8 — Корсика
- 9 — Франш-Конте
- 10 — Иль-де-Франс
- 11 — Лангедок — Руссильон,
- 12 — Лимузен
- 13 — Лотарингия,
- 14 — Средние Пиренеи

- 15 — Нор — Па-де-Кале
- 16 — Нижняя Нормандия
- 17 — Верхняя Нормандия
- 18 — Луара
- 19 — Пикардия
- 20 — Пуату — Шаранта
- 21 — Прованс — Альпы — Лазурный берег
- 22 — Рона — Альпы

М — мужчины
Ж — женщины

Система социального обеспечения официально возникла 4 октября 1945 г., когда было принято соответствующее постановление. Главной задачей в первые послевоенные годы было восстановление страны, поэтому социальное обеспечение было ориентировано в основном на рабочих и их семьи. Принцип охвата социальным страхованием всего населения был выдвинут еще в 1945 г., но внедрялся поэтапно. Так, лишь в 1961 г. введено государственное медицинское страхование для фермеров, в 1966 г. — для самостоятельно занятых лиц.

Расширение охвата населения страхованием продолжилось с принятием в 1974 г. законодательных актов, которые ввели систему индивидуального страхования для тех, кто не относился к уже охваченным категориям населения. Чтобы застраховаться, надо было уплатить взнос, причем лица с низкими доходами могли обратиться в департамент с просьбой об уплате за них взносов¹. И все же некоторым группам населения было довольно трудно получить медицинскую страховку.

Таблица 2. Структура причин смертности в 1998 г.

	Число смертей	% смертей	Частота на 100 000 населения
Всего	534 003	100,0	914
Сердечно-сосудистые заболевания	166 299	31,1	285
Злокачественные новообразования	147 681	27,7	253
Внешние причины, отравления	44 108	8,3	76
Заболевания органов дыхания	43 314	8,1	74
Недиагностированные заболевания	33 776	6,3	58
Заболевания органов пищеварения	26 194	4,9	45
Эндокринные заболевания	16 070	3,0	28
Заболевания нервной системы	15 531	2,9	27
Психические заболевания	14 568	2,7	25
Инфекционные и паразитарные заболевания	7 988	1,5	14
Болезни мочеполовой системы	7 361	1,4	13
Заболевания крови и органов кроветворения	2 981	0,6	5
Заболевания костей и суставов	2 856	0,5	5
Кожные болезни	2 481	0,5	4
Пороки развития	1 458	0,3	2
Перинатальные заболевания	1 262	0,2	2

Источник: Центр исследований и документации по экономике здравоохранения (CREDES), Директорат исследований, анализа, оценки и статистики (DREES), 2001 г.

¹ Такой порядок отвечал принципу помощи бедным, действовавшему до введения государственного медицинского страхования.

Помимо расширения охвата страхованием, «отцы-основатели» системы социального обеспечения, вдохновленные примером системы Бевериджа в Великобритании, хотели создать единую систему, гарантирующую равные права всему населению. Однако эта цель оказалась недостижимой из-за сопротивления некоторых профессиональных групп, уже застрахованных на более выгодных условиях и по сей день сохранивших свои отдельные системы (государственные служащие, моряки, шахтеры, работники железной дороги, служащие государственного банка и другие).

Сегодня 95% населения страны охвачено тремя основными программами медицинского страхования: общей программой медицинского страхования работников торговли и промышленности и членов их семей, программой страхования занятых в сельском хозяйстве и программой страхования самостоятельно занятых лиц (см. раздел «Организационная структура и управление»). Таким образом, медицинское страхование во Франции всегда было более концентрированным и однородным, чем в других системах на основе модели Бисмарка (например, немецкой).

Еще одним важным отличием является то, что французские страховые фонды никогда не имели таких полномочий в области управления, какие были даны подобным фондам в Германии. Во Франции государство сразу взяло на себя финансовое и оперативное управление медицинским страхованием (установление размеров страховых взносов, цен на товары и услуги и т. д.).

Трудности возникли в 1980-х гг., когда стало быстро расти число безработных, потерявших вместе с работой право на медицинское страхование. Несмотря на наличие системы социального медицинского страхования малоимущих, условия предоставления помощи и уровень охвата зависели от политики и возможностей генерального совета каждого отдельного департамента. Поэтому был внесен ряд поправок в законодательство, которые облегчили доступ к обязательному медицинскому страхованию и обязали генеральные советы платить взносы индивидуального страхования за определенные группы населения (например, с 1992 г. — за получателей минимальных социальных пособий).

Важным шагом стало принятие в июне 1999 г. закона о всеобщем медицинском страховании, вступившего в силу 1 января 2000 г. По этому закону, право на медицинское страхование получили все постоянные жители Франции, при этом те, у кого доход ниже определенного уровня (сегодня к ним относится 1,8% населения), страхуются бесплатно. Вместо прежней системы индивидуального страхования, в которой взносы за малообеспеченных платили генеральные советы (в разных департаментах право на такую помощь определялось разным уровнем дохода), введен новый порядок, в основе которого — право на медицинское страхование и принцип обеспечения социальной защиты посредством социального страхования, а не оказания государственной помощи.

Закон о всеобщем медицинском страховании завершил переход от медицинского страхования по месту работы к всеобщему медицинскому страхованию. Первые шаги на пути к этому закону были сделаны еще в 1996 г. в ходе реформы Жюппе (1996 г.), названной в честь тогдашнего премьер-министра.

Во-первых, был изменен метод финансирования медицинского страхования: страховой взнос с трудового дохода (зарботной платы) был частично заменен взносом с общего дохода, что напоминает подоходный налог.

Во-вторых, произошли изменения в управлении медицинским страхованием: с 1997 г. парламент получил полномочия определять политику и бюджет здравоохранения.

Таким образом, в развитии французской системы медицинского страхования можно выделить три главных момента.

1. Распространение медицинского страхования на всех проживающих в стране на законном основании.
2. Переход от взносов с заработной платы к налогу с дохода для финансирования системы.
3. Повышение роли парламента в определении политики и лимитов расходов.

Закон о всеобщем медицинском страховании содержит и другие важные положения: лица с низкими доходами имеют право не только на бесплатное государственное медицинское страхование, но и на бесплатное дополнительное добровольное медицинское страхование (см. раздел «Дополнительные источники финансирования»).

Управление системой социального обеспечения и распределение функций между государством и фондами медицинского страхования

Система социального обеспечения, созданная в 1945 г., строилась на принципах социальной демократии. Это была сеть фондов социального страхования, возглавляемых выборными советами директоров. В советы входили представители наемных работников (они составляли большинство в советах) и работодателей.

Первая важная реформа социального обеспечения была проведена в 1967 г.

Во-первых, система социального обеспечения была разделена на четыре направления: медицинское страхование, пенсионное обеспечение, семейные пособия, страхование от несчастных случаев на работе и профессиональных заболеваний.

Во-вторых, советы директоров перестали быть выборными и стали назначаться профсоюзами, причем теперь в них были поровну представлены работники и работодатели. В результате влияние работодателей усилилось.

В 1982 г. пришедшее к власти «левое» правительство заявило о намерении возродить принципы, на которых система создавалась в 1945 г. Это означало возврат к выборным советам директоров с преимущественным представительством наемных работников. Однако такие выборы прошли лишь однажды, в 1983 г. Реформа Жюппе (1996 г.) вернула систему 1967 г. с назначаемыми советами и равным представительством работодателей и работников.

Эти «метания» отражают серьезный спор о законности полномочий так называемых «социальных партнеров» в управлении фондами медицинского

страхования и об их функциях в системе здравоохранения, в частности, в сравнении с ролью государства. Распределение полномочий между государством и фондами медицинского страхования всегда вызывало споры. Первоначально деление проходило по секторам: государство ведало государственными больницами и фармацевтическим сектором, а фонды медицинского страхования на договорной основе управляли частным сектором, к которому относились частнопрактикующие врачи и частные коммерческие больницы. Контроль над финансированием фондов медицинского страхования (определение условий и ставок отчислений на социальное страхование) входил в компетенцию государства.

Государственное вмешательство постепенно увеличивалось, что в первую очередь диктовалось важностью вопроса о сведении государственного бюджета, а значит и контроля над расходами на социальные нужды. Начиная с 1980-х гг. противоречия, обусловленные сложной организацией системы, усилились. С начала 1990-х гг. в некоторых секторах в качестве эксперимента начали заключаться трехсторонние соглашения между государством, фондами медицинского страхования и медиками.

Реформа Жюппе (1996 г.) предусматривала более основательную реорганизацию управления и перераспределение полномочий. Многие восприняли ее как введение государственного контроля над системой здравоохранения, что было недалеко от истины, так как некоторые наиболее важные меры — например, усиление роли парламента и создание региональных больничных управлений — были явно направлены на повышение роли государства. Кроме того, реформа предусматривала заключение «соглашения о лимитах расходов и управлении» между правительством и крупнейшим фондом медицинского страхования — Национальным фондом медицинского страхования наемных работников (CNAMTS). В этом соглашении должны были четко определяться обязанности каждой их сторон (см. раздел «Организационная структура и управление»).

Очередная попытка внести ясность в распределение полномочий была сделана в 2000 г. в законе о финансировании социального обеспечения. Все больницы (включая частные коммерческие) были отнесены в ведение государства, а регулирование тарифов на услуги частнопрактикующих медиков и согласование с медиками общих лимитов расходов на оплату их услуг правительство возложило на Национальный фонд медицинского страхования наемных работников. Однако так было сделано лишь однажды (в 2000 г.), после чего от этого отказались.

Несмотря на все попытки, по-прежнему нет четкого распределения полномочий, и в последние годы государственные органы и фонды медицинского страхования нередко открыто конфликтуют, при этом страховые фонды выступают против усиления государственного вмешательства. Напряженность в отношениях между государством и страховыми фондами достигла критической точки в сентябре 2001 г., когда работодатели вышли из советов фондов медицинского страхования. Таким образом, принципиальный вопрос о том, в чьем ведении должно находиться государственное медицинское страхование, стоит как никогда остро.

Конфликт между медиками и государством

Когда после Второй мировой войны вводилось государственное медицинское страхование, возникла необходимость заключения с медиками соглашения о тарифах. Медицинские профсоюзы встретили в штыки эту идею, сочтя ее покушением на один из основных принципов частной медицинской практики, согласно которому оплата производится по договоренности между врачом и больным. Сначала планировалось провести переговоры между региональными фондами медицинского страхования и местными медицинскими профсоюзами в каждом департаменте, но профсоюзы отказались участвовать в переговорах. В результате во многих департаментах не удалось заключить соглашения. Врачи продолжали сами устанавливать цены на свои услуги, а фонды медицинского страхования возмещали расходы, исходя из официальных тарифов, намного отстававших от фактических цен.

Это был первый из длинной череды конфликтов между медицинскими профсоюзами, страховыми фондами и государственными органами, тянувшейся в течение последних 50 лет. Если в Германии врачи пошли на сотрудничество с фондами медицинского страхования, то во Франции большинство медицинских профсоюзов заняли позицию несогласия, а то и противостояния руководству системы медицинского страхования. Это привело к возникновению разногласий в среде медиков, расколу их профсоюзов и, как следствие, к некоторой раздробленности их представительства.

В 1960 г. правительство покончило с первой фазой конфликта, начавшегося в 1945 г., введя ограничения на цены на медицинские услуги и определив условия их повышения. Кроме того, хотя возможность заключения коллективных соглашений на уровне департаментов оставалась, такие соглашения должны были теперь заключаться по единой для всей страны форме. Важно отметить, что врачи получили право присоединяться к национальному соглашению в индивидуальном порядке, что существенно ослабило возможности профсоюзов по наложению вето.

В 1971 г. было заключено национальное соглашение по условиям договоров с врачами. Эти условия распространялись на всех врачей, кроме тех, кто в явной форме отказывался их соблюдать. Взамен врачи получили социальные и налоговые льготы¹, и кроме того, в соглашении подтверждались принципы независимой медицинской практики: свобода выбора врача, свобода врачебных назначений, соблюдение врачебной тайны и прямая оплата услуг пациентами. Национальные соглашения (конвенции) были подписаны впоследствии в 1976, 1980, 1985, 1990, 1993 и 1997—1998 гг.

На эти соглашения наложила отпечаток все более настоятельная необходимость сдерживания расходов на здравоохранение. Помимо установления тарифов за лечение, были предложены следующие меры:

- индивидуальный контроль за работой врачей (1971 г.);

¹ Например, отчисления с заработной платы за врачей платят фонды медицинского страхования.

- создание «второго сектора»; работающие в нем врачи получили право взимать плату выше установленного тарифа, но это превышение не возмещалось фондами медицинского страхования (1980 г.), а врачи, выбравшие такой вариант, теряли социальные и налоговые льготы;
- ограничение свободы врачебных назначений путем введения официальных рекомендаций, несоблюдение которых влекло за собой наказание (1993 г.). Правда, в 1999 г. эта мера была частично отменена судами.

В 1996 г. реформа Жюппе внесла два важных изменения в отношении между врачами и фондами медицинского страхования. С одной стороны, закон ограничил заработки врачей и врачебные назначения рамками ежегодно утверждаемых лимитов расходов, несоблюдение которых влекло за собой штрафные санкции. Влиятельная Конфедерация французских медицинских профсоюзов (CSMF) назвала эту меру «бухгалтерским контролем» и активно выступала против нее. В период с 1996 по 2002 г. Конфедерация не подписала ни одного соглашения с фондами медицинского страхования.

С другой стороны, реформа в очередной раз поколебала единство медиков, поскольку предусматривала возможность подписания отдельных соглашений с врачами общей практики и со специалистами. В 1997 г. фонды медицинского страхования подписали соглашение с профсоюзом врачей общей практики, более левонастроенным, чем другие профсоюзы, и заинтересованным в пересмотре статуса врачей общей практики по отношению к специалистам. Что касается врачей-специалистов, то лишь один маловлиятельный профсоюз заключил соглашение с фондами медицинского страхования.

Следует сказать, что большинство соглашений, заключенных медицинскими профсоюзами и страховыми фондами, были оспорены в суде и некоторые их положения были объявлены недействительными. Соглашения 1997 г. не были исключением, и хотя в 1998 г. было подписано новое соглашение с врачами общей практики, договориться о чем-либо с врачами-специалистами не удалось, и сейчас их работа регламентирована минимальными договорными нормами, определенными правительством в одностороннем порядке. До 2002 г. отношения между врачами, с одной стороны, и правительством и фондами медицинского страхования — с другой, постоянно ухудшались. Приход к власти нового правительства позволил продолжить диалог.

Развитие стационарной медицинской помощи за последние полвека

В 1941 г. был принят закон, вступивший в силу в 1945 г., который оказал большое влияние на развитие больничного сектора Франции. До этого государственные больницы были самостоятельными учреждениями при муниципалитетах или департаментах. Кроме того, если раньше государственные больницы лечили бедных, то с 1945 г. они открыли свои двери для всех пациентов, и связи между больницами и местными общинами несколько ослабли.

Связи больниц с муниципалитетами сохранялись и мэры по-прежнему возглавляли советы директоров больниц, но в то же время были расширены

полномочия министра здравоохранения: теперь он утверждал генеральный план организации стационарной помощи — предшественника нынешних инструментов планирования, устанавливал размеры заработной платы для значительной части больничных работников, получивших особый статус, участвовал в назначении директоров больниц, которым частично были переданы обязанности совета директоров.

Наделение министерства столь важными полномочиями положило начало повышению роли центрального правительства в управлении стационарной помощью. Государственные больницы перестали быть в исключительном ведении муниципалитетов и в значительной мере утратили свою самостоятельность. Принятый в 1941 г. закон изменил даже порядок приема врачей на работу в больницы. Если раньше эти вопросы решало руководство больницы, то по новому закону назначения производил префект по результатам конкурса на региональном уровне.

В 1958 г. реформа стационарной медицинской помощи расширила полномочия министра здравоохранения, передав под его контроль программы больничного строительства и назначение директоров больниц, которые превратились в представителей министерства, хотя и остались в подчинении совета директоров. Среди важнейших положений закона отметим следующие:

- образование базовых больниц путем заключения договоров между региональными больницами и медицинскими факультетами;
- введение полной занятости врачей в университетских клиниках, а для врачей некоторых специальностей — во всех государственных больницах; в результате врачи отдавали все силы работе в больнице, что поистине преобразило эти учреждения. Чтобы побудить врачей оставить частную практику на стороне, некоторым категориям врачей разрешили заниматься частной практикой в стенах больницы. Наличие такого «частного сектора» в государственных больницах остается предметом споров.

Реформа 1958 г. распространила государственное управление коечным фондом и контроль за приобретением оборудования на частные больницы. С 1970 г. нормативы планирования стационарной помощи стали более жесткими. Ни государственные, ни частные больницы не могут увеличить число коек или единиц оборудования без предварительного разрешения. До 2003 г. разрешение выдавалось только в том случае, если планируемый рост соответствовал «санитарной карте» (*carte sanitaire*), делившей страну на зоны и устанавливавшей для каждой из них нормативы обеспеченности населения больничными койками и медицинским оборудованием.

Развитие методов регулирования

Отцы-основатели системы социального обеспечения надеялись, что доступ к медицинскому обслуживанию, обеспечиваемый государственным медицинским страхованием, позволит поддерживать крепкое здоровье всего населения и потребность в медицинской помощи со временем уменьшится. Однако в действительности спрос на медицинские услуги не отставал от

роста предложения, что вело к неуклонному увеличению расходов на медицинское обслуживание. В 1970-х гг. экономическая ситуация в стране ухудшилась, нехватка средств стала ощущаться все острее и политику в области медицинского обеспечения пришлось менять.

В последние 25 лет применялись разные способы сдерживания затрат (как на стороне спроса, так и на стороне предложения) в попытке сбалансировать бюджет системы медицинского страхования. Однако в системе с гонорарным методом оплаты медицинских услуг, ретроспективным возмещением расходов и неограниченной свободой выбора для пациентов контролировать затраты очень непросто.

Меры для ограничения спроса были заложены с самого начала: для этого была выбрана схема с частичным возмещением расходов. Разницу между фактической стоимостью услуги и страховой выплатой называли *ticket modérateur* именно потому, что такой порядок был задуман для сдерживания спроса. Постепенно расходы больных на лечение росли: увеличивалась их доля в совместных платежах, была введена плата за пребывание в стационаре, врачам второго сектора разрешили взимать плату выше официальных тарифов, в очень малой степени покрывались страховкой расходы на такие услуги, как зубное протезирование и ортопедия. С середины 1980-х до середины 1990-х гг. доля расходов, возмещаемых системой медицинского страхования, снижалась, но затем это снижение прекратилось.

Мало того, что такой порядок ухудшает доступ к медицинской помощи и нарушает социальную справедливость, не оправдал он и надежд в отношении сокращения расходов на лечение. Этому помешало широкое распространение дополнительного добровольного медицинского страхования. Сегодня им охвачено 85% населения, не считая застрахованных по закону о всеобщем медицинском страховании. Две попытки (в 1967 и 1979 гг.) ограничить уровень возмещения расходов по дополнительной добровольной медицинской страховке с тем, чтобы больные сами оплачивали 5% расходов, встретили сильное сопротивление и были оставлены.

В последнее время идет поиск возможностей направления спроса и координации лечения с тем, чтобы ограничить свободу выбора пациента. Например, введено материальное поощрение врачей общей практики за выполнение «диспетчерских» функций (регулирование доступа к медицинской помощи для добровольно прикрепившихся пациентов).

Регулирование предложения включало в себя сокращение коечного фонда и ограничение роста численности врачей, регламентирование врачебной практики и контроль над ценами на лекарства и услуги. За последние 30 лет применялись различные подходы. Одними из первых после 1970 г. были применены меры по сокращению предложения. Скоро стало ясно, что на рынке медицинских услуг, где больные не владеют необходимой информацией и не несут всех затрат на лечение, ограничение предложения является очень важным способом борьбы с излишним спросом, стимулированным производителем.

Для ограничения предложения использовались два инструмента. Во-первых, специальная «санитарная карта», в которой устанавливались нормативы

вы соотношения числа коек и единиц оборудования на душу населения. Этот метод использовался до 2003 г. Во-вторых, ограничение доступа к медицинскому образованию (система *numerus clausus*).

Благодаря применению санитарной карты, в период с 1975 по 1998 г. число больничных коек сократилось на 25%. Но вскоре стало ясно, что ограничение коечного фонда малоэффективно с точки зрения контроля за расходами, поскольку с развитием медицинских технологий растет численность персонала и число единиц оборудования, приходящихся на одну больничную койку.

Ограничение приема в медицинские вузы применяется с 1971 г. Первые результаты — замедление роста численности врачей — стали видны в конце 1970-х гг. Тем не менее с 1975 по 2000 г. численность врачей почти утроилась, достигнув уровня 3,3 врача на 1000 населения. Сегодня рост общей численности врачей прекратился, а с 2010 она начнет уменьшаться.

Чтобы сократить численность врачей, с 1988 г. государство стало материально поощрять ранний выход врачей на пенсию. В 1996 г. материальные стимулы были увеличены, и с 1996 по 1998 г. они были весьма щедрыми, но затем существенно уменьшились.

Планирование стационарной помощи, изначально основывавшееся на количественных нормативах, в последние десять лет, с введением региональных стратегических планов организации медицинского обслуживания, стало больше ориентироваться на качественные показатели.

С 1970-х гг. применяются меры с целью воздействия на поведение поставщиков медицинских услуг. В соглашении, заключенном в 1971 г. (см. выше), предусматривалась оценка работы каждого врача на основании анализа статистических показателей. Этот весьма грубый метод предназначен скорее для выявления крайних случаев, чем для регулирования врачебной практики в целом. Развитие оценки врачебной деятельности сделало возможным применение более качественного подхода — введение рекомендаций по врачебной практике. Оглядываясь назад, можно увидеть, что эти меры заметно повлияли на врачебные назначения, хотя и не оказали заметного макроэкономического эффекта.

Много раз предпринимались попытки установить контроль над ценами путем переговоров с медиками о тарифах на их услуги, а также с помощью административного регулирования цен на льготные лекарства. По сравнению с другими странами, во Франции гонорары врачей и цены на лекарства довольно долго были относительно невысоки. Рост цен на медицинские услуги и лекарства отставал от общего уровня инфляции. Так, с 1978 по 2000 г. индекс цен на потребительские товары увеличился на 280%, цены на амбулаторное лечение выросли на 210%, на лекарственные средства — на 150%. Возможно, большие объемы потребления медицинских услуг и лекарств во Франции объясняются относительно низкими ценами на них.

Чтобы сдержать рост цен и при этом не вызвать перепотребления медицинских услуг, в 1980-х и 1990-х гг. в разных секторах здравоохранения стал применяться метод ограничения затрат. Начиная с 1984/85 г., изменилась система финансирования государственных больниц: вместо расчетов по

дням лечения был внедрен метод глобального бюджета. В начале 1990-х гг. были согласованы лимиты расходов на оплату услуг лабораторий, частных коммерческих больниц и частнопрактикующих медицинских сестер. В случае превышения лимита могли применяться такие меры, как штрафы и понижение тарифов.

Большинство врачей категорически возражали как против самого принципа лимитирования будущих медицинских расходов, так и против его практического осуществления. По логике реформы Жюппе, врачи, как и другие категории медицинских работников, должны были соблюдать утвержденные лимиты затрат на их услуги и возмещать разницу в случае их превышения. Однако последнее положение никогда не применялось, и при превышении планки затрат возмещение с врачей ни разу не было взыскано.

Организационная структура и управление

Структура здравоохранения

Полномочия в области управления здравоохранением разделены между

- государством (парламентом, правительством и различными министерствами),
- фондами государственного медицинского страхования,
- органами местного самоуправления, особенно на уровне департаментов.

На организационную структуру системы здравоохранения сильно повлияла реформа Жюппе (1996 г.). В рамках этой реформы был введен парламентский контроль над системой здравоохранения и ее ресурсами, сделана попытка внести ясность в распределение полномочий между государством и фондами медицинского страхования и, кроме того, заметно усилена роль регионов путем создания новых институтов на региональном уровне (см. рис. 3).

Государство: парламент и правительство

С 1996 г. парламент ежегодно принимает закон о финансировании социального обеспечения на основании докладов Счетной палаты (Cour des Comptes)¹ и Национальной конференции по здравоохранению (см. ниже). В этом законе:

- устанавливается общий лимит расходов на медицинское страхование на следующий год (глобальный бюджет здравоохранения);
- утверждается доклад о направлениях политики в области медицинского обслуживания и социального обеспечения населения;
- утверждаются новые правила и положения о льготах.

Например, закон 2001 г. уравнил в льготах самостоятельно занятых лиц с застрахованными по программе медицинского страхования наемных работ-

¹ Счетная палата — независимый орган, осуществляющий контроль за использованием общественных средств государственными органами и органами социального обеспечения.

ников. Кроме того, закон предусмотрел создание специальных фондов для обновления больниц и развития систем информации о лекарственных препаратах (независимо от фармацевтических компаний) для врачей.

Закон 2002 г. утвердил новое соглашение между фондами медицинского страхования и профессиональными объединениями медиков¹.

В состав недавно реорганизованного министерства здравоохранения входят следующие органы:

- главное управление здравоохранения, отвечающее за выработку политики в здравоохранении;
- управление медицинского обслуживания, отвечающее за распоряжение ресурсами; его компетенция, ранее ограниченная больничным сектором, теперь охватывает всю систему здравоохранения;
- управление социального обеспечения, отвечающее за финансовые вопросы и надзор за организациями системы социального обеспечения (в том числе за фондами медицинского страхования);
- главное управление по социальной политике, отвечающее за медико-социальную помощь (уход за инвалидами, престарелыми и социально уязвимыми людьми).

У министерства здравоохранения есть местные подразделения — управления по здравоохранению и социальным вопросам в регионах и департаментах (DRASS и DDASS). Об их работе будет рассказано ниже.

Министерство здравоохранения распоряжается значительной частью бюджета здравоохранения в рамках общих лимитов, установленных парламентом. Министерство выполняет следующие функции:

- распределяет предусмотренные бюджетом средства между секторами и, если речь идет о больницах, между регионами;
- устанавливает ежегодные квоты приема в медицинские вузы (*numerus clausus*), размеры коечного фонда и нормы оснащённости дорогим медицинским оборудованием;
- утверждает соглашения, заключенные фондами медицинского страхования и профсоюзами медиков;
- устанавливает цены на некоторые виды лечения и лекарственные препараты с учетом предложений специальных комитетов;
- устанавливает требования к обеспечению безопасности в больницах;
- определяет приоритетные направления для государственных программ; на сегодня это онкологические заболевания, обезболивание и борьба с курением.

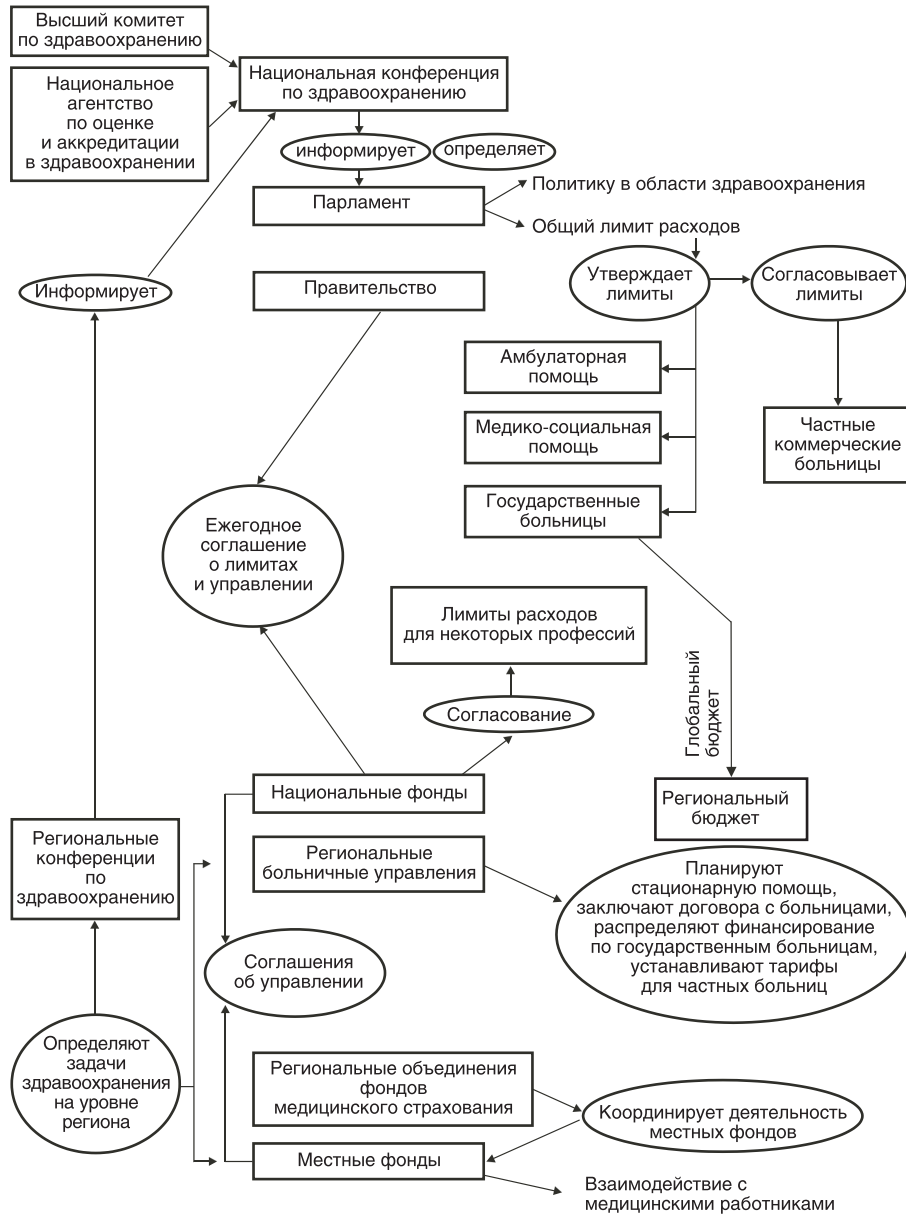
Экспертные и независимые органы при правительстве

За последние десять лет создан ряд государственных комитетов и агентств для выполнения конкретных функций.

В 1991 г. при министерстве здравоохранения образован Высший комитет

¹ Взамен предыдущего соглашения, которое суды признали незаконным.

Рисунок 3. Организационная структура французской системы здравоохранения



По материалам разных источников.

по здравоохранению (Haut Comité de Santé Publique). В его обязанности входит подготовка рекомендаций и оказание помощи в принятии решений в области здравоохранения и организации медицинского обслуживания. Комитет регулярно готовит сводки о состоянии здоровья населения, общие анализы и прогнозы по вопросам общественного здравоохранения, участвует в определении задач в области общественного здравоохранения и вносит предложения по усилению профилактики. Он также консультирует по некоторым вопросам организации лечения и может создавать рабочие группы для подготовки докладов и предложений. Со времени реформы Жюппе (1996 г.) комитет готовит ежегодные отчеты для представления Национальной конференции здравоохранения и парламенту.

Для обеспечения медицинской безопасности недавно были созданы Агентство по контролю безопасности пищевых продуктов, Агентство по контролю безопасности продукции для здравоохранения и Институт мониторинга здравоохранения (см. раздел «Медицинское обслуживание»). Для согласования деятельности этих трех учреждений образован Национальный комитет по медицинской безопасности. В него входят директора этих учреждений, а его председателем является министр здравоохранения. Несколько позже, в апреле 2001 г., к этой группе добавилось Агентство по гигиене и охране окружающей среды.

В 1997 г. создано Национальное агентство по аккредитации и оценке в здравоохранении (ANAES). Оно выполняет следующие функции:

- разрабатывает и распространяет практические руководства;
- способствует повышению квалификации медиков путем редактирования клинических руководств и профессионального обучения;
- проводит аккредитацию всех больниц (частных и государственных); этот процесс пока в самом начале: к апрелю 2002 г. аккредитовано 150 больниц;
- готовит рекомендации относительно того, расходы на какие услуги должны возмещаться медицинскими страховыми фондами; при последнем пересмотре тарифов на медицинские услуги было рассмотрено 381 медицинское вмешательство.

В Национальном агентстве по аккредитации и оценке в здравоохранении 150 штатных сотрудников (медики, экономисты и другие). Программу работы определяет совет директоров с учетом заявок от министерства здравоохранения, фондов медицинского страхования и медицинских профсоюзов.

Экономический комитет по медицинской продукции (CEPS) — межведомственный орган. Он устанавливает цены на лекарства и медицинское оборудование и отслеживает динамику расходов на лекарства в сравнении с ежегодно утверждаемым бюджетом. Комитет заключает долгосрочные соглашения с фармацевтическими компаниями, предусматривающие, в частности, контроль роста расходов (см. раздел «Лекарственные средства»).

Недавно созданное Агентство информации о стационарной медицинской помощи занимается сбором и обработкой информации обо всех случаях госпитализации, которая используется при планировании и финансировании стационарной помощи.

Раз в год проходит Национальная конференция по здравоохранению. Она готовит предложения по первоочередным задачам и направлениям политики в области здравоохранения и представляет их правительству и парламенту. С 2002 г. в обязанности конференции входит контроль за соблюдением прав пациентов. В работе конференции участвуют представители медицинских учреждений и профессиональных организаций медиков. В будущем к ним присоединятся представители организаций больных.

Государственное медицинское страхование

Во Франции три главные программы медицинского страхования:

- **общая программа** (*Régime général*) охватывает работающих по найму в торговле и промышленности и их семьи (примерно 84% населения), а также малоимущих, бесплатно застрахованных по закону о всеобщем медицинском страховании (по данным на 30 ноября 2001 г., таких было 950 000 человек, или 1,6% населения);
- **программа страхования работников сельского хозяйства** (*MSA*) охватывает фермеров, наемных работников и их семьи (примерно 7,2% населения);
- **программа страхования самостоятельно занятых лиц** (*CANAM*) охватывает кустарей и лиц свободных профессий, в том числе юристов и т. д. (около 5% населения).

Есть и другие программы страхования, охватывающие некоторые группы населения, объединенные общей профессиональной принадлежностью. Одни из этих программ связаны с общей программой, например страхование чиновников местных и центральных органов власти, врачей, работающих по официальным тарифам, студентов и военнослужащих. Другие (например, программы страхования шахтеров, работников государственной железнодорожной компании, духовенства, моряков и служащих национального банка) — независимы и имеют свои особые формы организации.

У каждой из трех основных программ медицинского страхования есть национальный фонд медицинского страхования и соответствующие местные структуры.

В рамках общей программы страхования работают:

- 129 местных фондов медицинского страхования (*caisses primaires d'assurance maladie*), которые оформляют страховку и возмещают затраты на лечение;
- 16 региональных фондов (обслуживаемые ими территории больше территорий административных регионов), которые занимаются производственным травматизмом и профессиональными заболеваниями. В их ведении находятся также профилактика и лечение профессиональных заболеваний;
- Национальный фонд медицинского страхования наемных работников.

У общей системы медицинского страхования есть специальная медицинская служба, в которой работают 2500 врачей, фармацевтов и дантистов. Эта служба контролирует медицинскую обоснованность назначенного лечения застрахованных и способствует распространению эффективной врачебной практики.

Национальный фонд медицинского страхования наемных работников контролирует деятельность региональных и местных фондов, работающих в рамках общей программы, хотя последние являются самоуправляемыми и имеют собственные советы директоров. В советы директоров национальных, региональных и местных фондов входит равное число представителей работодателей и работников (назначаемых профсоюзами), от одного до трех представителей обществ взаимного страхования, а также лица, назначаемые министром здравоохранения¹.

Надзор за работой системы государственного медицинского страхования осуществляет управление социального обеспечения при министерстве социального обеспечения. С 1996 г. национальные фонды трех главных программ медицинского страхования управляют системой государственного медицинского страхования в рамках соглашений о лимитах расходов и управлении, заключаемых на срок не менее трех лет. Фонды заключают это соглашение с министерством здравоохранения, а в ежегодном приложении к нему устанавливается общий лимит расходов на оплату услуг частнопрактикующих медиков. Три национальных фонда медицинского страхования отвечают за исполнение этого целевого бюджета и договариваются с профсоюзами медиков о соблюдении утвержденных парламентом лимитов расходов. На практике, однако, так было лишь в 2000 г. В 2001 г. правительство и страховые фонды не заключили соглашения о целевом бюджете. В 2002 г. он не устанавливался.

Национальные фонды медицинского страхования заключают также соглашения с частнопрактикующими медиками: врачами общей практики, специалистами, стоматологами, медицинскими сестрами, физиотерапевтами, биологами, акушерами, логопедами, ортоптистами² и работниками скорой помощи. В этих соглашениях устанавливаются тарифы на услуги и условия оплаты. На сегодня такие соглашения заключены для всех перечисленных профессий, кроме врачей-специалистов, которые не сумели договориться с фондами медицинского страхования. В отношении врачей-специалистов пока действуют минимальные нормативные условия, установленные министерством здравоохранения.

Страхование самостоятельно занятых лиц осуществляют региональные и профессиональные фонды, в общей сложности 31 фонд. Застраховаться можно в любой организации, заключившей договор с региональным фондом и имеющей разрешение на сбор взносов и возмещение расходов на лечение.

Лица, работающие в сельском хозяйстве (по найму и не по найму) страхуются по программе для сельскохозяйственных работников. Страхование осуществляют местные отделения фондов, расположенные в департаментах.

¹ В совете директоров Национального фонда страхования наемных работников 13 представителей работодателей, 13 представителей наемных работников, 3 представителя обществ взаимного страхования и 4 представителя министра здравоохранения. В советах региональных фондов соответственно 8, 8, 1 и 4 представителя, в местных — 8, 8, 2 и 4.

² Специалисты по восстановлению зрения.

Большинство организаций, занимающихся медицинским страхованием, имеют юридический статус частных предприятий.

Региональные структуры

В 1990-х гг. во Франции начался процесс передачи функций по организации и управлению в сфере здравоохранения на региональный уровень. Сначала в регионах были созданы управления здравоохранения и социального обеспечения (DRASS); их обязанности в области планирования стационарной помощи и распределения бюджетных ассигнований постепенно расширялись. Позже, в 1993 и 1996 гг., были созданы новые виды учреждений. Далее описаны организации, действующие сегодня на региональном уровне.

Региональные больничные управления (ARH) отвечают за планирование стационарной помощи (в государственном и частном секторах), распределение средств по государственным больницам и регулирование тарифов для частных коммерческих больниц (в рамках национальных соглашений). Они являются связующим звеном, на уровне региона, между государством и фондами медицинского страхования, которые ранее совместно управляли этим сектором. Директоров региональных больничных управлений назначает совет министров, и они напрямую подотчетны министру здравоохранения.

Региональные объединения фондов медицинского страхования (URCAM) объединяют на региональном уровне три главные программы медицинского страхования. Объединения координируют работу фондов и помогают выработать политику по управлению рисками на уровне региона. В отличие от региональных больничных управлений, выполняющих активную функцию, эти объединения предназначены скорее для того, чтобы оказывать влияние на региональные и местные фонды, стимулировать их, но не управлять ими.

Региональные союзы частнопрактикующих врачей (URML) выполняют следующие функции: анализируют работу системы здравоохранения; сектора частной медицинской практики, изучают эпидемиологическую ситуацию и оценивают потребность в медицинской помощи; обеспечивают взаимодействие с профессиональными объединениями других категорий медиков; предоставляют информацию и обучают врачей и пациентов. Эти союзы участвуют в диалоге с региональными больничными управлениями и региональными объединениями фондов медицинского страхования.

Региональные конференции по здравоохранению нужны для согласования усилий всех заинтересованных сторон, действующих на региональном уровне — представителей региональных структур, врачей и пациентов. Региональные конференции оценивают потребности в медицинской помощи и определяют главные задачи в области здравоохранения в регионе. Они готовят ежегодные доклады для Национальной конференции по здравоохранению.

В целом нынешняя организация управления на региональном уровне позволяет планомерно направлять развитие системы здравоохранения и обес-

печивает согласованное руководство. Этому способствовал и закон о финансировании социального обеспечения (2001 г.), передавший эксперимент по созданию сетей производителей медицинских услуг в ведение региональных больничных управлений.

Уровень департамента

Некоторые виды медицинской и социальной помощи относятся к компетенции генеральных советов департаментов¹. В их число входят:

- обслуживание престарелых и инвалидов, в том числе в интернатах; медицинские учреждения находятся в ведении генеральных советов, которые осуществляют за ними надзор и финансируют их из бюджета социального обеспечения; медико-социальные учреждения находятся в совместном ведении государства и генеральных советов;
- социальные программы финансовой поддержки малообеспеченных престарелых и инвалидов в интернатах и по месту жительства;
- защита детства, в том числе управление центрами здоровья матери и ребенка, предлагающими консультации и бесплатную медицинскую помощь;
- профилактика некоторых болезней, таких как туберкулез, заболеваний, передающихся половым путем, и онкологических заболеваний;
- определенные функции в области общественного здравоохранения и гигиены (гигиена окружающей среды, санитария и другие) выполняют также муниципалитеты.

Профессиональные организации

Есть два типа профессиональных организаций.

Профессиональные ассоциации врачей, фармацевтов, дантистов и акушеров занимаются вопросами медицинской этики и контролируют профессиональную деятельность.

Профсоюзы отстаивают интересы различных профессиональных групп. Профессиональное представительство очень раздроблено, и не только из-за особенностей профессий, но и из-за различий в статусе, например между штатными и частнопрактикующими специалистами. К тому же у медиков часто есть возможность выбора профсоюза. Целых шесть профсоюзов частнопрактикующих врачей считаются достаточно представительными и правомочными, чтобы подписывать договора с фондами медицинского страхования. Интересы врачей общей практики и врачей-специалистов представляют несколько профсоюзов: Конфедерация профсоюзов французских врачей (CSMF), Объединение частных врачей (SML) и Федерация врачей Франции (FMF). Другие профсоюзы более узкие, например Объединение французских хирургов и специалистов (UCCSF) и Французская федерация

¹ Генеральные советы — выборные органы, финансируемые за счет местных налогов и субсидий центрального правительства.

врачей общей практики (MG France). Несмотря на широкий выбор, лишь 29% врачей общей практики состоят в профсоюзах. Раздробленность профессионального представительства характерна не только для врачей. Четыре тысячи частных лабораторий, выполняющих анализы для амбулаторных больных, представлены как минимум четырьмя организациями, что в основном объясняется разногласиями между представителями крупных лабораторий и защитниками интересов мелких лабораторий. Организации, представляющие частнопрактикующих врачей, ведут переговоры с фондами медицинского страхования и министерством здравоохранения об условиях работы и оплаты труда.

С 1994 г. региональным союзам частнопрактикующих врачей, избираемым по профсоюзным спискам, поручено анализировать работу системы здравоохранения, оценивать потребности в медицинской помощи, координировать обучение и обеспечивать информацией врачей и пользователей медицинских услуг. Источником финансирования деятельности этих профсоюзов являются специальные взносы, которые платят врачи.

Больницы представлены различными организациями, в зависимости от их статуса.

И, наконец, свои профсоюзы есть у фармацевтических компаний, производителей медицинского оборудования, протезов и т. д.

Пользователи медицинских услуг

В последние годы стало уделяться больше внимания поиску путей к лучшему удовлетворению потребностей и запросов населения. Этому во многом способствовала деятельность некоторых ассоциаций больных. Эпидемия СПИДа стала толчком к изменению характера деятельности ассоциаций больных. Добившись известного влияния с помощью проведения общественных акций, эти организации уже не довольствуются своей традиционной ролью (помощь больным, сбор средств для финансирования исследований), но стремятся воздействовать на направление исследований и добиваются признания активной роли больного в лечении.

Наряду с усилением ассоциаций больных, окрепли и такие организации более общего характера, как общества потребителей.

Недавно ассоциации больных создали общую организацию (CISS), чтобы усилить влияние в интересах пользователей медицинских услуг. Принятый в марте 2002 г. закон повысил роль этих ассоциаций.

Планирование, нормирование и управление

Материальные и трудовые ресурсы

Численность врачей и, в какой-то степени, их специализация, регулируется с помощью системы квот *numerus clausus*, ограничивающей доступ на второй курс обучения в высших медицинских учебных заведениях. Установлен-

ные на национальном уровне квоты распределяются по регионам с учетом межрегиональных различий в обеспеченности врачами, достигающих 70%, с тем чтобы сгладить диспропорции, регулируя численность студентов-медиков.

Соотношение специалистов и врачей общей практики зависит от числа вакансий интернов в больницах, заполняемых по результатам конкурсных экзаменов (*concours d'internat*) и открывающих путь к специализации. Эти места делятся между основными направлениями специализации (терапия, хирургия, психиатрия, биология и общественное здравоохранение), но более узкая специализация внутри терапии и хирургии до недавнего времени не регулировалась и выбор специальности определялся наличием вакансий и предпочтениями студентов. В последние годы из-за падения интереса к некоторым специальностям (анестезиология, интенсивная терапия, акушерство и гинекология, педиатрия) правительство стало резервировать определенное число мест на эти специальности на вступительных экзаменах.

Применение квот помогло остановить рост общей численности врачей, а в ближайшие годы ожидается ее заметное уменьшение. Межрегиональные диспропорции несколько сгладились за последние тридцать лет (максимальная разница в обеспеченности врачами сократилась с 2,1 до 1,7 раза). Четкой позиции по поводу того, каким должно быть соотношение специалистов и врачей общей практики, пока не выработано. В прошлом наблюдалась тенденция к увеличению доли специалистов.

Частнопрактикующие врачи могут работать, где захотят, а чтобы работать в больнице, надо найти вакансию.

Система *numerus clausus* используется также для регулирования численности таких специалистов, как медицинские сестры, физиотерапевты и другие (см. раздел «Медицинские кадры»).

До 2003 г. при планировании стационарной помощи использовались два инструмента: санитарная карта, устанавливающая количественные нормативы, и региональный стратегический план развития здравоохранения, больше ориентированный на качественные характеристики. В соответствии с санитарной картой, каждый регион был поделен на зоны медицинской и психиатрической помощи, не менее 200 000 жителей на зону медицинской помощи, если только она не совпадала с целым департаментом.

В пределах зоны, или группы зон, соответствующие решения принимает директор регионального больничного управления, руководствуясь нормативами соотношения между числом больничных коек и числом жителей по каждому из следующих направлений: терапия, хирургия, акушерство, психиатрия, диспансерное наблюдение и реабилитация, лечение хронических больных. Любое увеличение числа больничных коек или их перепрофилирование — как в государственных, так и в частных больницах — должно было согласовываться с региональным медицинским управлением, обеспечивавшим соблюдение установленных в санитарной карте норм. Такой порядок действовал до 2003 г. На самом деле эти нормы, как правило, были превышены, и разрешения выдавались в основном на реорганизацию, перепрофилирование или слияние.

Санитарная карта устанавливала также нормативы оснащенности больниц и других медицинских учреждений дорогим лечебно-диагностическим оборудованием, в частности аппаратурой для гемодиализа и лучевой терапии, магнитно-резонансными и компьютерными томографами, литотрипторами. Для некоторого оборудования определены количественные нормативы в зависимости от численности населения, в других случаях разрешение выдается после специальной оценки местных потребностей.

В последние лет десять требуется разрешение министерства здравоохранения на оказание некоторых видов высокоспециализированной помощи, таких как трансплантация органов, лечение обширных ожогов, операции на сердце, нейрохирургия и искусственное оплодотворение, и таких более распространенных видов помощи, как неотложная помощь, реанимация и лучевая терапия. То, что сейчас требуется разрешение не только на покупку оборудования, но и на оказание определенных видов медицинских услуг, свидетельствует об отходе от чисто количественных нормативов в планировании стационарной помощи и внедрении новых подходов, ориентированных на повышение качества медицинского обслуживания.

В 2003 г. правительство отказалось от применения санитарной карты и объединило все инструменты планирования в региональном стратегическом плане развития здравоохранения, обеспечивающем качественно-ориентированный подход к планированию. В этом плане, рассчитанном на пять лет, ставятся задачи по развитию медицинского обслуживания в регионе в наиболее важных для региона и страны направлениях. В региональных планах развития здравоохранения на 1999—2004 гг. такими направлениями были неотложная и перинатальная помощь, лечение онкологических заболеваний. При этом большое внимание уделяется развитию сетей стационарной помощи в регионах для того, чтобы каждая больница оказывала медицинскую помощь на том уровне, который наиболее соответствует ее техническим возможностям. В целом такая сеть сможет обеспечить весь спектр услуг, но отдельные больницы будут заниматься лечением случаев определенной тяжести.

Учреждения, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь, делятся на четыре уровня: от небольших местных консультаций и до высокоспециализированных центров с отделениями реанимации новорожденных.

Что касается неотложной помощи, то в каждом регионе имеется лишь несколько больниц, где есть полностью оборудованные отделения неотложных состояний. В небольших больницах есть лишь приемные отделения с самой необходимой аппаратурой. Больницы заключают между собой договоры о сотрудничестве (например, предусматривающие совместное использование персонала путем временного перевода незанятых работников туда, где ощущается их нехватка).

Лечение онкологических заболеваний — еще одна область, где поощряется сотрудничество государственных и частных больниц. Это делается для того, чтобы больной мог получить полноценную помощь, независимо от того, в какой больнице он начал лечение. Лечение проводится на трех уровнях: по месту жительства, в онкологических отделениях больниц и в специализированных центрах.

Помимо этих трех направлений, общих для всех регионов, каждый регион выбрал другие важные для себя области, такие как диспансерное наблюдение и реабилитация, паллиативное лечение, профилактика самоубийств, сердечно-сосудистые заболевания, хроническая почечная недостаточность и развитие амбулаторной хирургии.

По каждому направлению в региональном стратегическом плане развития здравоохранения ставятся цели по улучшению организации медицинской помощи и предлагаются меры по развитию, реорганизации и сотрудничеству медицинских учреждений¹. В региональных планах содержатся положения, исходя из которых региональные больничные управления будут выдавать разрешения, утверждать планы, поданные медицинскими учреждениями, и заключать договора со всеми больницами в регионе, государственными и частными, некоммерческими и коммерческими.

В этих договорах устанавливаются обязательства больницы на три-пять лет. Одни обязательства касаются оказания медицинских услуг, предусмотренных стратегическим планом развития здравоохранения в регионе, другие — качества медицинского обслуживания, развития информационных систем, совершенствования управления и т. д. В договоре определяется и метод финансирования больницы. Если считается, что больница работает недостаточно эффективно, ей придется зарабатывать деньги, наращивая объемы услуг; если же больница работает с большой отдачей, региональное больничное управление выделит ей дополнительные средства.

Из-за отсутствия единых требований к таким договорам их содержание может быть различным. Так, в некоторых регионах в договорах четко оговариваются финансовые моменты (например, условия дополнительного финансирования), тогда как в других регионах договоры содержат лишь общие положения. Процесс заключения договоров идет с разной скоростью: в одних регионах уже заключены договоры со всеми больницами, в других, по данным на июнь 2001 г., к их заключению еще не приступали.

С частными коммерческими больницами обычно заключаются типовые договора, ограничивающиеся в основном установлением тарифов.

Финансовое регулирование и управление

Финансовое регулирование долгое время сводилось к контролю над ценами и тарифами. Они устанавливались путем переговоров между врачами и фондами медицинского страхования (для частной практики) или в административном порядке (например, цены на лекарства и суточный тариф за пребывание в больнице). Со временем начал внедряться метод глобального лимитирования затрат на уровне отдельных учреждений (глобальный бюджет государственной больницы), целого сектора (частные коммерческие больницы) и широкой группы, объединенной общими интересами (гонорары част-

¹ К концу 2001 г. в целом по стране прошло более 300 реорганизаций (слияний, закрытий и перепрофилирования) больниц и больничных отделений (например, с лечения острых заболеваний на реабилитацию).

нопрактикующих врачей). С 1996 г. эти лимиты определяются исходя из ежегодно утверждаемого парламентом общего лимита расходов на медицинское страхование (см. раздел «Распределение средств»).

Ценовое регулирование

Методы ценового регулирования зависят от форм оплаты лекарств и услуг. Важно помнить о том, что фактическая цена услуги может отличаться от официального тарифа. Фонды медицинского страхования возмещают расходы исходя из официальных тарифов, даже если фактическая цена услуги выше. Меры регулирования распространяются на официальные тарифы.

Тарифы на услуги частнопрактикующих врачей устанавливаются следующим образом (см. раздел «Заработная плата медицинских работников»):

- в официальных перечнях (номенклатурах) медицинские услуги объединяются в группы, каждой группе присваивают буквенный код, каждому виду услуг — коэффициент;
- устанавливают условную цену для каждого буквенного кода.

Специальные службы Национального фонда медицинского страхования наемных работников готовят и обновляют перечни, которые утверждаются министром здравоохранения. Условные цены кодов устанавливаются в соглашениях между фондами медицинского страхования и профсоюзами врачей. В этих соглашениях предусматриваются также условия повышения тарифов в течение пятилетнего периода.

Цены на лекарства устанавливает Экономический комитет по медицинской продукции (см. раздел «Лекарственные средства»).

Плата за лечение в частных коммерческих больницах¹ — помимо гонораров врачей — определяется на федеральном и региональном уровнях:

- на федеральном уровне заключается соглашение между государством и ассоциациями частных больниц. В нем устанавливаются средние размеры повышения платы по группам специальностей, как на национальном, так и на региональном уровнях;
- эти цифры затем корректируются (в пределах, установленных на федеральном уровне) для каждой больницы региона в соответствии с соглашением, заключенным между региональным медицинским управлением и представителями больниц на региональном уровне.

Суточный тариф за содержание в государственных больницах рассчитывается при сведении баланса после утверждения общего бюджета больниц и, строго говоря, не является «фиксированным».

¹ В отличие от единых тарифов на услуги частнопрактикующих врачей, тарифы на услуги частных коммерческих больниц в разных районах страны заметно отличаются. Это последствие предыдущего периода, когда частные коммерческие больницы находились в ведении региональных фондов медицинского страхования. Правительство принимает меры по сглаживанию межрегиональных различий, однако полностью они пока не устранены.

Общий порядок финансирования

Начиная с 1996 г., при ежегодном принятии закона о финансировании социального обеспечения парламент утверждает общий лимит расходов на медицинское страхование на будущий год (ONDAM). Лимитирование затрат и раньше применялось в отдельных секторах, но теперь эти лимиты устанавливаются, исходя из глобального бюджета здравоохранения.

В рамках общего лимита расходов на медицинское страхование определяется отдельный бюджет для государственных больниц. Министерство здравоохранения делит его между регионами, а региональные больничные управления в установленном порядке распределяют эти средства по больницам.

Расходы на услуги частных коммерческих больниц в целом по стране не должны превышать общего лимита, ежегодно устанавливаемого министром здравоохранения (этот лимит больше не согласовывается, как это было до 2000 г.). В случае его превышения правительство и частные больницы договариваются о мерах по выправлению ситуации, как правило, путем снижения тарифов. Если согласия достичь не удастся, правительство принимает решение в одностороннем порядке. Эти меры действуют по всей стране, но с 2000 г. могут корректироваться на региональном уровне.

И наконец, в рамках общего лимита расходов на медицинское страхование устанавливается лимит расходов на амбулаторную медицинскую помощь. В этой категории расходов отдельно выделяются средства на оплату услуг частнопрактикующих медиков (*objectif de dépenses déléguées*). Этими средствами управляют фонды медицинского страхования. На практике, однако, фонды смогли воспользоваться предоставленными им полномочиями лишь однажды, в 2000 г. Тем не менее размеры гонораров большинства частнопрактикующих медиков не превышают установленных пределов (см. раздел «Заработная плата медицинских работников»).

Регулирование профессиональной деятельности и качества медицинского обслуживания

Регулированием профессиональной деятельности занимается целый ряд организаций на разных уровнях. Врачи, дантисты и фармацевты регулируют свою деятельность через профессиональные организации, которые действуют на уровне страны или департамента. Эти организации занимаются вопросами профессиональной этики и лицензированием профессиональной деятельности.

Министр здравоохранения устанавливает требования к стационарной помощи, за соблюдением которых следят организации врачей на уровне департамента и региона, а также медицинские службы страховых фондов.

Профессиональные организации медиков могут также участвовать в процедурах контроля качества, введенных недавно Национальным агентством по аккредитации и оценке в здравоохранении. К ним относится аккредитация государственных и частных больниц (обязательная) и аудит деятельности частнопрактикующих врачей (по желанию).

Агентство также готовит практические руководства по всем медицинским специальностям; большинство руководств носят рекомендательный характер (см. раздел «Медицинское обслуживание»).

Недавно медицинская служба основной программы медицинского страхования воспользовалась рекомендациями по лечению двух заболеваний, диабета и гипертонии, для оценки качества амбулаторного лечения этих заболеваний и принятия мер по улучшению медицинского обслуживания. Однако систематической оценки качества работы каждого медика нет, а жалобы больных на недобросовестных медиков рассматриваются профессиональными ассоциациями и судами.

Финансирование и затраты

Основной источник финансирования здравоохранения во Франции — государственное медицинское страхование, являющееся частью системы социального обеспечения. С 1 января 2000 г. государственным медицинским страхованием охвачено все население, но тем не менее из этого источника покрывается лишь три четверти расходов на здравоохранение. Таким образом, значительный объем расходов приходится оплачивать из дополнительных источников.

Основная система финансирования

Структура системы государственного медицинского страхования

Структура системы медицинского страхования заложена в учредившем ее постановлении от 4 октября 1945 г. и последующих законодательных актах. Сначала было введено государственное страхование наемных работников промышленности и торговли. Постепенно оно распространялось на все новые группы населения: в 1948 г. — на студентов, в 1949 г. — на военнослужащих, в 1961 г. — на фермеров и в 1966—1970 гг. — на самостоятельно занятых работников. В 1978 г. для неохваченных категорий населения было введено государственное медицинское страхование на добровольной основе¹.

Закон о всеобщем медицинском страховании, принятый 1 января 2000 г., распространил охват государственным медицинским страхованием на все население Франции. По этому закону, граждане с годовым налогооблагаемым доходом менее 6600 евро освобождаются от уплаты страховых взносов.

¹ Эта программа добровольного медицинского страхования была предназначена для тех, кто не был охвачен государственным медицинским страхованием. Чтобы застраховаться, надо было заплатить фиксированную страховую премию. Плату за бедных могли вносить генеральные советы.

Государственное медицинское страхование осуществляется разными фондами медицинского страхования и по разным программам, в зависимости от профессионального статуса застрахованного. По закону о всеобщем медицинском страховании, для получения такой страховки надо быть постоянным жителем Франции. Плата за страховку зависит от уровня дохода. Медицинская страховка распространяется на всех иждивенцев застрахованного лица.

Основных программ медицинского страхования три:

- **общая программа** (Régime général) охватывает наемных работников торговли и промышленности и их семьи (примерно 84% населения), а также малоимущих, бесплатно застрахованных по закону о всеобщем медицинском страховании (по оценке на 30 ноября 2001 г., таких было 950 000 человек, или 1,6% населения);
- **программа для работников сельского хозяйства** (Mutualité sociale agricole) охватывает фермеров, наемных сельскохозяйственных рабочих и их семьи (примерно 7,2% населения);
- **программа для самостоятельно занятых лиц** (не в сельском хозяйстве) (CANAM) охватывает лиц, занятых индивидуальной трудовой деятельностью, в том числе лиц свободных профессий, например юристов и т. д. (примерно 5% населения).

Есть и другие программы страхования, охватывающие отдельные группы населения, объединенные общей профессиональной принадлежностью. Некоторые из этих программ связаны с общей программой, например, страхование чиновников местных и центральных органов власти, врачей, работающих по официальным тарифам, студентов и военнослужащих. Другие программы (например, для шахтеров, работников государственной железнодорожной компании, духовенства, моряков и служащих национального банка) имеют свои особые формы организации и действуют самостоятельно. Исторически сложилось так, что в регионах Эльзас и Мозель действует особая программа, обеспечивающая лучшее покрытие расходов на лечение и лекарства, но зато и страховые взносы там выше.

Фонды медицинского страхования работают под контролем управления социального обеспечения при одноименном министерстве. С 1996 г. фонды руководят системой государственного медицинского страхования в рамках соглашения о лимитах медицинских расходов и управлении, заключаемого фондами и правительством на срок не менее 3 лет.

Финансирование государственного медицинского страхования

Финансирование государственного медицинского страхования зависит от программы страхования. Программы медицинского страхования (см. раздел «Организационная структура и управление») учитывают демографические особенности страхуемого контингента. С 1946 по 1996 г. социальное обеспечение в целом и медицинское страхование в частности финансировались почти исключительно за счет взносов работников и работодателей. Ве-

личина взносов рассчитывалась как процент от заработной платы; сначала максимальные размеры взносов были ограничены, но затем ограничения были сняты. Позднее страховать стали и получателей пособий (пенсионеров по возрасту и досрочно вышедших на пенсию, а также безработных). Ставки страховых взносов постоянно повышались вдогонку за опережающим ростом медицинских расходов. С 1992 по 1997 г. ставки взносов работодателей держались на уровне 12,8% валовой прибыли, работников — на уровне 6,8% общего заработка до вычета налогов.

С 1998 г. была сделана попытка расширить финансовую базу системы социального обеспечения. С этой целью взносы медицинского страхования, взимаемые с заработной платы, были снижены с 6,8% до 0,75% от общего заработка, но при этом был введен «общий социальный взнос» (CSG) с совокупного дохода. Размеры общего социального взноса зависят от источника дохода. По закону о финансировании социального обеспечения, в 2001 г. ставка общего социального взноса составляла 5,25% для трудовых доходов, капитала и прибыли от игры на бирже и 3,95% для пенсий и других пособий. Доходы фондов медицинского страхования стали меньше зависеть от размеров трудовых доходов, колебаний занятости и заработной платы. Однако, хотя это изменение расширило доходную базу медицинского страхования, его фактические доходы не увеличились.

Новый порядок расчета взносов с работодателей, который мог бы облегчить налоговое бремя в трудоемких отраслях и способствовать увеличению занятости, еще только разрабатывается. Рассмотрено, но пока не принято одно из возможных решений — исчисление взносов работодателей исходя из добавленной стоимости. Чтобы способствовать трудоустройству низкоквалифицированной рабочей силы, закон о финансировании социального обеспечения в 1999 г. снизил размеры взносов работодателей за низкооплачиваемых работников (около двух третей работников). Закон 1999 г. ввел налог на доходы компаний, загрязняющих окружающую среду, оборот которых превышает 50 млн франков. Закон о финансировании социального обеспечения в 2001 г. уменьшил ставку общего социального взноса для лиц с низким уровнем трудовых доходов.

В табл. 3 представлена структура доходов системы государственного медицинского страхования в 2000 г. Взносы работодателей, работников и общие социальные взносы составили 87,8% всех доходов. Остальная часть доходов — преимущественно государственные субсидии и целевые налоги (на автомашины, алкоголь и табак). Фармацевтическая промышленность вносит свой вклад главным образом в виде налога на рекламу. Если сравнивать с 1990 г., то наиболее заметным отличием в финансировании медицинского страхования в 2000 г. является замена большей части отчислений с заработной платы на общий социальный налог.

Изменение доходной базы государственного медицинского страхования (в результате введения всеобщего медицинского страхования на основании проживания в стране, а не трудовой занятости, а также почти полной замены трудового дохода на совокупный в качестве базы для исчисления страховых взносов) отвечает новой роли парламента в управлении финансиру-

Таблица 3. Доходы системы государственного медицинского страхования (общая программа) в 1990 и 2000 гг.

	1990		2000	
	млн евро	%	млн евро	%
Взносы работников	20,1	32,2	3,4	3,4
Взносы работодателей ^а	39,3	63,1	49,8	51,1
Всего взносов	59,4	95,2	53,2	54,5
Общий социальный налог	0,0	0,0	33,8	34,6
Специальные налоги (на машины, табак, алкоголь)	1,0	1,6	3,3	3,3
Налоги на фармацевтические предприятия	0,0	0,0	0,7	0,8
Всего налогов	1,0	1,6	37,8	38,7
Государственная компенсация фондам за потерю взносов ^б	0,3	0,5	4,8	4,9
Перераспределение средств между страховыми программами	0,7	1,1	0,3	0,3
Прочие	1,0	1,5	1,5	1,6
Общий доход	62,3	100,0	97,6	100,0

Источник: Комиссия по счетам социального обеспечения, 2001.

^а Включая взносы, уплаченные страховыми фондами за врачей; ^б Компенсация из госбюджета фондам медицинского страхования за потерю взносов, напрямую связанную с решениями в области экономической политики.

нием здравоохранения, а также возрастанию роли правительства в руководстве здравоохранением. Расширение полномочий парламента и правительства происходит за счет сужения полномочий фондов медицинского страхования.

Набор медицинских услуг

Общие правила возмещения расходов на медицинское обслуживание

На возмещение платы за медицинское обслуживание приходится 84,9% расходов фондов государственного медицинского страхования. Возмещение, обычно частичное, выплачивается застрахованным лицам или производителям услуг. Остальные 15,1% расходов приходятся на выплату страховых пособий по беременности и родам, по болезни, в связи с производственными травмами, а также пенсий по инвалидности.

Хотя государственное медицинское страхование гарантирует всему населению широкий доступ к медицинским услугам и лекарственным средствам, оно покрывает лишь три четверти общих затрат на здравоохранение. В основе правил возмещения затрат лежат нескольких общих принципов:

Франция

- застрахованный может обращаться к любому зарегистрированному врачу по своему выбору;
- условия возмещения не ограничивают объем потребления услуг и лекарств;
- врачи обладают большой свободой в назначении лечения, хотя и должны придерживаться официальных рекомендаций (см. раздел «Амбулаторная медицинская помощь»).

Чтобы расходы на диагностические услуги, лечение, лекарства и протезы были возмещены, эти услуги и товары должны быть

- оказаны или назначены врачом, стоматологом или акушеркой и приобретены у работников здравоохранения или в учреждениях, зарегистрированных системой государственного медицинского страхования;
- включены в действующие перечни медицинских услуг или препаратов и материалов, расходы на которые подлежат возмещению.

Сумма возмещения, выплачиваемого государственной системой медицинского страхования, рассчитывается для каждого товара или услуги умножением официальной цены или тарифа на ставку возмещения.

Как правило, больные сами платят производителям услуг, а затем обращаются в свой страховой фонд за частичным или полным возмещением расходов. Это не относится к стационарному лечению (страховые фонды напрямую оплачивают услуги больниц) и к любому лечению тех, кто бесплатно застрахован по закону об всеобщем медицинском страховании. Кроме того, фонды медицинского страхования все чаще напрямую расплачиваются за амбулаторное лечение, в частности за лекарства и услуги лабораторий.

В следующих разделах раскрываются изложенные выше общие принципы, рассказывается о том, какие расходы возмещаются фондами государственного медицинского страхования, а какие — нет, и приводится подробная информация об уровнях возмещения затрат на разные виды медицинских услуг и лекарственных средств.

Возмещаемые расходы

Система медицинского страхования возмещает расходы на следующие медицинские услуги и лекарственные средства:

- стоимость лечения в государственных и частных больницах, в том числе восстановительного и физиотерапевтического;
- амбулаторные услуги врачей общей практики, специалистов, зубных врачей и акушеров;
- диагностические и лечебные услуги, назначенные врачом и выполняемые лаборантами, медицинскими сестрами, физиотерапевтами, логопедами и т. д.;
- стоимость лекарственных средств, медицинских приспособлений и протезов, назначенных врачом и включенных в перечень медицинской продукции, расходы на которую подлежат возмещению;
- транспортировка больного (по распоряжению врача).

Первоначально предполагалось, что фонды медицинского страхования прежде всего будут оплачивать медицинскую помощь при заболеваниях и несчастных случаях. Однако все чаще они возмещают расходы и на профилактику. В первую очередь это относится к профилактическим услугам врачей, таким как маммография, исследования мазков с шейки матки и другие. Возмещаются также расходы на обязательные и рекомендуемые прививки, бесплатно оказывается помощь беременным и новорожденным. Оплата совместных действий частнопрактикующих медиков по укреплению здоровья или профилактике заболеваний не предусмотрена.

Государственное медицинское страхование не распространяется на косметические операции, большинство видов термотерапии, а также на некоторые услуги неподтвержденной эффективности. Из-за нехватки средств приходится делать выбор в пользу одних процедур в ущерб другим. В результате расходы на некоторые услуги не возмещаются (например, на профилактическую денситометрию костей в частном секторе) или ограничивается потребление услуг (например, частота профилактических маммографических обследований).

Для возмещения расходов на некоторые виды лечения, такие как физио- и термотерапия, назначения врача недостаточно. Необходимо также подтверждение врачом-консультантом страхового фонда обоснованности назначения. Консультант принимает решение, изучив историю болезни и, в некоторых случаях, побеседовав с больным.

Ставки возмещения

На каждый вид услуг или товаров, расходы на которые возмещаются фондами государственного медицинского страхования, установлена своя официальная цена. Именно эта цена используется при расчете положенной больному компенсации даже в том случае, если фактическая цена выше официальной.

Как правило, по государственной медицинской страховке возмещается лишь часть стоимости лечения (частичное возмещение). Остальную часть оплачивает больной (совместный платеж). Доля стоимости лечения, покрываемая больным, зависит от вида лечения: для амбулаторного лечения и лекарственных средств она выше, чем для стационарного лечения.

В некоторых случаях больные освобождаются от совместных платежей и их страховой фонд полностью оплачивает их лечение. Существует три причины освобождения от совместных платежей:

- по состоянию здоровья; в частности, если застрахованный болен одним из 30 определенных хронических заболеваний (например, диабетом, СПИДом, онкологическим или психическим заболеванием) или одним или несколькими заболеваниями, приведшими к нетрудоспособности;
- в связи с характером проводимого лечения: определенные виды стационарного лечения и лечение бесплодия бесплатны для больного;
- в связи с конкретными обстоятельствами, например медицинская помощь при производственных травмах, беременности, лечение детей-инвалидов и другое.

Малообеспеченные не освобождаются от совместных платежей. Однако, по закону о всеобщем медицинском страховании, малообеспеченным бесплатно предоставляется дополнительное добровольное медицинское страхование, что фактически равноценно такому освобождению (см. ниже).

Разницу между фактической ценой и компенсацией по государственной медицинской страховке (т. е. долю больного в оплате услуги, а также разницу между фактической и официальной ценами) покрывает больной или, если он застрахован дополнительно, страховая компания.

Чтобы определить фактический уровень возмещения расходов на медицинские услуги, мало знать лишь то, какую часть платит больной. Надо учесть и случаи освобождения от платежей, и случаи превышения официальных тарифов (см. табл. 4). Например, обычно фонды медицинского страхования возмещают 70% стоимости посещения врача по официальному тарифу (колонка 1). С учетом случаев освобождения от платы, фактический уровень возмещения увеличивается до 81% от того же тарифа (колонка 2). Но если учесть, что некоторые врачи имеют право брать плату выше установленных тарифов и то, что расходы на некоторые виды лечения не возмещаются, то окончательная цифра составит 75% (колонка 3).

До вступления в силу закона о всеобщем медицинском страховании люди с низкими доходами, реже имевшие дополнительную медицинскую страховку, несли относительно высокие расходы. Например, в 1997 г. человек с годовым доходом менее 5400 евро тратил на лечение в среднем 193 евро, которые не возмещались по государственной медицинской страховке (Alignon et al, 2001)¹. В отсутствие дополнительной страховки он был вынужден сам нести эти расходы.

Таблица 4. Уровень возмещения расходов на медицинские услуги в 1999—2000 гг., % от общей стоимости

	Теоретический средний уровень	Фактический средний уровень	Окончательный средний уровень
Амбулаторная помощь	70	81	75,0
Стоматологическая помощь	70	73	34,9
Вспомогательные медицинские услуги	60	92	79,0
Лабораторные исследования	60	77	73,3
Лекарственные средства	35, 65, 100	73	61,5
Стационарное лечение	80	—	90,2

Источник: Агентство социального обеспечения (Национальный фонд медицинского страхования наемных работников, Счета здравоохранения, Direktorat исследований, анализа, оценки и статистики).

¹ Соответствующая средняя сумма для всего населения — 279 евро.

Оплата услуг страховыми фондами

Как правило, больные сами оплачивают медицинские услуги и лекарства, а затем получают возмещение от фонда государственного медицинского страхования. Однако в тех случаях, когда больные освобождаются от предварительной прямой оплаты, страховые фонды расплачиваются непосредственно с производителями услуг. Такая прямая оплата медицинских услуг страховым фондом называется «оплатой лечения третьими лицами» (tiers payant). Фонды напрямую оплачивают лечение льготных категорий по закону о всеобщем медицинском страховании, лиц, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве, а также госпитализированных больных. Этот способ может применяться для частичной или полной оплаты лабораторных анализов, лекарств, лечения в больницах и амбулаторных клиниках, лечения и дорогостоящих обследований у некоторых врачей. Фонды государственного медицинского страхования оплачивают 75% расходов на медицинскую помощь.

Возмещение расходов на лечение

Стационарное лечение

Фонды медицинского страхования оплачивают лечение в стационаре исходя из фиксированной платы за койко-день. В государственных больницах в эту плату включены все предоставляемые услуги. В частном коммерческом секторе счета за услуги врачей и другие услуги (например, изготовление протезов) выписываются и возмещаются отдельно.

Обычно ставка возмещения за лечение в стационаре составляет 80%, но иногда достигает 100% (т. е. без соплатежа). Полное возмещение выплачивается в следующих случаях:

- стационарное лечение после 31 дня госпитализации;
- обширные операции (например, аппендэктомия);
- услуги по охране материнства и младенчества. В этих случаях медицинские страховые фонды обычно полностью оплачивают лечение, но больным все же приходится вносить суточную плату в размере 10,67 евро за содержание в больнице.

Система медицинского страхования частично, по фиксированным ставкам, финансирует стационарное лечение лиц, проживающих в домах престарелых.

Амбулаторные услуги частнопрактикующих врачей

Расходы на услуги частнопрактикующих врачей (общей практики или специалистов), дантистов, медицинских работников нелечебных специальностей, лаборантов и т. д. подлежат возмещению, если эти услуги включены в официальные перечни, подготовленные специальным постоянным комитетом, в рамках которого сотрудничают представители системы государственного медицинского страхования и профессиональных объединений медиков.

Фонды медицинского страхования и представители медицинских профсоюзов от каждой профессии согласовывают условные цены, используемые при расчете тарифов услуги (см. раздел «Финансовое регулирование и управление»).

Ставки возмещения на услуги врачей и дантистов составляют 70%, на услуги медицинских работников нелечебных специальностей и лабораторные анализы — 60% (см. табл. 4). Расходы на услуги медицинских работников нелечебных специальностей и лабораторные анализы возмещаются при наличии направления врача.

Лекарственные средства

Фонды государственного медицинского страхования возмещают расходы лишь на те лекарства, которые были назначены врачом, дантистом или акушером и включены в один из базовых перечней, которые готовит и обновляет Экономический комитет по медицинской продукции.

Для большинства лекарств ставка возмещения равна 65%. Стоимость дорогих и жизненно важных препаратов возмещается полностью, а стоимость менее необходимых лекарств — на 35%. Если учесть структуру потребления лекарств, расходы на которые возмещаются, в том числе полностью (т. е. бесплатны для больного), то средняя ставка возмещения расходов на лекарства составит 73%.

Страховые фонды возмещают расходы на медицинские устройства и протезы, включенные в специальный перечень, утверждаемый приказом правительства. Часто фактические цены (например, на очки, зубные протезы, слуховые аппараты) намного выше официальных, поэтому возмещается лишь небольшая часть расходов.

Дополнительные источники финансирования

Добровольное медицинское страхование

Система государственного медицинского страхования лишь частично возмещает расходы на медицинскую помощь. Разницу между фактической стоимостью услуги и суммой возмещения покрывает либо сам пользователь, либо страховой фонд, с которым он, как правило добровольно, заключил договор о дополнительном добровольном медицинском страховании. В 2000 г. 75,5% всех расходов на здравоохранение покрыли фонды государственного медицинского страхования, 12,4% — фонды дополнительного медицинского страхования и 11,1% пришлось на долю прямых платежей населения.

Дополнительная медицинская страховка обычно служит для покрытия разницы между фактической стоимостью услуги и возмещением, выплачиваемым системой государственного медицинского страхования. В зависимости от условий страхового договора, эта разница может возмещаться частично или полностью, включая превышение официального тарифа.

Услуги по дополнительному добровольному медицинскому страхованию оказывают три вида организаций:

- общества взаимного страхования;
- частные коммерческие страховые компании;
- фонды социально-страхового обеспечения.

Общества взаимного страхования — некоммерческие организации. Государство регулирует юридические и финансовые стороны их работы с помощью законодательства о взаимном страховании. Страховые компании — коммерческие предприятия, руководствующиеся в своей работе страховым кодексом. И, наконец, фондами социально-страхового обеспечения совместно управляют профсоюзы работников и работодатели в соответствии с законодательством о социальном обеспечении. В последние годы дополнительное добровольное медицинское страхование быстро развивается. Это связано с растущим спросом на более полное покрытие медицинских расходов и медленным, но ощутимым сокращением доли затрат, возмещаемых системой государственного страхования. В 1960 г. дополнительно было застраховано 33% населения, в 1970 г. — 50%, в 2000 г. — 86%. В том же 2000 г. премии добровольного медицинского страхования составили 12,4% общих расходов на здравоохранение. Эта цифра выросла после 2000 г., когда закон о всеобщем медицинском страховании гарантировал бесплатное дополнительное добровольное медицинское страхование лицам с низкими доходами (для одиноких низким считается среднемесячный доход менее 550 евро). В декабре 2001 г. по этому закону было застраховано 4,3 млн человек. 43% застрахованных по программам дополнительного ме-

Таблица 5. Охват различных категорий населения дополнительным добровольным медицинским страхованием в 2000 г., %

Категория населения	Общества взаимного страхования	Фонды обеспечения персонала	Частные страховые компании	Всего
Фермеры	42,8	2,2	44,5	89,3
Промышленные рабочие	43,3	11,9	24,5	82,0
Руководящие работники, научные работники, специалисты	50,2	19,7	20,7	93,5
Промежуточные категории (учителя, управленческий персонал)	58,5	15,3	18,4	94,4
Канторские служащие и т. п.	62,1	8,5	10,5	85,2
Работники торговли	43,4	5,1	14,2	69,2
— квалифицированные	47,9	17,1	14,6	84,0
— неквалифицированные	43,8	11,3	12,8	71,8
Итого	50,4	14,0	17,6	85,7

Источник: Центр исследований и документации по экономике здравоохранения (CREDES) 2000 г.

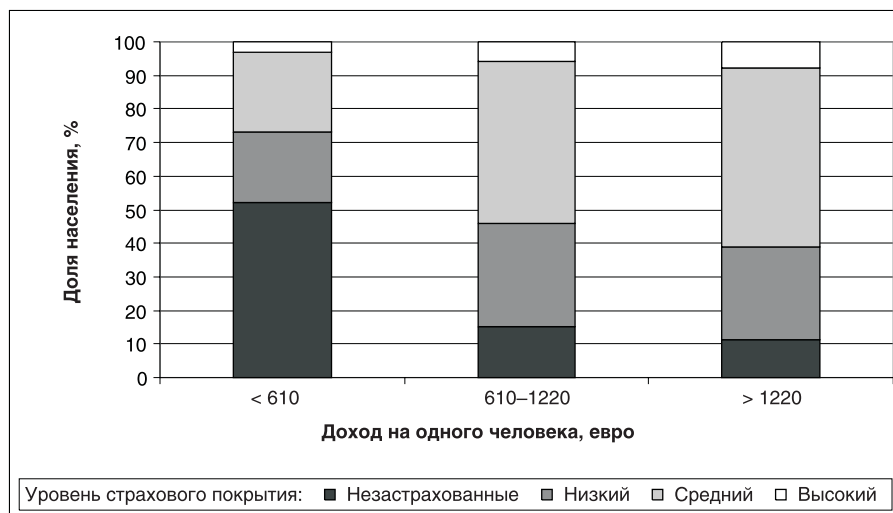
Примечание: общая цифра может не совпадать с суммой значений в трех остальных колонках, отчасти из-за множественного страхования, отчасти из-за того, что тип договора не известен.

Франция

дицинского страхования сделали это по собственной инициативе. Остальная (большая) часть были застрахованы на работе, не всегда добровольно, в соответствии с коллективными договорами, которые работодатели или профсоюзы заключают со страховщиками от имени всех своих сотрудников или всех членов профсоюза. Как правило, уровень охвата дополнительным добровольным медицинским страхованием зависит от трудового статуса. Так, наемные работники и пенсионеры бывают застрахованы чаще, чем безработные и другие неработающие лица, низкоквалифицированные работники — реже, чем управленческий персонал и служащие (см. табл. 5). Как видно из рис. 4, качество дополнительного покрытия тоже зависит от социального положения и уровня дохода застрахованного. Большая часть всех договоров о добровольном медицинском страховании (59%) приходится на долю обществ взаимного страхования. Они покрывают 7,5% общих расходов на здравоохранение. На долю частных страховых компаний приходится 21% договоров и 2,8% расходов, на долю фондов социально-страхового обеспечения — соответственно 16% и 2,1%.

Клиентура каждого из этих трех видов организаций имеет свои демографические и социальные особенности. Среди клиентов обществ взаимного страхования много лиц пожилого возраста и женщин, конторских служащих и специалистов среднего звена. Фермеры и лица свободных профессий чаще пользуются услугами частных страховых компаний, а низкоквалифици-

Рисунок 4. Охват населения дополнительным добровольным медицинским страхованием в зависимости от уровня доходов



Источник: Vocognano et al 2000 г.

цированные рабочие и старший руководящий персонал страхуются в фондах социально-страхового обеспечения (см. табл. 5).

Условия возмещения у разных страховщиков могут отличаться. Размеры возмещения по дополнительной медицинской страховке зависят от вида лечения. Чем больше доля расходов, возмещаемая по государственной страховке, тем меньше возмещение по дополнительной страховке, и наоборот. В 2000 г. из средств дополнительного добровольного медицинского страхования было покрыто 3,7% расходов на стационарное лечение, 21,9% стоимости очков и протезов, 18,6% стоимости лекарств и 35,9% расходов на стоматологическое лечение (см. табл. 9).

Платежи пользователей

Пользователи вносят свой вклад в финансирование здравоохранения, поскольку обычно они напрямую оплачивают услуги производителя, а система государственного медицинского страхования редко полностью возмещает эти расходы. Больные из своего кармана платят за лекарства и услуги, расходы на которые не возмещаются по государственной медицинской страховке (например, за безрецептурные лекарственные средства), и покрывают разницу между фактической стоимостью и страховой компенсацией.

В 2000 г. прямые платежи населения составили 11,1% всех расходов на здравоохранение. Доля этих платежей в расходах на очки и протезирование (35,7%), стоматологическое лечение (28,7%) и лекарства (17,9%) гораздо выше, чем в расходах на стационарное лечение (5,2%). В абсолютном выражении больше всего население платит за лекарства (4,4 млрд евро в 2000 г.), затем следуют расходы на стационарное лечение (2,9 млрд евро), протезирование (2,3 млрд евро) и стоматологическое лечение (1,8 млрд евро). Если сопоставить эти цифры с данными о том, сколько пациентов воспользовалось каждым видом медицинской помощи, то видно, что в среднем пациенты (3,2% населения в квартал) больше всего платят из своего кармана за стационарное лечение.

Затраты на здравоохранение

Затраты на здравоохранение подлежат ежегодной оценке, утверждаемой Комитетом по счетам здравоохранения. Следует отметить, что не все расходы на медицинское обслуживание в домах престарелых и инвалидов включаются в эти затраты.

Затраты на здравоохранение в 2000 г.

В 2000 г. общие затраты на здравоохранение во Франции составили 140,6 млрд евро, или 10% ВВП (см. табл. 6). На медицинские услуги и товары медицинского назначения израсходовано 122,2 млрд евро, или 86,9% общих затрат на здравоохранение, что соответствует 2020 евро на душу населения. В общие за-

траты входят также расходы на профилактику (2,4%), медицинские исследования (4%), обучение (0,5%) и административные расходы (1,7%).

В том же 2000 г. 72,8% общих затрат на здравоохранение было покрыто за счет средств социального обеспечения, 12% — за счет средств дополнительного добровольного медицинского страхования (7,8% — общества взаимного страхования, 2,4% — частные страховые компании и 1,8% — фонды социально-страхового обеспечения), 9,7% общих затрат составили прямые платежи пользователей и 4,4% поступили из государственного и местных бюджетов (табл. 8). Если рассматривать затраты только на медицинскую помощь, то они на 75,5% были покрыты из средств социального страхования, 11,1% — непосредственно пользователями, 7,5% — обществами взаимного страхования, 2,8% — фондами социально-страхового обеспечения и на 1,1% — правительством и местными органами власти. Данные о расходах пользователей менее точны, чем данные о расходах правительства, местных органов, фондов социального и дополнительного добровольного медицинского страхования, и в действительности расходы пользователей могут быть выше.

Структура общих затрат на медицинские услуги и товары медицинского назначения выглядит следующим образом:

- 46,5% израсходовано на стационарное лечение, из них 45% — на лечение в частных и государственных больницах, 1,5% — на лечение в домах престарелых;
- 26,1% израсходовано на амбулаторное лечение, из них 12,5% — на услуги врачей, 5,3% — на стоматологическую помощь, 5,2% — на услуги медицинских работников нелечебных специальностей, 2,3% — на лабораторные анализы и 0,8% — на термотерапию;
- 20,5% — на лекарства и 5,4% — на прочие товары медицинского назначения (перевязочные материалы, линзы, протезы и т. д.).

В силу ряда причин одной из главных целей реформы здравоохранения яв-

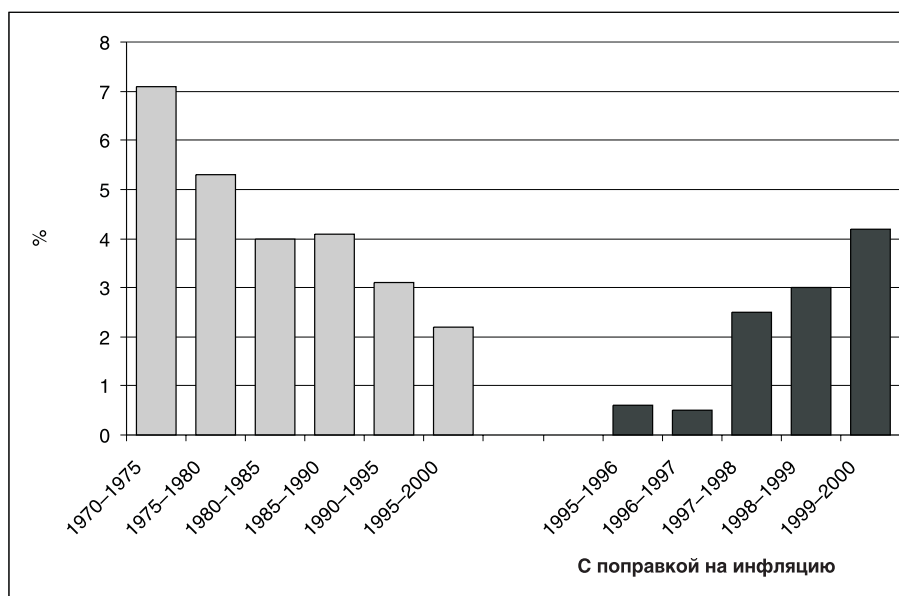
Таблица 6. Динамика расходов на здравоохранение в 1970—2000 г.

	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Расходы в текущих ценах, млрд. евро	7,5	34,6	92,3	119,7	122,2	124,3	128,7	133,7	140,6
— в % ВВП	6,2	8,1	9,1	10,1	10,1	9,9	9,9	9,9	10,0
— на душу населения (в текущих ценах)	974	4212	10405	13218	13441	13632	14057	14544	15225
Индекс стоимости (относительные цены) ^a	33,2	59,8	85,6	100,0	100,6	101,1	103,6	107,1	111,7
Доля финансирования из общественно-государственных источников, %	78,5	80,2	77,8	77,2	77,2	77,3	77,2	77,2	77,2

Источник: Центр исследований и документации по экономике здравоохранения (CREDES), Директорат исследований, анализа, оценки и статистики (DREES), 2001 г.

^a Цены, отнесенные к общему индексу цен.

Рисунок 5. Среднегодовой рост реального потребления медицинских товаров и услуг в 1970—2000 гг.



Источник: Центр исследований и документации по экономике здравоохранения (CREDES), Директорат исследований, анализа, оценки и статистики (DREES), 2001 г.

ляется сдерживание затрат. Во Франции, как и в других странах, уже многие годы расходы на здравоохранение растут быстрее, чем национальное богатство, если не считать периода с 1997 по 1999 г.

По данным Организации экономического сотрудничества и развития, опубликованным в 1998 г., Франция стоит на одиннадцатом месте по уровню подушных расходов на здравоохранение, но на четвертом месте по доле ВВП, расходуемой на здравоохранение. Во Франции соотношение подушных расходов на здравоохранение и национального богатства выше, чем в среднем в других странах. Учитывая размеры национального богатства Франции, она тратит на здравоохранение больше, чем другие страны Организации экономического сотрудничества и развития.

Рост расходов на здравоохранение связан с ростом потребления услуг и ростом цен на эти услуги, который, в свою очередь, связан с общей инфляцией и все более широким применением дорогостоящей аппаратуры. В целом индекс цен в здравоохранении меняется с той же скоростью, что и общий индекс цен, но цены на разные виды лечения растут неравномерно (цены на стационарное лечение растут быстрее, на лекарства — медленнее).

Нельзя не отметить как общую тенденцию (см. рис. 5) замедление роста реальных (т. е. отнесенных к общему индексу цен) расходов на здравоохра-

нение во Франции в последние 25 лет. Правда, в последние три года, с возвратом устойчивого роста экономики, расходы на здравоохранение стали расти быстрее.

Затраты на разные виды медицинской помощи растут неравномерно, и структура общих расходов на здравоохранение постепенно меняется (см. табл. 7). Больничный сектор рос вплоть до начала 1980-х гг., но с тех пор он все время сокращается. Такая тенденция характерна для многих стран и является следствием не только мер французского правительства, направленных на сдерживание расходов на стационарную помощь, но и результатом внедрения новых технологий, позволяющих оказывать в амбулаторных условиях многие виды помощи, которые раньше оказывали больницы.

В других секторах характер изменения затрат был иным. Так, в 1970 г. на долю лекарств приходилось 28% общих затрат на здравоохранение, в 1980 г. — 19,4%, а в 2000 г. — 25%. Такая динамика отражает рост использования ле-

Таблица 7. Структура расходов на здравоохранение в 1970–2000 гг. в % от общих расходов на здравоохранение.

Вид медицинской помощи	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Стационарная помощь	41,9	53,0	49,7	49,2	49,3	49,0	48,2	47,3	46,4
Государственный сектор ^а	30,3	41,2	38,0	38,4	38,4	38,1	38,2	37,8	37,3
Частный сектор	11,6	11,7	11,6	10,8	10,9	10,9	10,0	9,5	9,1
Амбулаторная помощь, в том числе:	29,0	26,3	27,4	26,5	26,5	26,4	26,5	26,4	26,1
Врачи (частная практика)	15,0	11,9	12,8	12,7	12,7	12,7	12,7	12,7	12,5
Дантисты (частная практика)	7,3	6,9	6,1	5,6	5,7	5,7	5,6	5,5	5,3
Нелечебные специальности (частная практика)	3,0	2,8	4,9	5,1	5,2	5,0	5,1	5,2	5,3
Медицинские лаборатории	2,5	2,5	2,7	2,3	2,2	2,0	2,2	2,3	2,3
Медицинские товары, в том числе:	28,0	19,4	21,6	22,9	22,9	23,2	23,9	24,9	25,9
Медикаменты	25,9	17,5	17,9	18,7	18,6	18,8	19,3	19,8	20,5
Транспортировка больных	0,7	1,0	1,3	1,4	1,4	1,3	1,4	1,5	1,5
Расходы на медицинские товары и медицинскую помощь	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Источник: Центр исследований и документации по экономике здравоохранения (CREDES), Direktorat исследований, анализа, оценки и статистики (DREES), 2001 г.

^а Помощь, оказываемая государственными больницами и частными некоммерческими больницами, участвующими в оказании государственной медицинской помощи.

Таблица 8. Структура источников финансирования здравоохранения в 1970—2000 гг. в % от общих расходов на здравоохранение

	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Общественно-государственные источники	78,5	80,2	77,9	77,2	77,1	77,2	77,2	77,4	77,1
Социальное обеспечение	69,3	74,3	73,7	73,0	72,9	72,9	72,9	73,0	72,8
Правительство и местные органы власти	9,2	5,9	4,2	4,2	4,2	4,3	4,3	4,4	4,3
Частные источники	21,5	19,8	22,1	22,8	22,9	22,8	22,8	22,6	22,9
Пользователи				10,6	10,1	10,0	9,8	9,6	9,7
Общества взаимного страхования			12,2	12,8	12,8	13,0	13,0	13,0	
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Источник: Центр исследований и документации по экономике здравоохранения (CREDES), Direktorat исследований, анализа, оценки и статистики (DREES), 2001 г.

Примечание: до 1995 г. расходы сектора добровольного медицинского страхования не выделялись в отдельную позицию в национальных счетах здравоохранения.

карственных средств в качестве альтернативы стационарному лечению, а также появление новых высокоэффективных, но дорогих лекарств.

Доля затрат на амбулаторную медицинскую помощь в общих затратах на здравоохранение остается примерно одинаковой.

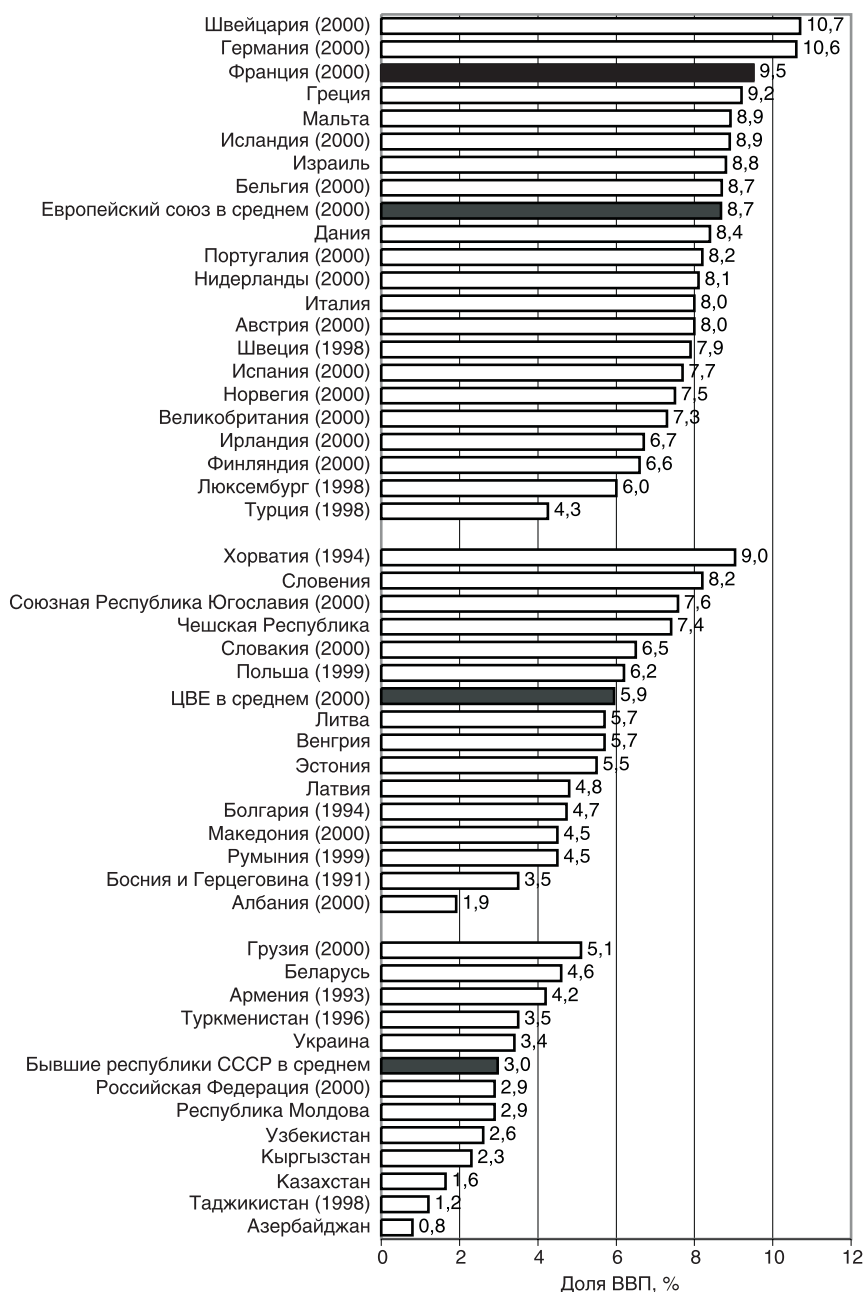
Изменения долевого участия различных источников в финансировании здравоохранения отражают изменение правил, регулирующих объемы страхового покрытия (см. табл. 8). С одной стороны, государство переложило часть расходов на систему государственного медицинского страхования. С другой стороны, уровень возмещения расходов фондами государственного медицинского страхования уменьшился (за счет увеличения соплатежей пользователей), что привело к повышению роли фондов дополнительного добровольного медицинского страхования.

Таблица 9. Структура финансирования здравоохранения в 2000 г.

	млн евро	%	Социальное обеспечение	Центральные и местные органы власти	Общества взаимного страхования	Фонды социально-страхового обеспечения	Частные страховые компании	Расходы населения
Суммарные расходы на медицинские товары и услуги	122 197	100,0	75,5	1,1	7,5	2,1	2,8	11,1
Больницы и лечебные медицинские учреждения	56 821	46,5	90,1	1,0	2,3	0,7	0,7	5,2
Государственные больницы	44 286	36,2	91,1	1,2	1,4	0,4	0,5	5,4
Частные больницы	10 679	8,7	84,1	0,5	6,7	1,7	1,7	5,3
Амбулаторная помощь	31 861	26,1	65,8	1,2	12,7	3,6	5,1	11,7
Услуги врачей	15 324	12,5	74,2	1,4	12,5	3,1	4,8	4,0
Услуги среднего и младшего медперсонала	6 465	5,3	78,9	1,0	6,0	0,9	2,4	10,8
Стоматология	6 430	5,3	34,7	0,6	20,0	7,5	8,4	28,7
Лаборатории	2 789	2,3	72,9	1,3	13,6	3,3	6,1	2,7
Санаторно-курортное лечение	853	0,7	25,1	1,3	9,1	2,7	1,8	60,0
Транспорт	1 873	1,5	94,5	0,1	1,6	0,3	0,7	2,8
Фармацевтическая продукция	31 642	25,9	58,1	1,0	11,7	3,3	4,2	21,6
Лекарства	25 069	20,5	62,4	1,2	11,6	2,8	4,2	17,9
Другая продукция	6 573	5,4	42,0	0,3	12,2	5,2	4,5	35,7

Источник: Центр исследований и документации по экономике здравоохранения (CREDES), Direktorat исследований, анализа, оценки и статистики (DREES), 2001 г.

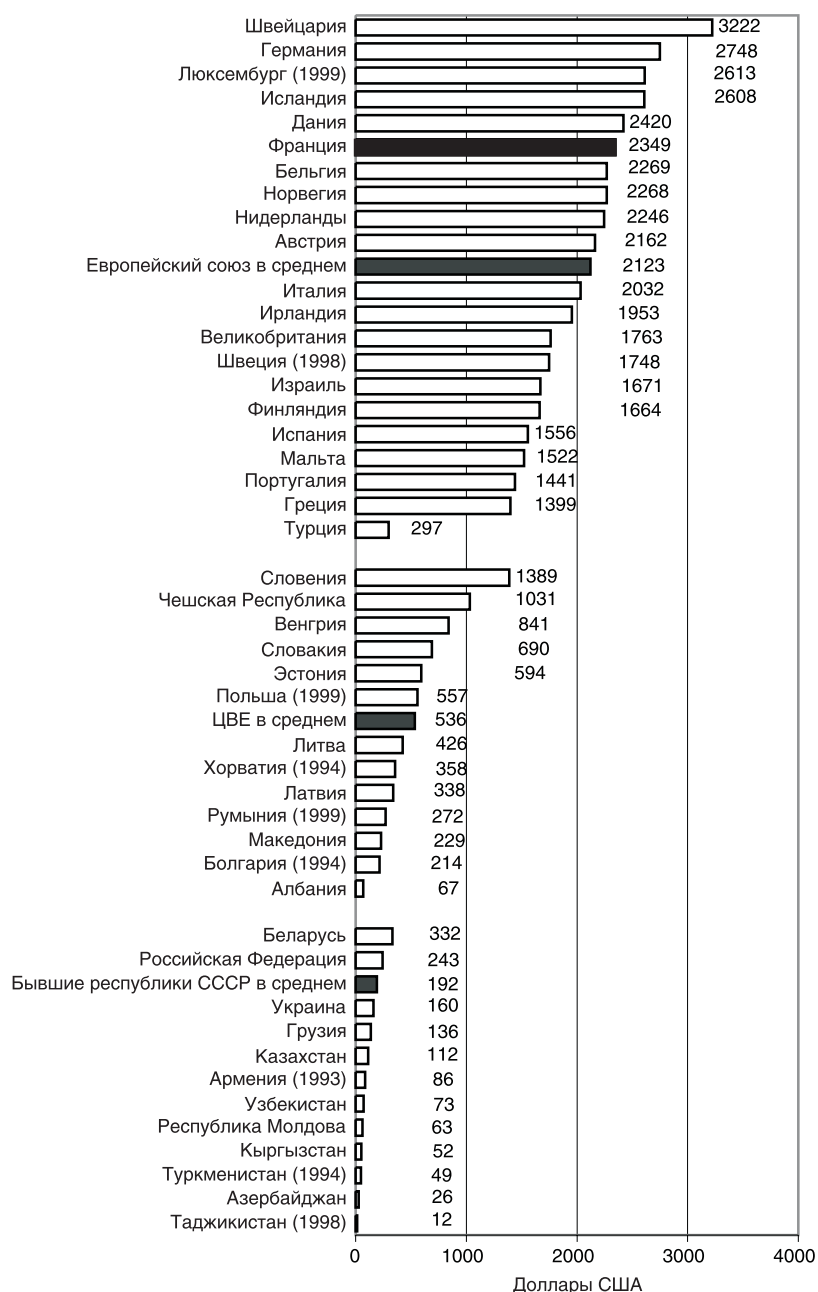
Рисунок 6. Общие затраты на здравоохранение (в % ВВП) в странах Европейского региона ВОЗ в 2001 г. В отсутствие данных за 2001 г. приведены самые последние из имеющихся данных (год указан в скобках).



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

Франция

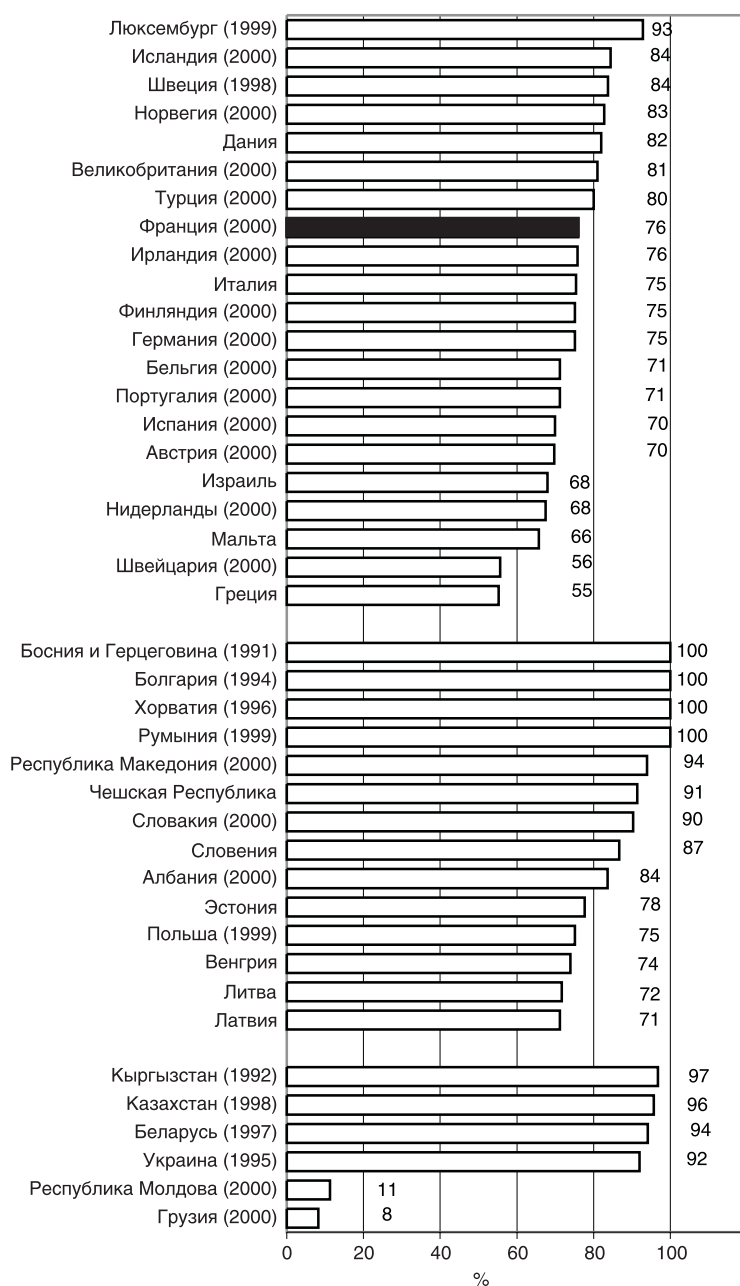
Рисунок 7. Подушные расходы на здравоохранение в странах Европейского региона ВОЗ в 2000 г. В отсутствие данных за 2000 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)



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

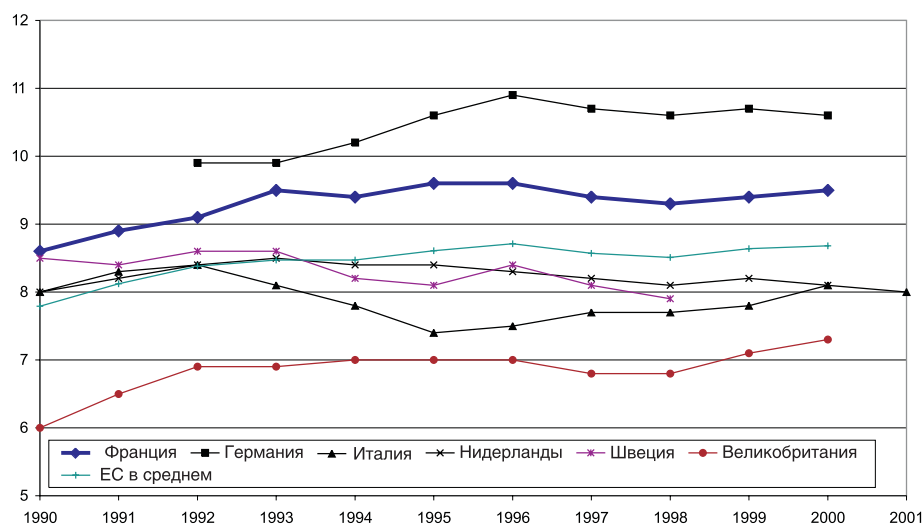
Франция

Рисунок 8. Доля общественных источников в финансировании здравоохранения в странах Европейского региона ВОЗ в 2001 г. В отсутствие данных за 2001 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)



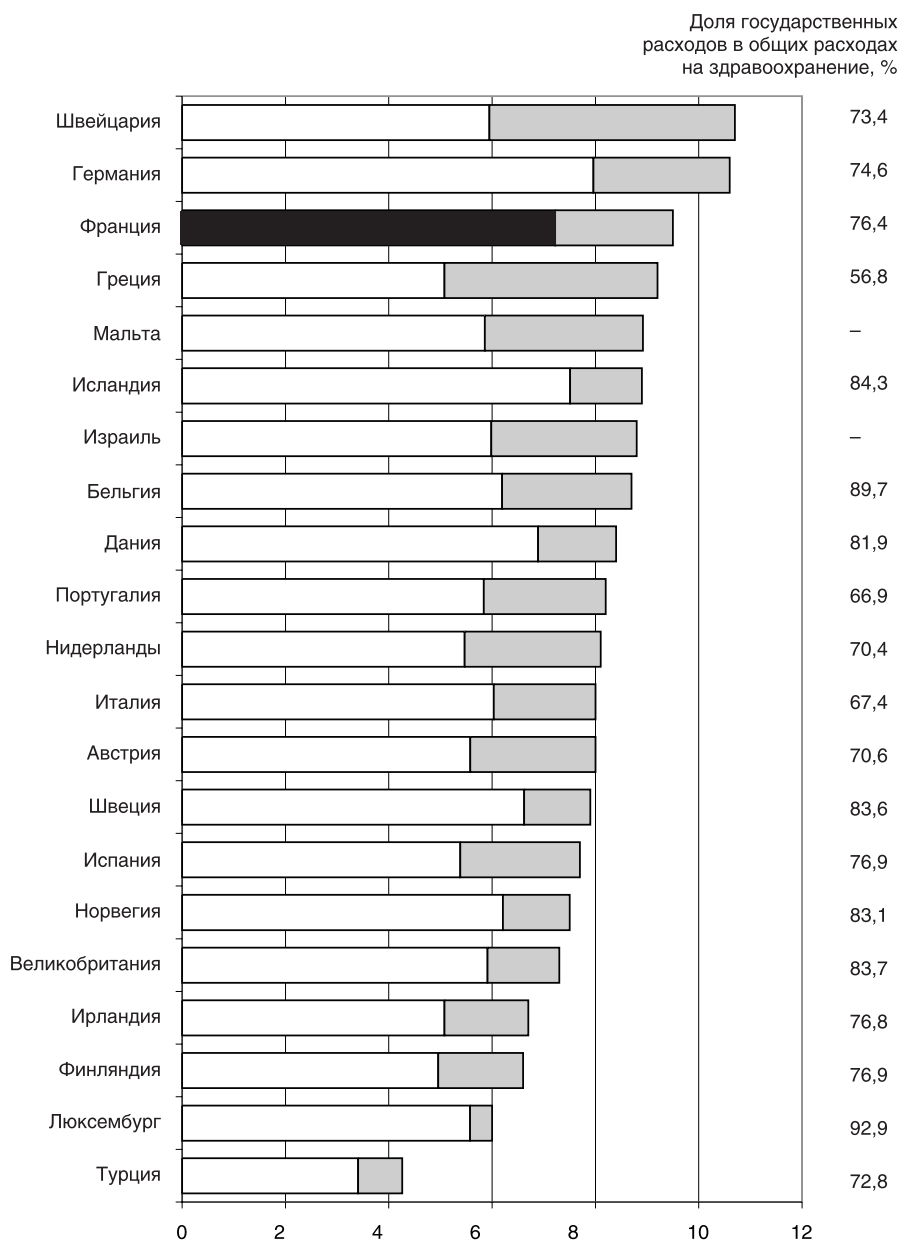
Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

Франция

Рисунок 9. Динамика общих расходов на здравоохранение (% ВВП) во Франции и некоторых других странах в 1990—2001 г.

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

Рисунок 10. Общие и государственные расходы на здравоохранение (% ВВП) в 1998 г.



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ; Организация экономического сотрудничества и развития, 2000 г.

Франция

Медицинское обслуживание

Общественное здравоохранение

В управлении общественным здравоохранением и в практической деятельности в этой сфере задействовано множество сторон и источников финансирования. К тому же распределение функций между различными органами (как правило, это местные органы власти) на бумаге сильно отличается от реальной ситуации, которая во многом зависит от деятельности частнопрактикующих врачей, больниц и других учреждений. Особенно это касается индивидуальной профилактики заболеваний¹.

На основании рекомендаций специализированных агентств правительство выпускает базовые нормативные документы по гигиене окружающей среды. Муниципальные службы отвечают за качественную очистку питьевой воды, контроль качества атмосферного воздуха и уровня шума, вывоз и переработку отходов, защиту от радиации, санитарное состояние жилых зон, пищевую и промышленную гигиену. Если у муниципалитета недостаточно средств для выполнения этих функций, ему помогает управление по здравоохранению и социальным вопросам на уровне региона или департамента.

Закон от 1 июля 1998 г. существенно усилил контроль факторов риска для здоровья, учредив три государственных органа при министерстве здравоохранения. Французское агентство по контролю безопасности пищевых продуктов (AFSSA) занимается оценкой качества и безопасности продуктов питания и проводит исследования в этих областях. Кроме того, оно контролирует выход на рынок ветеринарных лекарственных препаратов. Французское агентство по контролю безопасности продукции для здравоохранения (AFSSAPS) отвечает за научную и экономическую оценку медикаментов и медицинской аппаратуры, лабораторный контроль и контроль рекламы, а также за проверку предприятий-производителей. Кроме того, оно утверждает инструкции по применению лекарств.

¹ Исторически сложилось так, что за медицинское обслуживание населения отвечали фонды медицинского страхования, а за профилактику и санитарно-эпидемиологическую работу — государство.

Национальный институт мониторинга здоровья населения следит за динамикой здоровья населения. Ему поручено выявлять угрозы здоровью населения и сообщать о них государственным органам, собирать и анализировать информацию о рисках для здоровья, участвовать в сборе эпидемиологических данных. В сферу его компетенции входит мониторинг инфекционных, профессиональных и хронических заболеваний (контроль заболеваемости раком и др.), контроль за состоянием окружающей среды.

План иммунизации разрабатывает Главное управление здравоохранения при министерстве здравоохранения с учетом рекомендаций Технического комитета по иммунизации и Высшего совета по общественной гигиене.

Одни прививки являются обязательными, другие лишь рекомендуются¹. Департаменты обеспечивают бесплатную иммунизацию против туберкулеза, однако почти все прививки делают частные врачи. Из-за этого охват населения рекомендуемыми прививками меньше, чем в тех странах, где вакцинацию производят в плановом порядке в государственных медицинских учреждениях (иммунизацией против кори во Франции охвачено 83% детей в возрасте 2 лет) (см. рис. 13). Расходы на обязательную и рекомендуемую вакцинацию возмещают фонды государственного медицинского страхования.

Охрану материнства и младенчества полностью финансирует система государственного медицинского страхования. Такую помощь можно получить у частнопрактикующих врачей и в медицинских учреждениях. Департаменты обеспечивают наблюдение за здоровьем детей, уделяя особое внимание семьям, находящимся в затруднительных обстоятельствах. Они также отвечают за медицинские консультации, профилактику и меры социальной поддержки для детей в возрасте до 6 лет, а также за ведение необходимой медицинской документации детей.

Министерство образования организует медицинское обслуживание и проведение плановых медицинских мероприятий в школах.

За профилактику и диагностику заболеваний, передающихся половым путем, отвечают генеральные советы (уровень департамента). Они обеспечивают бесплатные анонимные обследования для выявления определенных заболеваний. В финансировании обследований на ВИЧ/СПИД участвует система государственного медицинского страхования.

Кроме того, департаменты, по закону, отвечают за проведение массовых обследований по выявлению рака, но на практике эти обследования выполняются в системе здравоохранения (преимущественно частнопрактикующими врачами) и лишь в незначительной степени — медицинскими службами департамента. Тем не менее в течение нескольких лет систематически проводятся обследования тех групп риска, которые редко обследуются по собственной инициативе. До недавнего времени такие программы по выявлению рака молочной железы (маммография каждые два года для женщин в

¹ Обязательные прививки: столбняк, дифтерия и полиомиелит — для детей до полутора лет, БЦЖ — перед помещением ребенка в детское дошкольное учреждение или школу, специальные вакцинации, связанные с профессиональным риском. Рекомендуемые прививки: корь, краснуха, свинка и менингит.

возрасте от 50 до 74 лет) и рака толстой кишки (посев крови — для лиц старше 50 лет) проводились лишь в нескольких регионах. Планируется распространить эти программы на всю страну (программу по выявлению рака молочной железы — в 2002 г.). В 2003 г. принята новая широкая программа по выявлению онкологических заболеваний, для осуществления которой создается Национальный институт рака.

Разные генеральные советы по-разному относятся к выполнению своих функций по профилактике и выявлению заболеваний: где-то ограничиваются минимумом, а где-то проводят кампании и осуществляют программы активной профилактики.

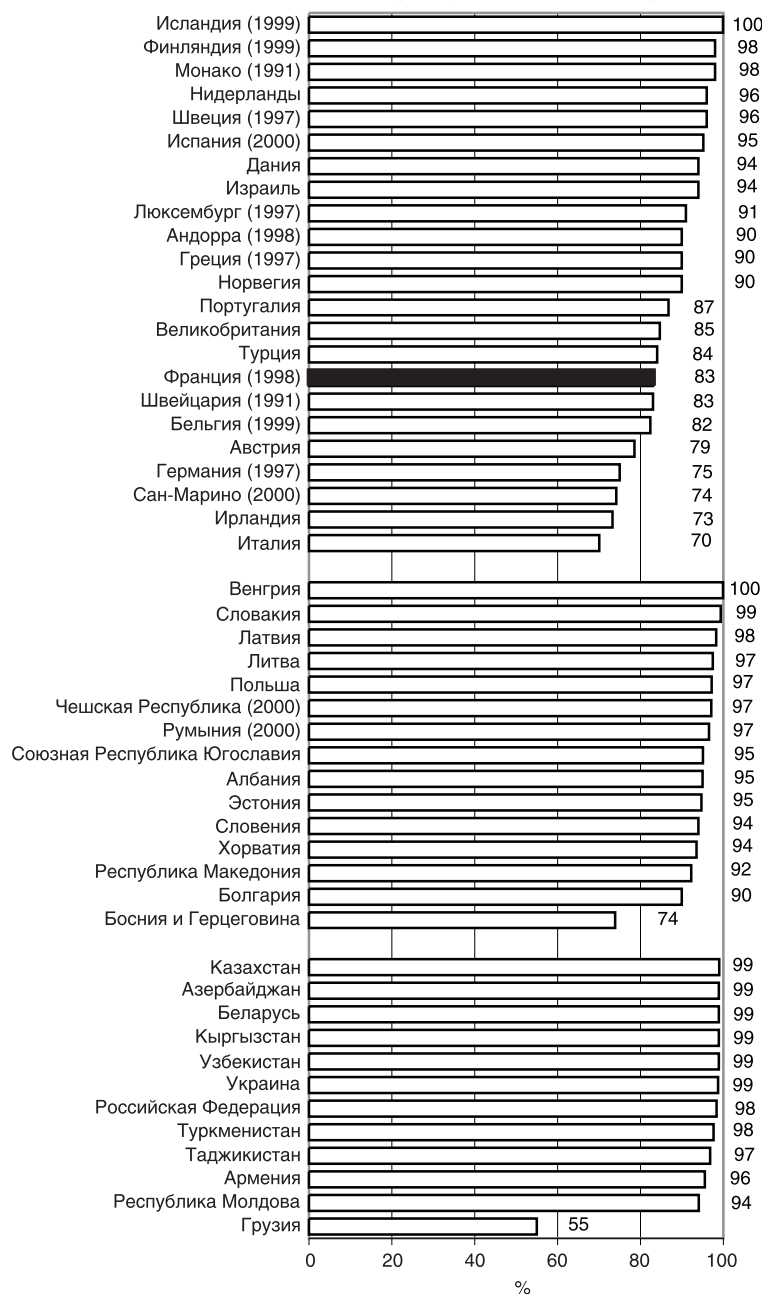
Департаменты отвечают также за борьбу с распространением алкоголизма и наркомании, но значительная часть индивидуальной, первичной и вторичной профилактики в этой области осуществляется частнопрактикующими врачами, медицинскими учреждениями и различными ассоциациями.

Следует отметить, что примерно в 200 крупных муниципалитетах местные службы здравоохранения усилили работу в области иммунизации, укрепления здоровья и борьбы со злоупотреблением алкоголем и наркотиками. Индивидуальные профилактические обследования, в первую очередь для групп риска, обеспечивают фонды медицинского страхования.

Правительство, органы социального обеспечения и другие компетентные органы определяют меры по охране здоровья на рабочем месте, исходя из рекомендаций ученых и специалистов Национального агентства по улучшению условий работы, Национального института исследований и безопасности и других специализированных организаций. Профилактикой профессиональных заболеваний и производственного травматизма занимаются три вида организаций. Службы охраны труда (местные службы министерства труда) следят за соблюдением санитарно-гигиенических норм, правил техники безопасности и условий труда. Каждый работодатель обязан обеспечить соблюдение всех этих норм и правил на своем предприятии, а комитеты по гигиене, безопасности и условиям труда, представляющие работников крупных предприятий, оценивают безопасность на рабочем месте и дают свое заключение относительно условий и организации работы. Компенсации пострадавшим выплачивает специальный отдел фонда медицинского страхования, занимающийся производственным травматизмом и профессиональными заболеваниями. И, наконец, медико-санитарные службы предприятий обеспечивают регулярное медицинское наблюдение персонала, профилактику профессиональных заболеваний и правильную организацию рабочих мест. В 2000 г. в 1327 подобных службах работало 6500 врачей. Крупные предприятия имеют собственные медико-санитарные службы, более мелкие фирмы кооперируются, чтобы организовать такие службы.

Пропагандой здорового образа жизни и санитарным просвещением занимаются самые разные организации. В государственном секторе министерство здравоохранения проводит национальные кампании, а региональные управления по здравоохранению и социальным вопросам осуществляют региональные программы по укреплению здоровья населения. На уров-

Рисунок 11. Охват населения иммунизацией против кори в странах Европейского региона ВОЗ в 2001 г. В отсутствие данных за 2001 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)



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

Франция

не департамента местные управления по здравоохранению и социальным вопросам занимаются охраной психического здоровья, борьбой с распространением алкоголизма и ВИЧ-инфекции. Институт профилактики и санитарного просвещения (бывший Комитет по санитарному просвещению) реализует программы профилактики на уровне страны. Ему помогают в работе 117 комитетов в регионах и департаментах. Национальный комитет по здравоохранению при министерстве здравоохранения, созданный в 1991 г., отвечает за совершенствование контроля за состоянием здоровья населения и ежегодно представляет доклад Национальной конференции по здравоохранению и парламенту. Фонды медицинского страхования ведут работу по предотвращению несчастных случаев в быту. Министр транспорта отвечает за профилактику дорожно-транспортного травматизма.

В 1990-х гг. стала очевидна необходимость усиления работы в области общественного здравоохранения. Теперь региональные конференции по здравоохранению определяют для своих регионов первоочередные задачи в этой области.

Большое число источников финансирования, отсутствие четкого распределения функций и несогласованность действий многочисленных исполнителей плохо сказываются на общей эффективности их усилий. Законопроект об общественном здравоохранении, обсуждавшийся парламентом в 2003 г., предусматривает проведение более широкомасштабной и действенной политики в области общественного здравоохранения. В нем ставится около сотни задач на пятилетний период и предлагается осуществить в 2004—2008 гг. пять национальных программ (по профилактике рака, борьбе с неправильным образом жизни и вредными привычками, гигиене и охране окружающей среды, лечению редких заболеваний, повышению качества жизни хронических больных). В законопроекте дается более четкое распределение обязанностей в сфере общественного здравоохранения, при этом часть полномочий передается на региональный уровень, а для их осуществления предлагается создать «общественные ассоциации», объединяющие все стороны, действующие в сфере общественного здравоохранения в регионе.

Первичное и специализированное амбулаторное медицинское обслуживание

Первичную и специализированную медицинскую помощь, не требующую госпитализации, оказывают частнопрактикующие врачи, дантисты, медицинские работники нелечебных специальностей и, в меньшей степени, врачи, работающие по найму в больницах и поликлиниках. На долю больниц приходится примерно 15% всех амбулаторных консультаций. Амбулаторную помощь, хотя и в меньших масштабах, оказывают также около 1000 поликлиник, принадлежащих местным органам власти или обществам взаимного страхования, и некоторые организации, предоставляющие бесплатное лечение неимущим.

Почти все частнопрактикующие медики работают в соответствии с рамочными национальными соглашениями, заключенными представителями медиков с фондами медицинского страхования¹. Эти соглашения были подписаны четыре или пять лет назад и содержат ряд положений, касающихся условий медицинской практики, и перечень официальных тарифов на медицинские услуги (в приложении). Тем не менее примерно четверти врачей, работающих по этому соглашению, разрешено брать более высокую плату за услуги. Это врачи так называемого «второго сектора» (24%) (см. ниже), а также врачи, до сих пор пользующиеся полученным в прошлом правом брать плату выше установленной (1,5%).

Как правило, больные напрямую оплачивают медицинские услуги, а затем получают от своего страхового фонда возмещение в установленном размере (см. раздел «Финансирование и затраты»).

Амбулаторная медицинская помощь

Амбулаторную медицинскую помощь в основном оказывают частнопрактикующие врачи (как врачи общей практики, так и специалисты), большинство из которых работает в одиночку. Лишь 38% врачей объединяются в группы; обычно это врачи общей практики, стремящиеся таким образом обеспечить удобные часы приема для пациентов, или специалисты, использующие в работе дорогостоящее оборудование.

Национальное соглашение между врачами и медицинскими страховыми фондами позволяет некоторым врачам брать за свои услуги плату выше официальных тарифов. Этой возможностью пользуются 15% врачей общей практики и 35% специалистов. Они составляют так называемый «второй сектор». При введении второго сектора (в 1980 г.) в него мог вступить любой врач, но впоследствии доступ в него был ограничен. Сейчас для работы во втором секторе врач должен обладать определенной квалификацией.

Большую часть времени врачи общей практики ведут амбулаторный прием пациентов, посещения больных на дому занимают 25% их рабочего времени. За год врач общей практики лечит в среднем 1400 пациентов и проводит около 4800 консультаций и посещений на дому. Французы обращаются к врачу общей практики в среднем 4,7 раза в год (они могут обращаться к разным врачам общей практики).

Характер работы частнопрактикующих врачей-специалистов сильно зависит от специализации. Работа специалистов на 55% заключается в консультировании больных, а остальное приходится на диагностические и лечебные процедуры (например, хирургическое лечение в частных коммерческих больницах).

¹ Врачи имеют право работать вне рамок этого соглашения. В таком случае они сами устанавливают цены на свои услуги, но их пациенты не получают почти никакого возмещения от фондов государственного медицинского страхования. Сейчас так работают лишь 0,5% частных врачей.

Больные свободны в выборе врача любой специальности и не нуждаются в направлении от врача общей практики для того, чтобы проконсультироваться у специалиста.

Территориальная доступность медицинской помощи

Свобода врачей в выборе места работы способствовала неравномерному распределению врачей по территории страны. На региональном уровне обеспеченность населения врачами общей практики отличается в 1—1,5 раза, специалистами — в 1—2,2 раза, причем эти диспропорции не связаны с разными потребностями в медицинской помощи. На севере Франции врачей меньше, чем в более привлекательных южных районах и в Париже (хотя в северных районах здоровье населения хуже, а смертность выше). Внутри регионов еще более резкие различия между городом и деревней, а в городских районах — между центром и окраиной.

Несмотря на такие различия, 84% французов живут в населенных пунктах, где есть хотя бы один врач общей практики. Остальным, чтобы добраться до такого врача, надо преодолеть в среднем 7 км (8 минут на машине). Судя по результатам недавнего опроса, большинство французов удовлетворены территориальной доступностью медицинской помощи, однако 36% опрошенных сельских жителей считают, что доступ к специализированной помощи все-таки затруднен.

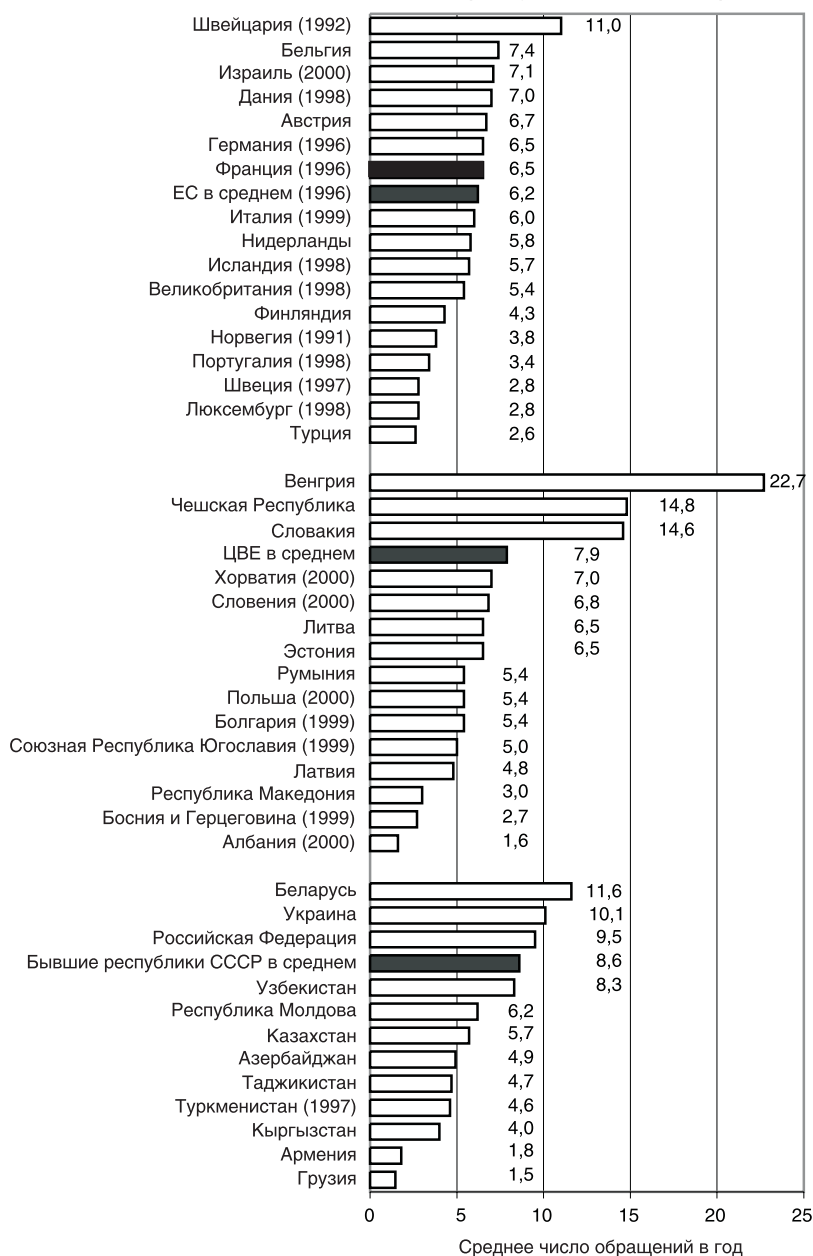
Качество медицинского обслуживания и оценка медицинской практики

Работа по повышению качества медицинских услуг и оценке медицинской практики всерьез началась лишь в середине 1990-х гг. Для этого использовались два пути: создание и распространение клинических руководств и развитие непрерывного медицинского образования.

До 1990-х гг. работу медиков в какой-то мере контролировали лишь врачи-консультанты фондов медицинского страхования, которые должны были выявлять нарушения и злоупотребления. С начала 1990-х гг. в соглашениях и, позднее, в постановлениях 1996 г. подчеркивалась необходимость оценки медицинской практики. Национальное агентство по аккредитации и оценке в здравоохранении отвечает за выпуск и распространение рекомендаций и клинических руководств, а также оказывает помощь в оценке врачебной практики. Агентство опубликовало около 30 клинических руководств, посвященных диагностике, лечению и медицинскому наблюдению при некоторых заболеваниях и, в ряде случаев, оценке порядка возмещения.

Кроме того, Национальное агентство по аккредитации и оценке в здравоохранении издает официальные руководства, содержащие рекомендации по добросовестной практике. В соответствии с соглашениями, заключенными профсоюзами врачей и фондами медицинского страхования в 1994, 1995 и 1997 гг., врачи должны придерживаться этих рекомендаций. До 1999 г. в случае их нарушения, если оно было многократным, серьезным или значитель-

Рисунок 12. Среднее число обращений за амбулаторной помощью в странах Европейского региона ВОЗ в 2001 г. В отсутствие данных за 2001 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)



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

Франция

но увеличивало расходы фонда медицинского страхования, на врача мог быть наложен штраф. Рекомендации (в 1998 г. их было 200 для врачей общей практики и 250 для врачей-специалистов) касались прежде всего назначения лекарственных средств и, в меньшей степени, — назначения или проведения медицинских обследований. Рекомендации обычно даются в виде предостережения против использования неэффективных или потенциально опасных методов. Например: «При артериопатии нижних конечностей не следует применять более одного вазоактивного препарата».

Анализ результатов введения официальных рекомендаций показал, что наиболее обоснованные из них существенно повлияли на врачебные назначения. В первый год после их введения врачебные назначения изменились в 26% случаев, предусмотренных в рекомендациях. И хотя в первый год их воздействие было более ощутимым, чем в последующие, некоторые рекомендации прочно вошли во врачебную практику. Например, доля назначений, не соответствующих упомянутым выше рекомендациям, сократилась с 19% в 1994 г. до 8% в 1996 г. Штрафы применялись редко, а в конце 1999 г. были и вовсе отменены по решению суда¹, так что исполнение рекомендаций обеспечивается, по-видимому, механизмами профессионального саморегулирования.

Еще один путь к повышению качества медицинской помощи — непрерывное медицинское образование. Изначально курсы повышения квалификации организовывали в основном профессиональные организации, однако в соглашении, заключенном в 1990 г., предусматривается финансирование программ повышения квалификации фондами медицинского страхования и выплата пособий врачам, проходящим дополнительное обучение. Постановления 1996 г. подтвердили важность непрерывного образования, сделав его обязательным. За неисполнение предусмотрены санкции, которые налагает Совет Ордена врачей. Однако из-за трудности практического применения санкций улучшить систему непрерывного медицинского образования пока не удалось.

Соглашения о добросовестной практике, индивидуальные договоры о добросовестной практике и услугах в области общественного здравоохранения

В марте 2002 г. был принят закон, позволяющий фондам медицинского страхования заключать с медиками три вида соглашений: специальные соглашения о добросовестной практике, заключаемые с медицинскими профсоюзами и обязательные для всех представителей соответствующей профессии (врачей, медицинских сестер и т. д.) в стране или в регионе, а также договоры о добросовестной практике и договоры об оказании услуг в области общественного здравоохранения, заключаемые в индивидуальном

¹ Высший административный суд (Conseil d'Etat) отменил штрафы, так как их размеры рассчитывались в зависимости от дохода врача и, следовательно, могли не соответствовать его вине.

порядке. Цель всех этих соглашений состоит в том, чтобы обязать врачей совершенствовать свою работу в обмен на повышение оплаты труда. Эти соглашения дают возможность повысить качество и эффективность работы медиков.

Амбулаторные услуги других производителей

Стоматологическую и ортодонтическую помощь оказывают 40 500 дантистов, большинство из которых частнопрактикующие. Примерно 1500 из них специализируются на ортодонтии. Почти треть частных дантистов работают группами.

Акушеры осуществляют дородовое и послеродовое наблюдение, преимущественно в больницах. Во Франции 14 400 акушеров, 80% из них работают в больницах. Примерно 1900 акушеров имеют собственную практику; они либо ведут прием в своем кабинете, либо посещают пациентов на дому.

Сестринский уход за больными осуществляют 57 000 частнопрактикующих медицинских сестер. Сестринская помощь и уход на дому составляет большую часть работы этих медицинских сестер, обслуживающих в среднем 275 пациентов. С 1981 г. развиваются службы ухода на дому. В них обычно работают по найму медицинские сестры по уходу. Сейчас около 1500 таких служб, в общей сложности на 56 650 мест.

Некоторые виды амбулаторной помощи оказывают медики нелечебных специальностей, тоже частнопрактикующие. В стране 40 000 физиотерапевтов, 10 000 логопедов, 1500 ортопедов и 8500 специалистов по лечению заболеваний стоп.

Четыре тысячи лабораторий выполняют анализы для амбулаторных больных. Анализы можно сделать и в больнице, особенно если направление на анализ дал врач больницы.

И наконец, в стране 22 700 аптек, торгующих лекарствами, перевязочными материалами и другими товарами медицинского назначения (см. раздел «Лекарственные средства»).

Обеспечение преемственности и непрерывности медицинской помощи

Недостатком французской системы здравоохранения является отсутствие преемственности медицинской помощи пациенту, оказываемой различными врачами. Это может вести к перепотреблению лекарств и медицинских услуг и пустой трате времени и средств, а также неправильному и неэффективному лечению. Например, исследование, проведенное главными фондами медицинского страхования в общенациональном масштабе, показало, что лишь 40% больных диабетом проверяют раз в год зрение, как это рекомендуется в руководствах Национального агентства по аккредитации и оценке в здравоохранении. Даже если врачи дают правильные рекомендации пациентам, они не могут проконтролировать весь процесс лечения.

Отсутствие согласования лечения характерно не только для частнопрак-

тикующих врачей; плохо налажена и преемственность между стационарной и амбулаторной помощью, между медицинской и социальной помощью (особенно это касается помощи инвалидам и престарелым).

Для исправления ситуации предложено два пути: регулирование доступа к специализированной помощи врачами общей практики и создание сетей производителей услуг.

С 1998 г. каждый врач общей практики может стать координатором лечения для любого пациента, который выразит такое желание. Врачи общей практики, взявшие на себя эту роль, а также их пациенты, должны соблюдать определенные правила: придерживаться официальных тарифов, использовать медицинское страхование (защищать пациентов от прямых платежей), вести медицинскую документацию больных, обслуживать больных на постоянной основе, обеспечивать непрерывность и преемственность медицинской помощи, участвовать в государственных программах профилактики, соблюдать официальные рекомендации и обеспечивать, чтобы не менее 15% назначаемых препаратов были дешевыми и не менее 5% — непатентованными. Пациенты должны в первую очередь обращаться к своему врачу общей практики (за исключением неотложных состояний), приносить на каждый прием медицинскую карту и выполнять рекомендации своего врача в отношении профилактики и профилактических обследований. Для врачей предусмотрены ежегодные доплаты за каждого прикрепившегося больного (помимо платы за каждый визит). Несмотря на это, на сегодняшний день на такую систему перешли лишь 10% врачей общей практики и 1% пациентов. В 2001 г. ежегодная доплата была увеличена с 23 до 46 евро (что в 2,6 раз выше платы за консультацию). Эта сумма относительно высока и могла бы заметно увеличить расходы страховых фондов. Фонды государственного медицинского страхования расходуют на обслуживание врачом общей практики одного застрахованного в среднем 69 евро в год. Если все застрахованные перейдут на новую систему, расходы страховых фондов возрастут на 67%.

Реформа 1996 г. дала возможность создавать различные виды объединений производителей медицинских услуг на местном уровне. Цель эксперимента заключалась в том, чтобы испытать новые формы обеспечения согласованности амбулаторного обслуживания, а также преемственности между амбулаторной и стационарной помощью.

Сама идея была не нова; первые сети были созданы в 1980 г. для того, чтобы улучшить согласованность лечения больных СПИДом, по их подобию были созданы и другие сети (медицинской помощи наркоманам, обездоленным и т. д.). Новое заключалось в том, что закон 1996 г. позволил экспериментировать с финансовыми правилами (касающимися тарифов, льготных услуг, оплаты труда медиков и т. д.). Появилась возможность вкладывать деньги в факторы, не учтенные в действующей системе финансирования (оплачивать время, затрачиваемое врачом на согласование лечения; развивать информационные системы, обеспечивающие врачам общий доступ к истории болезни пациента и другое), и ввести такие полезные новшества, как совместные консультации. Закон 1996 г. открыл массу

возможностей: сети могли создаваться специально для лечения конкретных хронических заболеваний (например, диабета или астмы), определенных контингентов больных (престарелых), для применения конкретного вида лечения (паллиативное лечение) или для лечения населения в целом. Поощрялась инициатива и развитие новых форм организации. Хотя в самом начале процесс шел довольно медленно, два года назад было разрешено создавать сети на региональном уровне и были выделены средства на эти цели. Пока еще рано делать выводы из этого эксперимента, но вполне возможно, что он будет способствовать более смелому обновлению системы здравоохранения.

Специализированная медицинская помощь

Больницы

Во Франции есть государственные, частные некоммерческие и частные коммерческие больницы. Они могут быть специализированными и неспециализированными.

Государственные больницы составляют четвертую часть всех больниц (1000 из 4000), а их коечный фонд — две трети общего коечного фонда (320 000 из 490 000). Они юридически самостоятельны и сами распоряжаются своим бюджетом. Государственные больницы бывают трех уровней:

- Больницы общего профиля (*centres hospitaliers*) — их 562 — оказывают комплекс услуг, включая лечение острых состояний (терапия, хирургия, родовспоможение), последующее наблюдение и реабилитация, долговременная медицинская помощь. Они также могут оказывать психиатрическую помощь.
- Региональные больницы (*centres hospitaliers régionaux*) — их 29 — более специализированные и обладают техническими возможностями для лечения сложных случаев. Как правило, связаны с университетами и служат учебной базой для подготовки врачей.
- Местные больницы — их 349 — обслуживают население своего района. В их обязанности входит лечение острой патологии, наблюдение, реабилитация и долговременная медицинская помощь. Они не оборудованы для проведения хирургических операций и родовспоможения. Большинство врачей, работающих в местных больницах, — частнопрактикующие, но есть и работающие по найму. Последние обеспечивают врачебное наблюдение, реабилитацию и долговременную помощь. Местные больницы обычно небольшие, в среднем на 160 коек.

Кроме того, есть еще 93 психиатрические больницы. Частные больницы делятся на некоммерческие и коммерческие.

Некоммерческие больницы принадлежат фондам, религиозным организациям, обществам взаимного страхования. Они составляют треть от общего числа больниц (1400), на их долю приходится 15% общего коечного фонда (75 000 коек). Некоторые некоммерческие больницы участвуют в государст-

венном медицинском обслуживании. Это означает, что они выполняют такие общественно значимые функции, как оказание неотложной помощи, подготовка кадров и медико-социальная помощь малоимущим.

Таблица 10. Распределение коечного фонда между государственными и частными больницами (на 1 января 1998 г.)^a

	Государственные больницы		Частные больницы, участвующие в государственном медицинском обслуживании		Прочие частные больницы		Всего
	Число	%	Число	%	Число	%	
Число больничных коек (полная госпитализация)							
Терапия	94 897	79,5	10 159	8,5	14 256	11,9	119 312
Хирургия	48 043	45,9	8 398	8,0	48 166	46,0	104 607
Акушерство	15 083	60,2	1 402	5,6	8 568	34,2	25 053
Итого	158 023	63,5	19 959	8,0	70 990	28,5	248 972
Психиатрия	46 030	68,2	10 650	15,8	10 798	16,0	67 478
Наркомания и алкоголизм	1 174	64,8	367	20,3	271	15,0	1 812
Промежуточный итог	205 227	64,5	30 976	9,7	82 059	25,8	318 262
Восстановительное лечение и реабилитация	38 287	41,9	30 080	32,9	22 971	25,1	91 338
Долговременное стационарное лечение	75 273	91,3	5 040	6,1	2 121	2,6	82 434
Промежуточный итог	318 787	64,8	66 096	13,4	107 151	21,8	492 034
Число больничных коек (частичная госпитализация)							
Психиатрический дневной или ночной стационар	21 287	79,5	5 210	19,5	279	1,0	26 776
Непсихиатрический дневной или ночной стационар	5 830	51,8	3 005	26,7	2 429	21,6	11 264
Обезболивание и хирургия (амбулаторная)	977	13,8	330	4,7	5 754	81,5	7 061
Промежуточный итог	28 094	62,3	8 545	18,9	8 462	18,8	45 101

Источник: Sagasco et al. 2001; Центр исследований и документации по экономике здравоохранения (CREDES), Директорат исследований, анализа, оценки и статистики (DREES) 2001.

^a Приведенные данные, если не указано иное, относятся к французской метрополии. Объем стационарной медицинской помощи и коечного фонда в заморских департаментах в 1998 г. составлял 2% от соответствующих показателей для метрополии, а структура коечного фонда в департаментах была аналогична структуре коечного фонда метрополии.

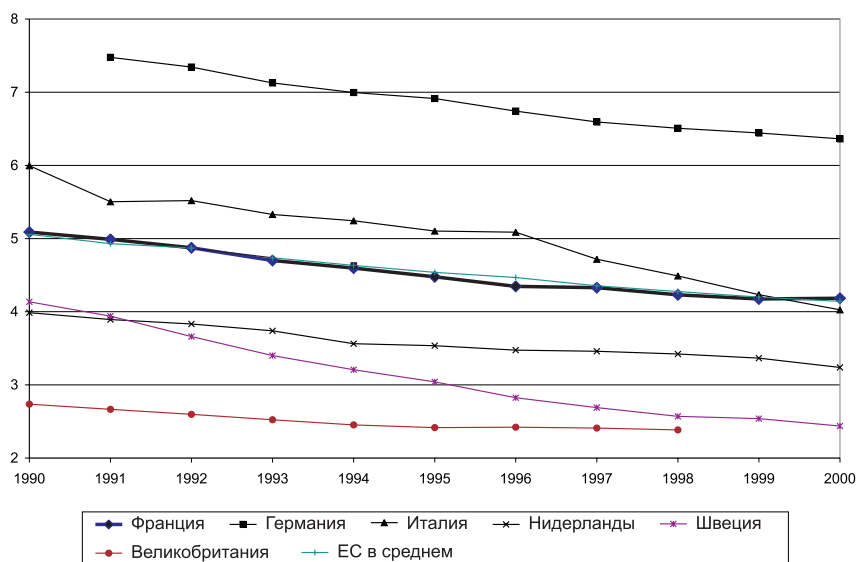
Некоммерческие больницы оказывают самые разные медицинские услуги (см. табл. 10). На их долю приходится треть всех услуг по врачебному наблюдению и реабилитации, но менее 10% коек для лечения острой патологии. Двадцать некоммерческих частных больниц специализируются на лечении онкологических заболеваний, причем в их обязанности входит профилактика, массовые обследования, лечение, обучение кадров и исследования. В целях обеспечения согласованности лечения в таких больницах принята особая форма внутренней организации: в отличие от больниц общего профиля, здесь нет специализированных отделений.

Частные коммерческие больницы составляют 40% всех французских больниц (1750) и располагают 20% больничных коек (45% коек в хирургических и 33% — в родильных отделениях) (см. табл. 10). Как правило, они специализируются в определенных областях.

Коечный фонд и кадры

Обеспеченность населения Франции больничными койками близка к средневропейской и составляет 8,4 на 1000 человек (см. рис. 13, 14 и 15). Половина этих коек предназначена для лечения острой патологии. С 1980 по 1998 г. число больничных коек сокращалось, что было связано с уменьшением средней продолжительности госпитализации. Число госпитализаций в

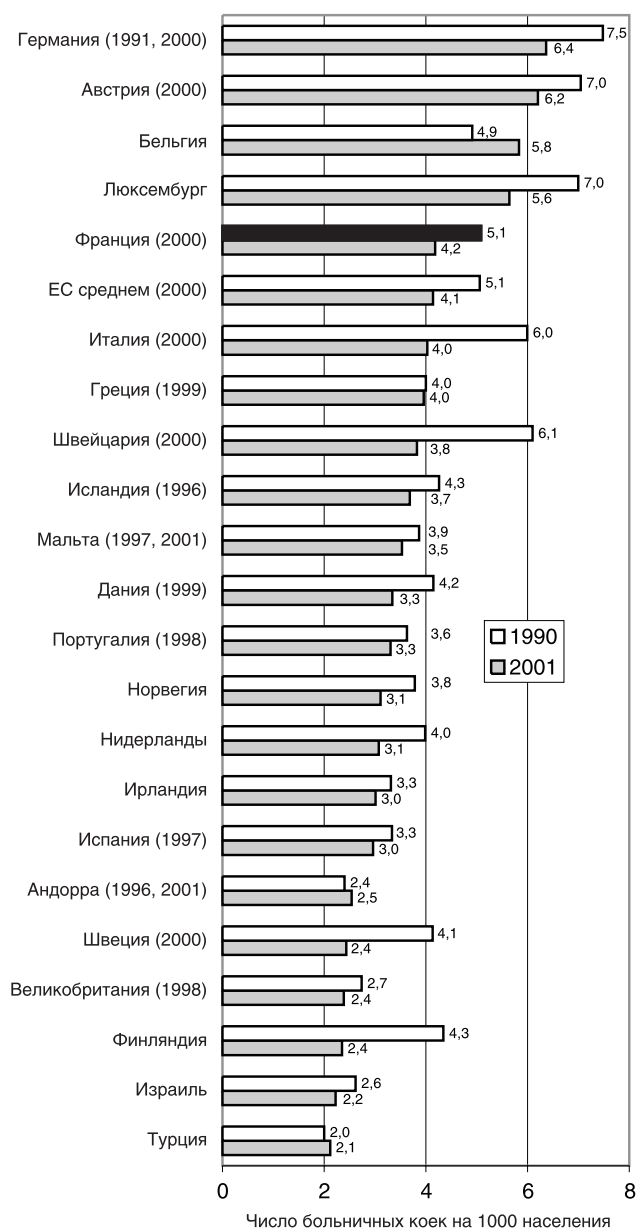
Рисунок 13. Число коек в больницах краткосрочного пребывания на 1000 населения во Франции и некоторых других странах в 1990—2000 гг.



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

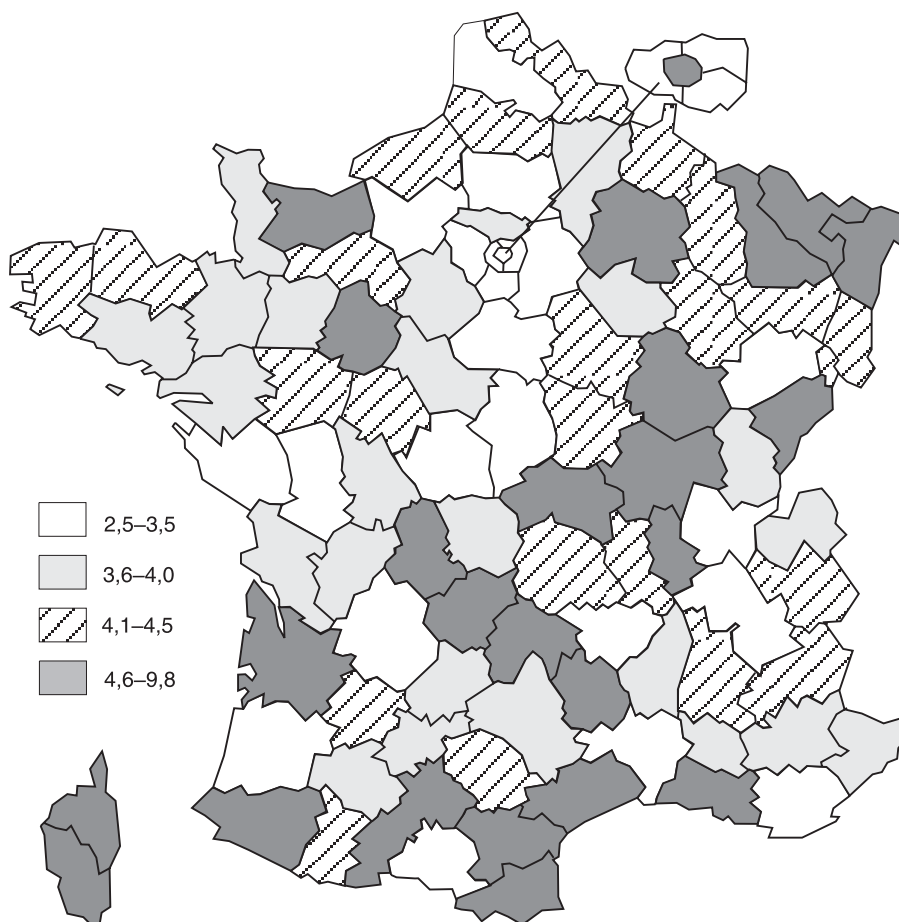
Франция

Рисунок 14. Число коек в больницах краткосрочного пребывания на 1000 населения в странах Западной Европы в 1990 и 2001 гг. В отсутствие данных за 2001 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)



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

Рисунок 15. Число коек в больницах краткосрочного пребывания на 1000 населения в 1998 г.



Источник: Центр исследований и документации по экономике здравоохранения (CREDES), Директорат исследований, анализа, оценки и статистики (DREES) 2001 г.

тот же период продолжало расти (см. табл. 11). Подобные тенденции наблюдались в большинстве западноевропейских стран (см. табл. 12).

Коечный фонд неравномерно распределен по регионам и департаментам. В департаментах обеспеченность населения больничными койками для лечения острой патологии колеблется от 2,5 до 6 коек на 1000 населения. Исключение составляет Париж, где этот показатель равен 9,8.

Франция

В 1998 г. в медицинских учреждениях насчитывалось немногим более миллиона работающих по найму сотрудников, 80% из них работали в государственных больницах. Врачи и фармацевты составляли 14% из этих работников, административный и обслуживающий технический персонал — по 10%. Наиболее многочисленными были средние и младшие медицинские работники, нередко совмещавшие работу с учебой (60%; преимущественно медицинские сестры, сестры по уходу и медико-социальные работники). И наконец, 4% штатных работников составлял медико-технический персонал (лаборанты, рентгенолаборанты и другие). Частичная занятость становится все более популярной в медицинских учреждениях: 20% среднего медицинского и технического персонала в государственных больницах работают неполный рабочий день.

Больницы сегодня жалуются на большую загруженность персонала: с введением в действие директивы Европейского союза о рабочем времени врачей и французского закона о 35-часовой неделе для других работников нагрузка, и без того значительная в некоторых больницах, стала еще больше. Нехватку персонала называют одной из причин высокой смертности необычно жарким летом 2003 г., а профсоюзы работников больниц опасаются усугубления тяжелой ситуации с началом зимних эпидемий.

Таблица 11. Интенсивность использования больниц и другие показатели их работы в 1980—1998 гг.

	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998
Все стационары							
Число коек на 1000 населения	11,1	10,5	9,7	8,9	8,7	8,5	8,4
Средняя занятость койки, %	81,4	81,8	80,4	80,7	80,9	81,6	81,8
Число госпитализаций на 1000 населения	193,0	210,0	232,0	228,0	228	230,0	229,0
Средняя продолжительность госпитализации, сутки	17,1	14,9	12,3	11,5	11,2	11,0	10,9
Больницы краткосрочного пребывания							
Число коек на 1000 населения	6,2	5,7	5,2	4,6	4,5	4,3	4,2
Средняя занятость койки, %	79,0	79,1	77,3	76	75,9	76,4	76,1
Число госпитализаций на 1000 населения	175,0	189,0	209,0	203,0	203,0	204,0	203,0
Средняя продолжительность госпитализации, сутки	10,2	8,6	7,0	6,2	6,1	5,9	5,8

Источник: Центр исследований и документации по экономике здравоохранения (CREDES), Direktorat исследований, анализа, оценки и статистики (DREES), 2001 г.

Услуги государственных и частных больниц

Государственные и частные больницы оказывают разные виды услуг. На долю частных больниц, не участвующих в государственном медицинском обслуживании, приходится более трети госпитализаций в связи с терапевтическим, хирургическим лечением и родовспоможением, а также почти 50% малых и амбулаторных операций. Частные больницы выполняют относительно небольшие операции, в том числе три четверти всех операций по удалению катаракты и порядка 60% операций на органах пищеварения (удаление аппендицита, лечение грыжи живота, удаление желчного пузыря и другие). Гораздо в меньшей степени этот сектор участвует в оказании экстренной стационарной помощи и в реабилитации: на его долю приходится лишь четвертая часть госпитализаций по этим причинам. Еще меньше его роль в оказании долговременной медицинской и психиатрической помощи.

Амбулаторное лечение как альтернатива госпитализации

Поощряется применение методов лечения, позволяющих избежать госпитализации больного. Это могут быть амбулаторные операции или лечение больного на дому («стационар на дому»). Для открытия новых мест требуется разрешение. Оно выдается при условии сокращения больничных коек для лечения острой патологии, в среднем одно место за две койки. Этот «обменный курс» может корректироваться на региональном уровне с учетом обеспеченности населения больничными койками.

Такая форма помощи, как стационар на дому, существует во Франции уже лет сорок, хотя нормативные положения, определяющие его функции в качестве альтернативы госпитализации, появились сравнительно недавно¹. Стационар на дому обеспечивает оказание всей необходимой больному медицинской помощи в домашних условиях. Стационар на дому может организовываться при больнице или некоммерческой ассоциации с привлечением к работе персонала больницы или частнопрактикующих медиков. В каждой такой структуре есть врач-координатор, который руководит работой службы в целом, а согласованием лечения отдельных больных занимаются старшие медицинские сестры. В 2000 г. во Франции было 76 таких структур в общей сложности на 4000 мест. Две трети стационаров на дому относятся к государственному сектору (в том числе при частных больницах, участвующих в государственном медицинском обслуживании), их размеры колеблются в очень широких пределах — от 5 до 1200 мест. Стационары на

¹ Во исполнение закона о больницах (1970 г.) Национальный фонд медицинского страхования наемных работников и министерство здравоохранения издали распоряжения (соответственно в 1974 и 1986 гг.) о создании такой формы амбулаторной помощи, как стационар на дому, и определили его функции. В постановлениях 1992 г. была уточнена роль стационара на дому как реальной альтернативы госпитализации.

Таблица 12. Уровень использования стационарного лечения и показатели работы больниц в Европейском регионе ВОЗ в 2001 г. В отсутствие данных за 2001 г. приведены самые последние из имеющихся данных (год указан в сносках).

Страна	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжи- тельность госпитали- зации, сутки	Средняя занятость койки, %
Западная Европа				
Андорра	2,5	9,4	6,7 ^б	70,0 ^б
Австрия	6,2 ^а	27,2 ^а	6,3 ^а	75,5 ^а
Бельгия	5,8	16,9 ^б	8,0 ^б	80,0 ^а
Дания	3,3 ^б	17,9	5,2 ^а	83,5 ^а
Европейский союз в среднем	4,1 ^а	18,9 ^б	7,7 ^б	77,4 ^а
Финляндия	2,4	19,7	4,4	74,0 ^е
Франция	4,2 ^а	20,4 ^б	5,5 ^б	77,4 ^б
Германия	6,4 ^а	20,5 ^а	9,6 ^б	81,1 ^а
Греция	4,0 ^б	15,2 ^б	—	—
Исландия	3,7 ^д	18,1 ^е	6,8 ^е	—
Ирландия	3,0	14,5	6,4	83,8
Израиль	2,2	17,8	4,1	93,0
Италия	4,0 ^а	16,0 ^а	7,0 ^а	75,5 ^а
Люксембург	5,6	18,4 ^ж	7,7 ^б	74,3 ^ж
Мальта	3,5	11,2 ^а	4,3	75,5 ^а
Нидерланды	3,1	8,8	7,4	58,4
Норвегия	3,1	16,1	5,8	87,2
Португалия	3,3 ^в	11,9 ^б	7,3 ^в	75,5 ^в
Испания	3,0 ^г	11,3 ^г	7,6 ^г	76,2 ^г
Швеция	2,4 ^а	14,9	4,9	77,5 ^д
Швейцария	3,8 ^а	16,3 ^б	10,0 ^а	85,0 ^а
Турция	2,1	7,6 ^а	5,4	58,8
Великобритания	2,4 ^в	21,4 ^д	5,0 ^д	80,8 ^в
Центральная и Восточная Европа (ЦВЕ)				
Албания	2,8 ^а	—	—	—
Босния и Герцеговина	3,3 ^в	7,2 ^б	9,8 ^в	62,6 ^б
Болгария	—	14,8 ^д	10,7 ^д	64,1 ^д
ЦВЕ в среднем	5,4	17,8	8,3	72,3
Хорватия	4,0	13,9	8,9	85,5
Чешская Республика	6,3	18,9	8,6	70,5
Эстония	5,1	17,9	6,9	62,3
Венгрия	6,4 ^а	24,2	7,0	76,9
Латвия	5,8	18,6	—	—
Литва	6,3	21,7	8,0	76,3
Словакия	6,7	18,8	9,2	70,9
Словения	4,2	15,9	6,8	70,5
Республика Македония	3,4	8,2	8,0	53,7
Бывшие республики СССР				
Армения	3,7	4,7	9,6	31,6
Азербайджан	7,9	4,7	15,5	25,7
Грузия	3,9	4,3	7,4	82,0
Казахстан	5,4	14,7	11,3	96,5
Кыргызстан	4,8	13,9	10,8	87,6
Бывшие республики СССР в среднем	7,9	19,1	12,5	85,0
Республика Молдова	4,7	11,9	10,3	70,7
Российская Федерация	9,1	21,6	13,2	85,8
Таджикистан	5,8 ^г	8,9	13,0	54,5
Туркменистан	6,0	12,4 ^г	11,1 ^г	72,1 ^г
Украина	7,1	18,7	12,5	89,5
Узбекистан	—	—	—	84,5

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

Примечания: ^а 2000, ^б 1999, ^в 1998, ^г 1997, ^д 1996, ^е 1995, ^ж 1994, ^з 1993, ^и 1992, ^к 1991.

Таблица 13. Объемы стационарной помощи в государственном и частном секторах в 1998 г.

	Государственные больницы		Частные больницы, участвующие в государственном медицинском обслуживании		Другие частные больницы		Общее число по всем больницам, тыс
	Число, тыс.	% ^a	Число, тыс.	% ^a	Число, тыс.	%	
Все случаи госпитализации							
Число случаев	6855	57,8	993	8,4	4008	34,0	11856
Число дней	93729	64,9	18681	13,0	32048	22,0	144458
Терапия, хирургия, акушерство							
Число случаев	6202	58,7	693	6,6	3672	35,0	10567
Число дней	42361	63,5	4640	7,0	19715	30,0	66716
Психиатрическая помощь							
Число случаев	365	69,1	59	11,0	104	20,0	528
Число дней	13205	64,8	3296	16,0	3878	19,0	20379
Восстановительная терапия							
Число случаев	225	32,8	233	34,0	227	33,0	685
Число дней	11373	40,9	8834	32,0	7594	27,0	27800
Долгосрочное лечение							
Число случаев	36	90,0	3	7,5	1	3,5	40
Число дней	26490	91,2	1798	6,2	763	2,6	29050
Алкоголизм, наркомания							
Число случаев	27	75,0	5	14,0	4	11,0	36
Число дней	300	58,6	113	22,0	99	19,0	512
Число случаев госпитализации продолжительностью <24 ч							
Терапия, хирургия, акушерство	1843	46,4	204	5,1	1928	49,0	3975
Психиатрическая помощь	4113	77,7	1106	21,0	77	1,5	5295
Восстановительная терапия	255	22,7	619	55,0	248	22,0	1122

Источник: Garrasco et al. 2001; Директорат исследований, анализа, оценки и статистики (DREES).

^a Процент от общего числа госпитализаций во все больницы.

дому позволяют избежать госпитализации многим больным, страдающим серьезными острыми или хроническими заболеваниями, такими как рак, неврологические заболевания, СПИД. Они могут использоваться для оказания медицинской помощи в послеродовом периоде или при осложнениях во время беременности. В 2000 г. министерство здравоохранения расширило функции этих служб, включив в их число обслуживание больных, нуждающихся в постоянном постороннем уходе. Эта мера призвана смягчить ожидаемую нехватку мест для таких пациентов в домах престарелых.

Наряду со стационарами на дому, развивается амбулаторная хирургия и частичная госпитализация. В принятом в 1992 г. постановлении определены условия работы таких отделений. В 1998 г. в отделениях амбулаторной хирургии было 7572 места, или 0,11 места на 1000 населения, причем места эти были очень неравномерно распределены по регионам. Более 75% этих мест приходится на долю частных коммерческих больниц, в 90% которых есть отделения амбулаторной хирургии. С 1994 г. число утвержденных мест выросло на 18%. Все чаще применяется частичная госпитализация: с 1997 по 1998 г. число госпитализаций продолжительностью менее суток увеличилось на 11%. Число случаев полной госпитализации уменьшилось на 3%.

Несмотря на систему поощрений, масштабы применения амбулаторного лечения вместо госпитализации, по международным меркам, невелики. Сравнительный анализ данных по 14 странам за 1996—1997 гг. (Lathouwer and Poullier, 2000 г.) по 18 видам операций показал, что во Франции в амбулаторных условиях выполняется лишь 30% из них, тогда как в Великобритании — 60%, Квебеке (Канада) — 85%, США — 94%.

В более недавнем исследовании Sourty le Guellec (2002 г.) оценивались возможности амбулаторного выполнения различных операций. Одни операции уже сейчас чаще делают амбулаторно, в других случаях возможности амбулаторной хирургии используются очень слабо (сейчас амбулаторно делают 14% операций по исправлению косоглазия, а можно было бы 92%).

Меры по повышению качества стационарной помощи

В 1990-х гг. стало уделяться больше внимания повышению и оценке качества медицинской помощи в больницах. Качеством медицинской помощи заинтересовались органы государственной власти, чему способствовала широкая публикация рейтингов больниц, составленных на основании довольно грубых показателей¹. Стали приниматься меры по обеспечению качества медицинской помощи в действующих больницах, а также при создании и реорганизации больниц.

Одной из важнейших задач в больницах является борьба с больничными инфекциями, до сих пор поражающими 7% госпитализированных больных.

¹ В 1997 г. в обзоре *Sciences Avenir* были опубликованы списки «лучших медицинских учреждений» для некоторых хирургических операций. При этом учитывалось число ежегодно выполняемых операций, уровень смертности по возрастным группам и уровень «популярности», оцениваемый по тому, насколько больница привлекательна для пациентов из других районов.

В 1988 г. были созданы комитеты по борьбе с такими инфекциями, сначала в государственном, а потом и в частном секторе.

В 1996 г. была введена обязательная аккредитация всех медицинских учреждений. Аккредитация, проводимая Национальным агентством по аккредитации и оценке в здравоохранении, представляет собой внешнюю оценку качества и безопасности медицинской помощи, оказываемой медицинским учреждением. Аккредитуемое учреждение должно выполнить ряд процедур и представить большой объем информации, в том числе по качеству своей работы. Процесс аккредитации занимает в среднем 10 месяцев и включает в себя этап самостоятельной оценки, внешнюю экспертизу и взаимодействие с Национальным агентством по аккредитации и оценке в здравоохранении. Оценивается качество медицинской помощи, информирование больных, ведение медицинской документации, общее управление (кадры, информационные системы, логистика), меры по обеспечению безопасности и другое. К маю 2002 г. аккредитацию прошли примерно 150 больниц. Результаты аккредитации публикуются на сайте агентства.

В целях повышения качества медицинского обслуживания министерство здравоохранения уточнило функции различных больниц по оказанию неотложной и перинатальной помощи. В двух постановлениях, вышедших в 1998 г., определены функции больницы в этих областях в зависимости от технических возможностей и поощряется развитие сотрудничества между больницами. Например, акушерскую помощь оказывают больницы четырех разных уровней: больницы первого уровня лишь консультируют беременных, больницы четвертого уровня имеют все необходимое для реанимации новорожденных.

Охрана психического здоровья

Во Франции, начиная с 1960-х гг., в лечении психических расстройств врачи руководствуются в первую очередь желанием вернуть больному человеческое достоинство и самостоятельность, а этому не способствует помещение в психиатрическую клинику. Отсюда — постоянное развитие психиатрической помощи по месту жительства. Территорию страны разделили на зоны обслуживания (*secteurs*), в каждой из которых была создана бригада специалистов разного профиля для профилактики, лечения, наблюдения и реабилитации психически больных, проживающих на обслуживаемой территории¹.

Каждая зона психиатрической помощи прикреплена к больнице (государственной или частной, участвующей в государственном медицинском обслуживании), которая обслуживает проживающих на территории зоны

¹ Зоны психиатрической помощи были первоначально определены в распоряжении министра здравоохранения от 15 марта 1960 г. В 1972 г. вышли документы, в которых были определены зоны психиатрической помощи отдельно для взрослых и для детей и подростков. В 1985 и 1986 гг. вся ответственность за управление и финансирование этих зон была возложена на систему медицинского страхования; до этого ответственность была разделена между фондами медицинского страхования и бюро социального обслуживания в департаментах, которые обеспечивали размещение и питание.

психически больных. В обязанности больницы входит диагностика и лечение заболеваний, а реабилитацией и социальной поддержкой занимаются другие учреждения. В каждой зоне есть свой медико-психологический центр, где больных консультируют и направляют на необходимое лечение.

В зонах обслуживания взрослого населения в среднем проживает 67 000 человек, в зонах обслуживания детей и подростков — 210 000 человек. Есть также зоны психиатрической помощи заключенным. В 2000 г. страна была разделена на 1123 зоны, из них 812 для взрослых и 311 для детей и подростков. В 1999 г. на попечении служб психиатрической помощи было около 1,1 млн взрослых и 400 000 детей. Большинство зон (58%) прикреплены к психиатрическим больницам, 33% — к общим больницам и 9% — к частным больницам, участвующим в государственном медицинском обслуживании.

Такая организация психиатрической помощи была введена в 1970-х гг. и быстро развивалась в 1980-х гг. Однако традиционный подход к лечению психически больных пока еще часто преобладает, и уровень обслуживания психически больных по месту жительства заметно отличается от зоны к зоне.

Частные больницы обслуживают психически больных на тех же основаниях, что и государственные больницы. Принудительно госпитализировать больных имеют право государственные больницы и тридцать частных больниц, участвующих в государственном медицинском обслуживании. Частные больницы, не участвующие в государственном медицинском обслуживании, редко лечат больных амбулаторно, зато на их долю приходится 20% случаев стационарного лечения. Постановление об упрощении планирования стационарной медицинской помощи, возможно, позволит частному сектору активнее участвовать в оказании амбулаторной психиатрической помощи.

И наконец, амбулаторную помощь при психических расстройствах нередко оказывают частнопрактикующие врачи общей практики (в 1997 г. 16% обращений к врачам общей практики были по поводу расстройств психики или сна), психиатры и психологи, психотерапевты и психоаналитики. В 1999 г. во Франции было 13 213 психиатров (22,5 на 100 000 населения), 6300 из которых занимались частной практикой хотя бы по совместительству. Несмотря на довольно высокую обеспеченность этими специалистами, в государственных больницах не хватает психиатров. Возможно, это связано с уровнем заработной платы или условиями работы в государственных больницах (более тяжелые больные, ограничения, накладываемые государственной службой, и т. д.). Во Франции 36 000 штатных и частнопрактикующих психологов. Помимо психотерапевтической помощи, они оказывают психологическую помощь, работают в школах в рамках социальных программ.

Медико-социальная помощь

Дома престарелых и инвалидов относятся к социальной сфере и находятся в ведении генеральных советов департаментов. Однако за медицинское об-

служивание лиц, проживающих в таких учреждениях, отвечает система медицинского страхования. Она же покрывает все затраты на обслуживание и лечение детей-инвалидов в специальных интернатах.

Социальный сектор занимается как защитой детства, так и обеспечением ухода за престарелыми и инвалидами в специализированных интернатах.

Медико-социальная помощь престарелым

В 2000 г. во Франции проживало чуть более 12 млн человек в возрасте старше 60 лет. 628 000 из них нуждались в постоянной посторонней помощи (т. е. были прикованы к постели или инвалидному креслу, не могли самостоятельно одеваться и пользоваться туалетом). 500 000 человек (217 000 из них сильно зависели от посторонней помощи) жили в домах престарелых. 18 000 человек в возрасте старше 60 лет содержались в психиатрических больницах и интернатах для инвалидов.

Помощь на дому оказывают частнопрактикующие медики или специальные службы по уходу на дому. Спрос на такие услуги опережает предложение. Несмотря на признанную важность развития помощи по месту жительства, страховые фонды, финансирующие медицинскую помощь, и местные органы власти, отвечающие за социальную поддержку, плохо согласовывают свои действия, от чего страдает их общее дело.

Интернаты для престарелых бывают разного типа, с разным уровнем обслуживания. Некоторые из них являются по сути общежитиями со своей столовой, прачечной и лазаретом.

Фонды медицинского страхования финансируют оказание медицинской помощи в следующих видах домов престарелых:

- в так называемых «домах для пенсионеров» предоставляется медицинская помощь двух уровней, в зависимости от состояния здоровья человека; фонды медицинского страхования платят по 3 евро в сутки на человека за обычный уровень обслуживания и по 23 евро в сутки за обслуживание лиц, нуждающихся в посторонней помощи. Всего в таких учреждениях 416 000 мест (из которых 153 000 — для тех, кто нуждается в посторонней помощи);
- долговременный уход за тяжелобольными и ослабленными людьми в домах престарелых или отделениях больниц финансируется из расчета 41 евро в сутки; таких мест 83 000.

Медицинскую помощь и уход в этих учреждениях полностью оплачивают фонды медицинского страхования, больные в оплате не участвуют. Однако больной или его семья платят за проживание (40—45 евро в сутки). За проживание малообеспеченных в доме престарелых могут платить генеральные советы. Периодически обсуждается вопрос о распределении расходов между страховыми фондами и генеральными советами.

Национальные счета здравоохранения полностью включают расходы всех учреждений долговременного ухода, кроме домов для пенсионеров (в последнем случае включаются только расходы на медицинскую по-

мощь). На эти цели расходуется 46 млрд евро (3% от общих расходов на здравоохранение).

В январе 1997 г. было введено пособие для нуждающихся в постоянном уходе: генеральные советы выделяют деньги для найма работников, которые ухаживают за престарелыми на дому или в интернатах для лиц старше 60 лет, нуждающихся в постоянном уходе¹. Степень зависимости от посторонней помощи и потребность в уходе оценивают комиссии, состоящие из медицинских и социальных работников. Пособие полагалось тем, чьи доходы не достигали установленного уровня; максимальные размеры пособия — 950 евро в месяц на человека. К концу 2000 г. пособие получали 140 000 человек, 53% из которых жили дома. Сумма пособия в среднем составляла 530 евро в месяц в случае найма работника для ухода на дому, и 250 евро для тех, кто проживал в домах престарелых. В разных департаментах размеры пособия заметно отличались.

В июле 2001 г. вместо этого пособия было введено новое, которое, в отличие от предыдущего, рассчитывается одинаково по всей стране. Пособие получают только те, чьи доходы ниже определенного уровня, а размеры пособия зависят от того, насколько человек нуждается в постороннем уходе, и от того, в каких условиях он живет. Это оценивает комиссия, состоящая из медицинских и социальных работников. Размеры пособия больше не зависят от доходов и решения генеральных советов. На сегодня потребность в таких пособиях превысила первоначальный прогноз в 800 000 человек.

Медико-социальная помощь инвалидам

Во Франции около 3,2 млн инвалидов, из них 1,8 млн человек с тяжелой инвалидностью, испытывающих трудности с самообслуживанием. При оценке степени инвалидности смотрят, насколько заболевание нарушает повседневную жизнь больного. На уровне департамента есть специальные комиссии, которые оценивают степень инвалидности взрослого или ребенка и определяют, какие льготы ему положены. Кроме того, комиссия может дать инвалиду путевку в специальный интернат.

Многие интернаты предлагают лечение, специальное образование и профессиональное обучение для детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, последствиями полиомиелита и церебральным параличом, умственной отсталостью. Эти учреждения финансируются из средств государственного медицинского страхования. Две с половиной тысячи интернатов обслуживают почти 130 000 детей-инвалидов.

Взрослых с разной степенью инвалидности обслуживают разные типы учреждений. Есть учреждения для людей с незначительной потерей трудоспособности, которые могут ходить на работу. Специальные центры трудоустройства инвалидов помогают им найти работу. Другие учреждения обслу-

¹ До введения этой льготы некоторые престарелые граждане, нуждающиеся в посторонней помощи, имели право на пособие для оплаты помощи на дому (оно было введено в 1975 г. и предназначалось для инвалидов).

живают инвалидов с полной потерей трудоспособности. Эти учреждения делятся на категории в зависимости от степени несамостоятельности их подопечных. Интернаты для инвалидов, нуждающихся в постоянном постороннем уходе, полностью финансируются фондами медицинского страхования, остальные финансируются из двух источников, как обычные дома престарелых: за медицинское обслуживание платит фонд медицинского страхования, а стоимость проживания оплачивает сам больной или генеральный совет¹. Всего в стране 4400 домов инвалидов для взрослых, и в них проживает 200 000 человек.

При 80% потере трудоспособности (а при некоторых заболеваниях — при более чем 50% потере трудоспособности) инвалид имеет право на денежные пособия, которые выплачивают фонды семейных пособий: специальное пособие на обучение для детей-инвалидов и пособие для взрослых инвалидов. И наконец, генеральный совет платит пособие, предназначенное для того, чтобы инвалид или его семья могли нанять сиделку.

Реформа медико-социальной помощи

Правительство планирует увеличить число мест в домах престарелых и инвалидов для того, чтобы удовлетворить растущий спрос, а также развивать более «легкие» виды помощи (помещение в семьи и помощь по уходу на дому), которые лучше помогают больному сохранить самостоятельность и связь с реальной жизнью, да и обходятся гораздо дешевле.

В 2000 г. правительство представило предложения по развитию медико-социальной помощи. Среди них — предложение о создании в течение 5 лет 16 000 мест в домах инвалидов, программа медицинского обслуживания в домах престарелых и развития ухода на дому. Кроме того, в секторе медико-социальной помощи планируются реформы, навеянные недавними преобразованиями в секторе здравоохранения. Они направлены на обеспечение признания и защиты прав больного, расширение функций домов престарелых и инвалидов, совершенствование планирования медико-социальной помощи путем введения пятилетних планов, развитие разнообразных форм финансирования, совершенствование управления, в частности путем заключения с медицинскими учреждениями долгосрочных договоров, в которых будут устанавливаться контрольные показатели работы и лимиты расходов, а также на развитие сотрудничества в медико-социальной сфере.

Закон «о социальной модернизации», принятый в 2002 г., касается совершенствования системы помещения лиц, нуждающихся в уходе, в семьи. Сегодня на попечении семей находится около 6000 престарелых и 6000 инвалидов. Чтобы повысить качество обслуживания в таких семьях, в законопроекте определены требования к принимающим семьям и упрочены их социальные права (заработная плата, выходные дни и другое).

¹ Эти расходы не включены в национальные счета здравоохранения.

Медицинские кадры и обучение медицинских работников

Во Франции 1,6 млн медицинских работников, или 6,2% работающего населения. Большинство из них — медицинские сестры и сестры по уходу за больными (*aides-soignants*) (383 000 медицинских сестер и 377 000 сестер по уходу за больными).

Кроме того, в сфере здравоохранения заняты служащие и инженерно-технический персонал медицинских учреждений, работники фондов медицинского страхования и фармацевтической отрасли — в общей сложности почти 500 000 человек.

Подготовка врачей

Подготовка врачей проходит в три этапа. Первый этап занимает два года. На первый курс — общий для будущих врачей и дантистов — может поступить любой студент, удовлетворяющий требованиям для приема в университет. Чтобы перейти на второй курс, необходимо выдержать конкурсный экзамен. Министерство здравоохранения ежегодно издает приказ, в котором устанавливает число мест для приема студентов в каждый из 33 медицинских вузов.

В 1970-х гг. прием в медицинские вузы был резко сокращен для того, чтобы сдержать быстрый рост численности врачей. С 1960 г. число врачей увеличилось более чем в три раза, и средняя обеспеченность врачами в 2000 г. достигла уровня 332 на 100 000 населения.

Благодаря этим мерам численность врачей перестала расти и вскоре начнет уменьшаться. Многие опасаются, что это может привести к нехватке

Таблица 14. Число медицинских работников на 100 000 населения в 1975—2000 гг.

	1975	1980	1985	1990	1995	2000
Всего врачей	146,7	193,7	266,2	306,0	323,3	330,3
врачи общей практики	91,7	121,5	151,1	162,2	163,7	161,3
специалисты	54,9	72,2	115,1	143,8	159,6	169,0
Дантисты	47,7	56,4	63,0	67,0	68,8	69,0
Медицинские сестры	356,5	457,1	518,8	538,2	590,6	651,9
Акушеры	16,7	17,5	16,6	18,9	21,2	24,4
Фармацевты	56,0	67,9	79,7	90,8	97,7	99,4
Студенты медицинских вузов	195,2	157,9	101,6	82,5	92,2	82,3 ^а
Студенты медицинских училищ	98,9	87,7	72,9	66,0	91,4	86,2 ^б

Источник: Центр исследований и документации по экономике здравоохранения (CREDES), Direktorat исследований, анализа, оценки и статистики (DREES), 2001 г.

^а 1998; ^б 1999.

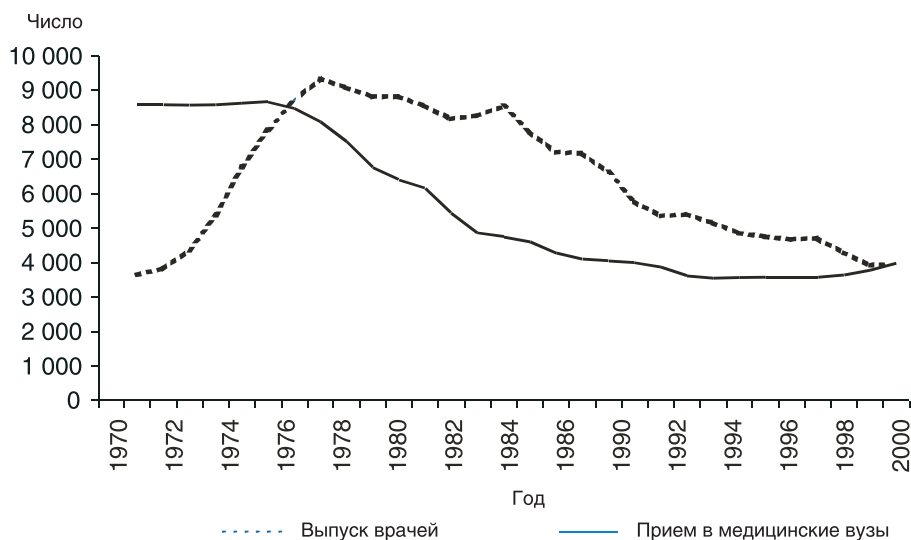
врачей в некоторых районах, а также к общей нехватке некоторых специалистов. Уже сейчас среди врачей мало желающих специализироваться в анестезиологии, акушерстве и гинекологии. В связи с этим прием студентов снова был увеличен (с 3850 в 1998 г. до 4100, 4700 и 5200 в 2002—2003 гг.) и, возможно, в будущем станет еще больше.

Второй этап обучения занимает четыре года и включает теоретическую и практическую подготовку.

Третий этап бывает двух видов: ординатура (*résidanat*), где готовят врачей общей практики, и интернатура (*internat*), где готовят специалистов. В ординатуре учатся два с половиной года, включая обязательное шестимесячное обучение у врача общей практики.

В интернатуре студенты-медики специализируются в какой-то одной области. Места распределяются по основным профилям (терапия, хирургия, психиатрия, биология, общественное здравоохранение); более узкая специализация внутри терапии и хирургии до последнего времени никак не регулировалась и выбор специализации зависел от наличия в больнице вакансий для стажеров и от предпочтений студентов. В последние годы, из-за снижения у студентов интереса к некоторым специальностям (анестезиология, интенсивная терапия, гинекология, акушерство и педиатрия), по распоряжению правительства на экзаменах выделяется определенное число мест именно для этих специальностей. В 2000/2001 г. в интернатуру было принято 1843 человека, т. е. почти половина студентов-меди-

Рисунок 16. Прием в медицинские вузы (*numerus clausus*) и выпуск врачей в 1970—2000 гг.



ков становится врачами-специалистами. Диплом специалиста получают после четырех-пяти лет обучения в интернатуре.

Недавняя реформа уравнила общую практику и специализацию. Базовая подготовка врачей общей практики будет продлена, а набор будет вестись более избирательно (раньше брали всех, кто не пошел или не прошел в интернатуру). Эти меры призваны поднять качество общей практики.

Медицинские кадры

Врачи

В 2000 г. во Франции было 194 000 врачей (51% специалистов и 49% врачей общей практики). В последние годы число специалистов растет (в 1985 г. их

Таблица 15. Приток кадров в систему здравоохранения в странах Западной Европы (на 100 000 населения) в 1998 г. В отсутствие данных за 1998 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в сносках).

	Врачи	Акушеры	Дантисты	Медицинские сестры	Фармацевты
Австрия	13,29 ^а	0,50	—	38,36	2,54 ^а
Бельгия	10,91	—	1,96	—	5,17
Дания	6,96 ^а	1,40 ^а	1,48 ^а	33,08 ^а	2,20 ^а
ЕС в среднем	12,09 ^д	—	1,85 ^е	27,31 ^д	3,11 ^а
Финляндия	10,73	4,80	1,82	85,99	6,79
Франция	—	1,00 ^а	—	25,28 ^а	—
Германия	14,36	0,60 ^а	1,90	18,99 ^а	2,00
Греция	—	—	—	—	—
Исландия	15,5 ^а	2,60 ^а	2,58 ^а	36,17 ^а	4,43 ^а
Ирландия	14,34 ^д	5,30	2,10 ^а	36,79	1,39 ^а
Израиль	5,21	0,70	1,04	20,28	0,54
Италия	—	—	—	31,21 ^д	4,34
Люксембург	—	1,20	—	27,20	—
Нидерланды	9,90 ^а	0,60 ^а	1,15 ^а	39,09 ^б	1,32 ^а
Норвегия	—	—	—	—	—
Португалия	5,23	0,30 ^а	2,94	13,11	3,24
Испания	10,51 ^д	—	1,24 ^д	20,65 ^д	—
Швеция	9,47 ^а	2,10 ^а	2,38 ^д	34,14 ^д	—
Швейцария	10,89	1,00	1,49	46,58	2,33
Турция	6,89	4,60	1,43	12,58	1,40
Великобритания	—	—	—	—	—

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

^а 1994, ^б 1995, ^в 1996, ^д 1997.

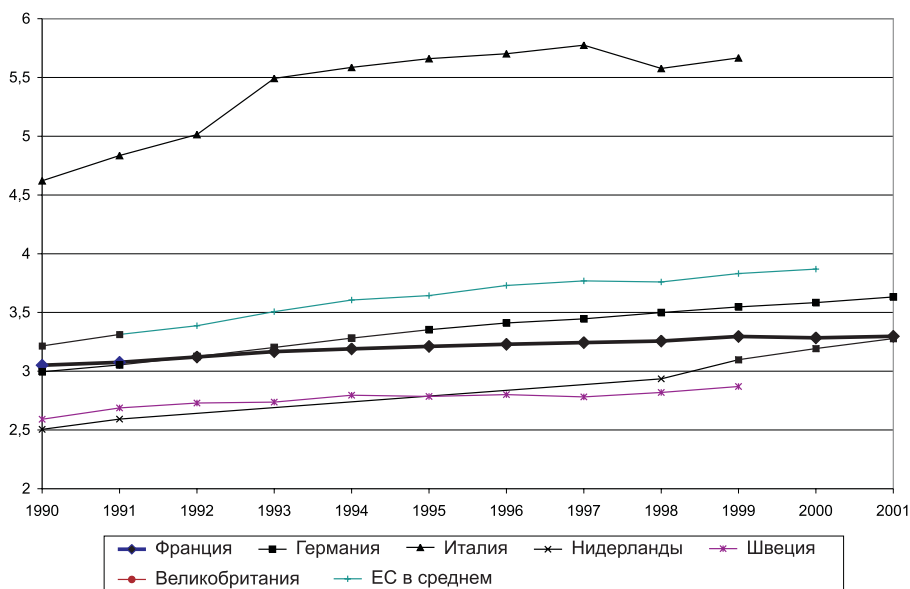
было 45% от общего числа врачей), происходит перераспределение врачей между регионами, все больше врачей работают по найму.

В 2000 г. 50% врачей-специалистов и 29% врачей общей практики занимали штатные должности и получали оклад. Штатные врачи-специалисты работают в основном в больницах (83%) и профилактических центрах (7%), в фармацевтической отрасли и лабораториях. Почти половина штатных врачей общей практики трудится в больницах (45%), 20% — в профилактических центрах (трудотерапия, медицинское обслуживание беременных и детей и другое), остальные — в поликлиниках, социальных службах и в фармацевтической отрасли.

Как уже отмечалось, в недавнем прошлом численность врачей быстро росла, но сейчас она стабилизировалась, а с 2006 г. ожидается ее сокращение. Если сохранятся ограничения приема в медицинские вузы, то в 2020 г. на 100 000 населения во Франции будет приходиться 250—275 врачей (Niel, 2000).

Потребности населения в медицинской помощи, тем более будущие, оценить довольно трудно. Может случиться так, что в результате применения новых методов организации медицинского обслуживания, предусматривающих перераспределение ролей между различными категориями медицинских работников, потребность во врачах уменьшится. Например,

Рисунок 17. Число врачей на 1000 населения во Франции и некоторых странах Западной Европы в 1990—2001 гг.



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

Франция

число офтальмологов на 100 000 населения (сейчас оно равно 9) до 2020 г. планируется сократить вдвое, и это в том случае, если спрос на их услуги не снизится. В данном конкретном примере офтальмологи, скорее всего, станут работать врачами-оптиками и ортоптистами. Однако для подобных замен необходимо наличие соответствующих трудовых ресурсов.

В то же время возможны ситуации, например в сельской местности, когда несколько врачей общей практики захотят выйти на пенсию, но не смогут найти себе замену, или в благополучных районах, где врачи неохотно открывают практики из-за больших нагрузок и специфики контингента больных. Уже сейчас уменьшается численность врачей некоторых специальностей. Именно это происходит со специалистами по анестезиологии и интенсивной терапии, которые несут большой груз ответственности и выполняют множество обязанностей (в 1999 г. для подготовки таких специалистов была создана специальная интернатура).

Обеспеченность врачами по стране колеблется в широких пределах: от 241 врача на 100 000 населения в Пикардии до 425 в Иль-де-Франс, причем различия в обеспеченности специалистами больше, чем в обеспеченности врачами общей практики. Власти пытаются выправить ситуацию, используя дифференцированный подход в рамках системы *numerus clausus*, увеличивая прием в медицинские вузы и интернатуру в тех регионах, где врачей не хватает. Хотя межрегиональные диспропорции за последние 30 лет удалось несколько сгладить, меры по регулированию численности студентов-медиков не всегда оправдывали ожидания. Действительно, 69% врачей работают в том регионе, где они учились, но многие специалисты находят интернатуру в тех регионах, где врачей не хватает, а окончив ее, возвращаются работать в свой регион. В будущем, возможно, удастся выровнять межрегиональные различия, поскольку в тех регионах, где сейчас врачей особенно много (Иль-де-Франс, Прованс — Альпы — Лазурный Берег и другие), велика доля пожилых врачей.

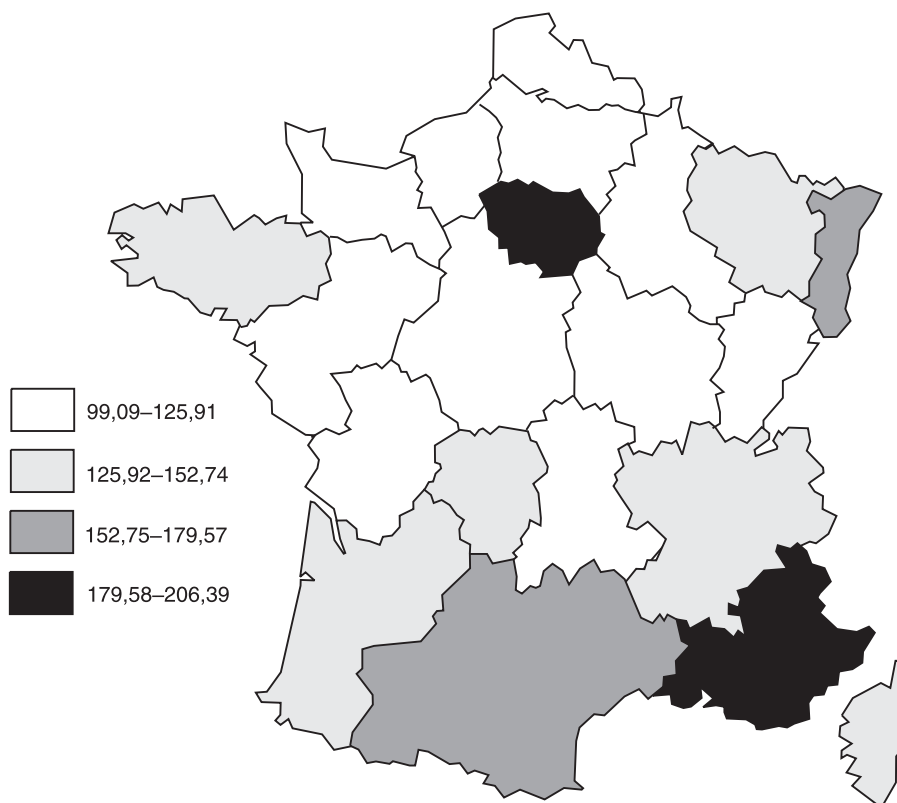
Медицинские сестры

По данным на 1 января 2000 г. во Франции было 383 000 медицинских сестер, 15% из них специализировались на уходе за психиатрическими больными¹. Медицинские сестры имеют право заниматься частной практикой, но почти 83% из них работает по найму, получая жалование. 56% медицинских сестер работают в государственных больницах, 13% — в частных.

В медицинское училище принимают желающих на конкурсной основе по результатам государственных выпускных экзаменов в средней школе (бакалавриат). Базовый курс обучения длится три года, после чего можно продолжить обучение по одной из специальностей — операционная медицинская сестра, детская медицинская сестра, медицинская сестра-анестезиолог. Специализация занимает соответственно 9, 12 или 24 месяца. По оценкам, 75 из каждых 100 принятых студентов в итоге работают медицинскими сестрами.

¹ До 1992 г. предусматривалась специальная подготовка медицинских сестер для психиатрических больниц.

Рисунок 18. Число врачей-специалистов на 100 000 населения в регионах в 1999 г.

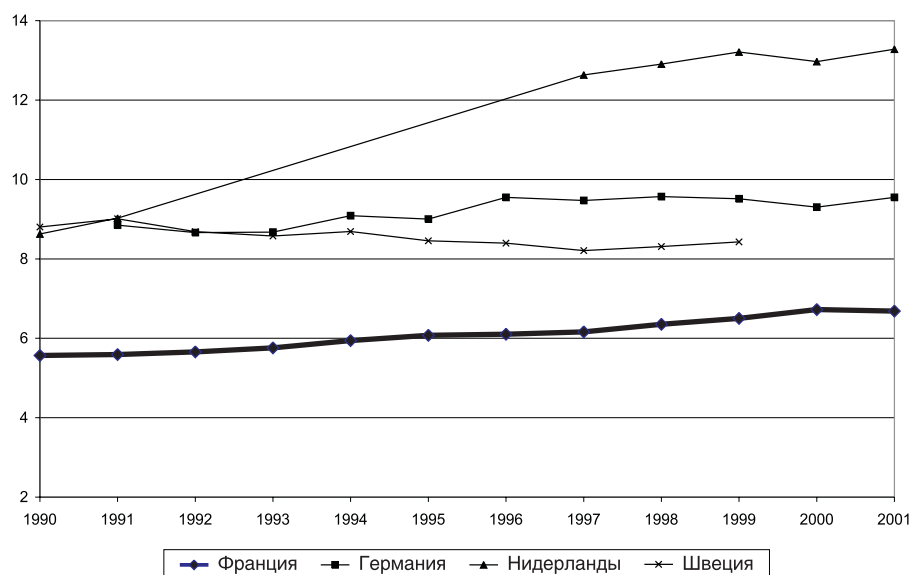


Источник: Центр исследований и документации по экономике здравоохранения (CREDES), Директорат исследований, анализа, оценки и статистики (DREES) 2001 г.

Сегодня во Франции ощущается нехватка медицинских сестер и в ближайшем будущем она может обостриться, учитывая старение кадров и недавно принятые законы, ограничивающие продолжительность рабочей недели 35 часами (даже в больницах). Хотя число мест в медицинских училищах (созданных в 1983 г.) значительно увеличилось (с 18 270 в 1999 г. до 26 180 в 2000 г. и 26 142 — в 2001 г.), в 2001 г. не удалось набрать необходимое число желающих. Чтобы заполнить рабочие места, правительство и больницы поощряют возвращение на работу бывших медицинских сестер или привлекают медицинских сестер из других стран (например, из Испании и Ливана).

В медицинских учреждениях работает 377 000 младших медицинских сестер, осуществляющих общий уход за больными (смену белья, кормление и др.). Они работают по найму и почти не участвуют в амбулаторном обслужи-

Рисунок 19. Число медицинских сестер на 1000 населения во Франции и некоторых странах Западной Европы в 1990—2001 гг.



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

вании больных. Амбулаторным обслуживанием больных в основном занимаются частнопрактикующие медицинские сестры.

В новом плане развития сестринской помощи предусматривается передача частнопрактикующим медицинским сестрам функции согласования лечения пациентов на разных уровнях системы здравоохранения. Часть этой работы предполагается поручить менее квалифицированному персоналу.

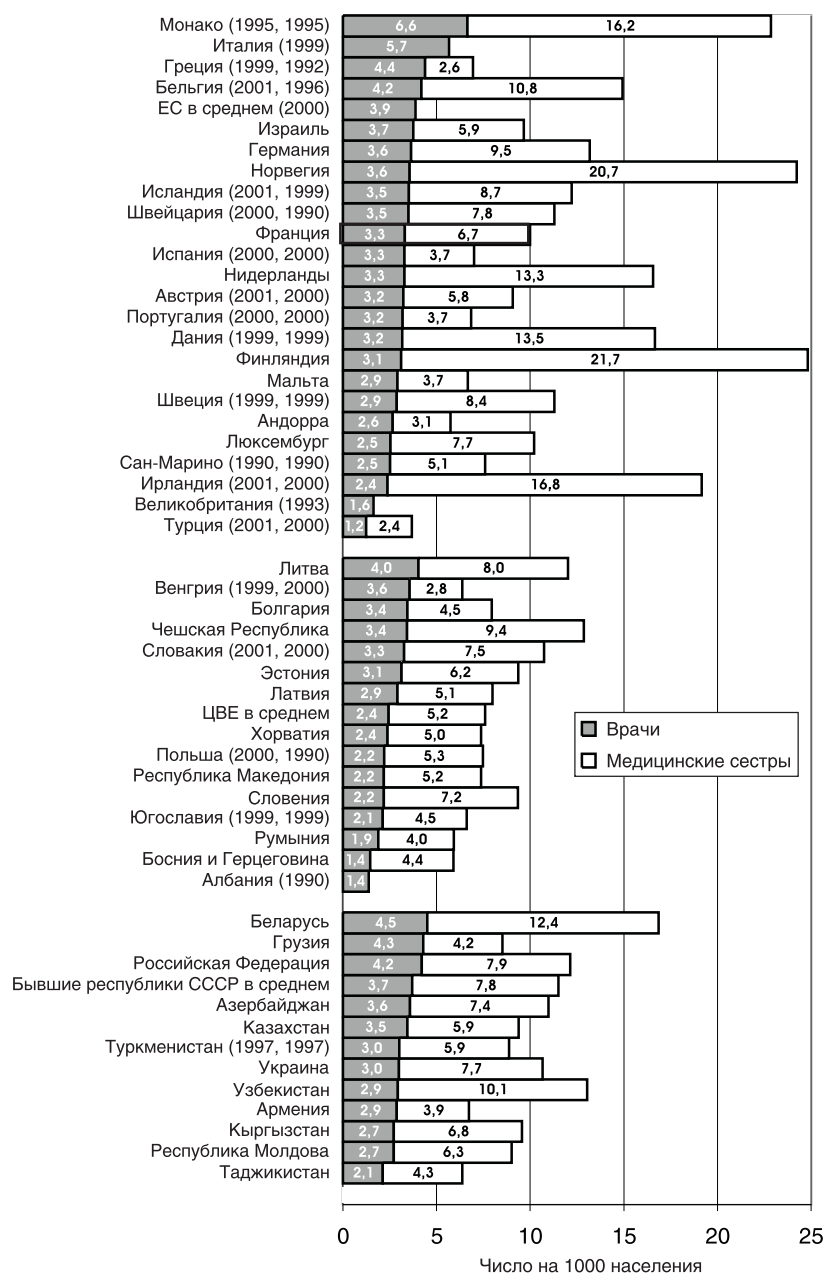
Медицинский персонал нелечебных специальностей

Сестринскую помощь детям оказывают обычные и детские медицинские сестры, а также сестры по уходу за детьми.

Реабилитацией занимаются физиотерапевты, логопеды, ортопеды, психометристы и трудотерапевты. Представители двух последних специальностей работают по найму в больницах. То же касается диетологов. Специалисты по лечению заболеваний стоп могут заниматься частной практикой. Оптики, специалисты по слуховым аппаратам, лаборанты, рентгенолаборанты и персонал скорой помощи относятся к медико-техническому персоналу.

Подготовка большинства этих специалистов занимает три года и обычно осуществляется учебными заведениями, подчиненными министерству здравоохранения. Исключение составляют младшие медицинские сестры, в том

Рисунок 20. Число врачей и медицинских сестер на 1000 населения в странах Европейского региона ВОЗ в 2000 г. В отсутствие данных за 2000 г. приведены последние из имеющихся данных (год указан в скобках)



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

Франция

числе детские (их обучение длится один год), оптики, специалисты по слуховым аппаратам и диетологи (два года), а также логопеды (четыре года).

Другие медицинские работники

В 2000 г. во Франции насчитывалось 40 500 дантистов. Из них 93% занимались частной практикой, остальные работали по найму, в основном в поликлиниках или при органах социального обеспечения. Первый год в высшем учебном заведении будущие дантисты обучаются вместе со студентами-медиками. Прием на второй курс ограничен, зачисление происходит на конкурсной основе по результатам экзаменов. С 1985 по 2000 г. число дантистов во Франции увеличилось на 16,6%, (число врачей в тот же период росло в два раза быстрее).

Некоторые услуги, оказываемые дантистами, — в особенности это касается ортодонтического лечения и протезирования — оказывают и стоматологи (врачи-специалисты). У стоматологов более широкая компетенция: в частности, они выполняют хирургические операции на полости рта и зубах. Из 1400 французских стоматологов 87% занимаются частной практикой.

Акушерки, как правило, работают в родильных отделениях больниц, выполняющих значительную часть родового наблюдения. В 2000 г. этой работой было занято 80% из 14 400 акушерок. 13,5% акушерок занимаются частной практикой, и еще 5% работают в местных консультациях и центрах по охране материнства и детства. С 1988 г. акушерок готовят в течение четырех лет; прием на отделения, готовящие акушерок, ограничен (в 1999 г. было 723 места). С 1985 г. численность акушерок выросла на 57,4%.

В 2000 г. во Франции было 58 000 фармацевтов. 72% из них работают в аптеках, остальные — в лабораториях (12%), медицинских учреждениях, обществах взаимного страхования, а также в службах контроля качества компонентов препаратов крови (15%). С 1990-х гг. численность фармацевтов ежегодно увеличивается на 2,2%, что медленнее, чем было раньше. Это замедление связано с тем, что с 1980 г. набор студентов-фармацевтов был ограничен, а с 1989 г. постоянно уменьшался. Сейчас ежегодно выпускается 2200 фармацевтов.

Специальность биолога можно получить двумя путями: окончив интернатуру для врачей или интернатуру для фармацевтов. В 2000 г. 75% из 10 000 медицинских биологов были фармацевтами.

Лекарственные средства

Лицензирование и возмещение расходов

На французском рынке продается 8250 наименований лекарственных препаратов (соответствующих 4570 различных лекарственных средств). Более половины из них (4500) входят в перечни лекарственных средств, расходы на которые подлежат возмещению. На долю этих льготных лекарств приходится 91,5% товарооборота аптек.

Выход лекарственного средства на рынок возможен лишь при наличии специального разрешения на его продажу, для получения которого в странах Европейского союза предусмотрены три разные процедуры:

- централизованная процедура в Европейском агентстве по оценке лекарственных средств;
- децентрализованная процедура, основанная на принципе взаимного признания, предназначенная для выдачи лицензии на продажу препаратов, уже разрешенные к продаже в одной из стран Европейского союза;
- национальная процедура, с помощью которой лицензию на продажу можно получить в Европейском агентстве по оценке лекарственных средств или во Французском агентстве по контролю безопасности продукции для здравоохранения.

Для получения лицензии на продажу необходимо, чтобы препарат отвечал определенным требованиям к качеству, безопасности и эффективности. На все лекарства, продаваемые во Франции с 1976 г., получены лицензии на продажу. Исключение составляют гомеопатические препараты (для которых эта лицензия не всегда обязательна), лекарства, изготовляемые по рецепту в аптеках, а также лекарства, временно разрешенные к применению¹.

В лицензии указываются условия назначения и продажи препаратов, отпускаемых по рецепту; выделяются препараты, на которые требуются специальные рецепты (наркотики) и препараты, запрещенные к свободной продаже (предназначенные для применения в стационаре, препараты, которые могут быть первоначально назначены только в стационаре, а также те, которые можно принимать только под наблюдением врача).

Фонды социального медицинского страхования возмещают расходы на лекарственные средства, включенные в базовый перечень, утверждаемый приказом министра по рекомендации Комиссии по открытой информации и Экономического комитета по медицинской продукции².

Чтобы попасть в этот перечень, препарат должен либо быть более клинически эффективным или экономически выгодным, чем другие лекарства той же группы. Расходы на лекарства, считающиеся «незаменимыми и особенно дорогими», возмещаются полностью; расходы на лекарства, «применяемые в основном для лечения не очень тяжелых заболеваний», возмещаются на 35%, на остальные лекарства — на 65%³.

С октября 1999 г. для включения лекарственного препарата в базовый перечень необходимо представить подтверждение его преимуществ перед другими препаратами. Комиссия по открытости информации оценивает преимущества препарата по пяти критериям:

- эффективность препарата и его побочное действие;
- важность для лечения в сравнении с другими существующими методами лечения;

¹ Эта процедура предназначена для лекарств, еще не прошедших все стадии клинических испытаний, но уже используемых для лечения серьезных или редких заболеваний, для которых пока нет другого метода лечения.

² Экономический комитет по медицинской продукции создан в 1999 г. вместо Экономического комитета по лекарственным средствам, образованного в 1996 г., и занимается не только лекарственными средствами, но и медицинскими устройствами.

³ На долю лекарств, расходы на которые возмещаются на 35%, приходится 7% в общих расходах на лекарства, возмещаемых фондами государственного медицинского страхования.

- серьезность заболевания, при котором применяется препарат;
- лечебное, профилактическое и симптоматическое действие препарата;
- значение препарата с точки зрения общественного здравоохранения.

Преимущество препарата оценивается в абсолютном выражении для всех видов применения. Если препарат имеет «значительное» (А), «умеренное» (Б) или «небольшое, но оправдывающее возмещение расходов» (В) преимущество, то он может быть включен в базовый перечень на пять лет, после чего оценку повторяют. Уровень возмещения затрат зависит от оценки преимуществ препарата и серьезности заболевания (см. табл. 16).

Комиссии по открытости информации поручено провести переоценку всех препаратов в соответствии с этими новыми критериями. С 1999 по 2001 г. она «забраковала» 835 препаратов (18% лекарств, входящих в действующий базовый перечень). Согласно принятому в 1999 г. постановлению, эти препараты не должны быть в перечне и 84 из них были изъяты из него в сентябре 2003 г. Кроме того, в декабре 2001 г. уровень компенсации был уменьшен с 65% до 35% для 200 препаратов, и цены на них были снижены.

Цены на лекарства устанавливает Экономический комитет медицинской продукции по согласованию с производителями. Цена препарата зависит от его превосходства над другими лекарствами его группы, включенными в базовый перечень, от цен на другие препараты с аналогичными показаниями к применению, от ожидаемого объема продаж, а также от конкретных условий его применения.

В Экономический комитет по медицинской продукции входят представители Управления социального обеспечения, Главного управления здравоохранения, Главного управления по вопросам конкуренции, потребления и борьбы с мошенничеством, Главного управления промышленности, технологии, информации и почтового обслуживания, а также представитель системы государственного медицинского страхования. Комитет также должен обеспечивать соблюдение соглашений с производителями лекарственных средств (CEPS 2002).

Производство, распространение, потребление

С 1995 г. Франция является крупнейшим производителем лекарств в Европе. В стране 300 фармацевтических компаний, в которых занято 90 000 человек. Объем продаж лекарственных средств составляет 24 млрд евро, треть

Таблица 16. Уровень возмещения затрат (согласно постановлению от 27 октября 1999 г.), %

Медицинская полезность	Серьезные заболевания	Более легкие заболевания
Значительная	65	35
Умеренная	35	35
Небольшая, но оправдывающая возмещение расходов	35	35
Недостаточная	0	0

Источник: Агентство социального обеспечения.

произведенных лекарств экспортируется. На долю препаратов, расходы на которые подлежат возмещению, приходится 91,5% товарооборота аптек (SNIP 2000).

Распространение лекарственных средств, равно как и их производство, строго регламентировано как для оптовой, так и для розничной сети. 79% произведенных лекарств распространяется через оптовые компании, 6% поступает непосредственно в розничную сеть, 15% — в государственные и частные больницы.

Сектор оптовой продажи лекарственных средств отличается высокой степенью концентрации: в нем действуют 16 компаний, в которых занято 15 000 человек. Доходы компаний определяются скользящей шкалой оптовых наценок. С апреля 1999 г. оптовая наценка составляет 10,74% для цен до 22,90 евро и 6% для сумм, превышающих этот уровень. Помимо оптовых компаний в оптовом распространении лекарств участвуют 138 фирм, действующих в качестве аптечных складов.

Монопольное право отпуска лекарств населению принадлежит аптекам. Владельцем аптеки может быть только квалифицированный фармацевт, и только фармацевт может создать компанию для управления аптекой. Такой фармацевт или компания могут владеть только одной аптекой. В 2000 г. в стране было 22 700 аптек. Число аптек нормируется в зависимости от численности обслуживаемого населения и расстояния до ближайшей аптеки. Открытие аптек сверх установленной нормы возможно лишь при наличии специального разрешения.

С сентября 1999 г. введена смешанная система оплаты труда фармацевтов, включающая фиксированную сумму (0,53 евро за каждое проданное лекарство и дополнительно по 0,30 евро за некоторые препараты из базового списка) и розничную наценку, определяемую по скользящей шкале (26,1% к отпускной цене производителя для части цены до 23 евро, и 10% для любого превышения этого уровня). Помимо частных аптек, есть аптеки обществ взаимного страхования и аптеки фонда медицинского страхования шахтеров.

Долгое время приобретение лекарств происходило, как правило, следующим образом: больной покупал лекарство, получал положенное возмещение по государственной медицинской страховке и затем оставшуюся часть — по дополнительной страховке. В последнее время страховые фонды все чаще напрямую выкупают лекарства у аптек, так что больные не несут никаких прямых расходов. Таким образом оплачивается до двух третей приобретаемых лекарств. Средний уровень возмещения расходов на назначенные врачом лекарства составляет около 73%¹.

Потребление лекарств во Франции намного выше, чем в соседних странах Европы². Средний француз потребляет за год лекарств на сумму до 380 ев-

¹ Для общей программы медицинского страхования.

² Например, в 1992 г. потребление психолептических средств во Франции было в два-три раза выше, чем в Италии и в четыре раза выше, чем в Германии или Англии; потребление антибиотиков и сосудорасширяющих средств было в два раза выше, чем в этих странах (Lecomte and Paris 1994).

ро. С 1990 г. расходы на лекарства ежегодно увеличиваются на 5,3% (объем потребления — на 4,8%), причем в последние годы этот рост ускорился. 63% общих расходов на лекарства, рецептурных и безрецептурных, покрывает система государственного медицинского страхования, остальную часть вносят в равных долях (по 18,5%) население и фонды дополнительного медицинского страхования.

Государственная политика в области лекарственного обеспечения

Регулирование цен на лекарства является испытанным способом контроля за расходами. Цены производителей, нормы прибыли оптовых и розничных торговых предприятий, а также налоги регулярно пересматривались в сторону понижения, особенно в 1980-х гг.

Тогда же, в 1980-х гг., чтобы уменьшить расходы системы государственного медицинского страхования на лекарства, была уменьшена или отменена компенсация для некоторых лекарств. Так, в 1982 г. была уменьшена ставка возмещения для лекарств от кашля, отхаркивающих средств, флеботоников и некоторых витаминов, в 1985 г. та же участь постигла средства от диареи, спазмолитики и вазодилататоры. Кроме того, в 1992 г. общие уровни возмещения расходов на лекарства (кроме тех, расходы на которые компенсировались полностью) были уменьшены на 5%: с 70% до 65% и с 40% до 35%.

С начала 1990-х гг. политика в области фармацевтики изменилась. Стали применяться меры, способствующие более рациональному применению лекарств, регулирование работы фармацевтической отрасли приняло более договорный характер. С 1994 г. правительство и Национальный профсоюз работников фармацевтической промышленности регулярно заключают «рамочные соглашения». В них определяются общие цели сторон и общие условия для договоров, которые затем заключаются Экономическим комитетом по медицинской продукции с каждым производителем. В соответствии с соглашением, подписанным в июне 2003 г. на период с 2003 по 2006 гг., фармацевтические предприятия и правительство договорились об обмене информацией, о плановом контроле расходов на лекарственные средства, а также о том, чтобы способствовать рациональному использованию лекарственных средств, развитию производства непатентованных препаратов, применению базовых цен и самостоятельному лечению безрецептурными препаратами. Правительство обязалось ускорить процедуры регистрации и предоставить льготы для новых высокотехнологичных препаратов («свободные» цены), лекарств для лечения редких болезней и детских лекарств. В свою очередь, фармацевтические компании обязались проводить анализ применения некоторых лекарств после их внедрения в практику. Помимо этих общих положений, в индивидуальных договорах с каждой компанией устанавливаются цены на препараты, входящие в базовый перечень, с учетом текущего состояния рынка и ожидаемых объемов продаж. К концу 1999 г. было подписано 143 договора, охватывающих 97% общего объема продаж. И наконец, в соответствии с утверждаемым правительством общим

пределом расходов на медицинское страхование (см. раздел «Распределение средств»), правительство может обязать фармацевтические компании возместить перерасход средств на лекарства.

Регулирование врачебных назначений происходит двумя способами. Во-первых, для врачей выпускаются официальные рекомендации по рациональному применению лекарственных средств. Во-вторых, врачи не должны превышать лимит расходов на назначаемые препараты, утверждаемый в соответствии с постановлениями 1996 г. Однако, по причинам юридического характера, не удалось определить санкции на случай превышения врачами этих пределов, и никакие санкции так и не были применены.

Цены на лекарства во Франции относительно низкие, и до 1990-х гг. особой нужды в поощрении использования непатентованных лекарств не было. В 1997 г. вышло распоряжение правительства, в котором было определено понятие непатентованного лекарственного средства, а в 2000 г. Национальный фонд медицинского страхования наемных работников издал и распространил среди врачей справочник по терапевтической эквивалентности лекарственных препаратов и провел широкую кампанию по его рекламе. И наконец, в июне 1999 г. аптекам разрешили заменять патентованные средства непатентованными аналогами, оставляя аптечную наценку такой же, как при продаже оригинального препарата. В проекте соглашения между государством и аптечными профсоюзами предусмотрено даже установление планового задания по замене патентованных препаратов на непатентованные, выполнение которого будет учитываться при очередном пересмотре заработной платы фармацевтов. В конце 1999 г. непатентованные препараты составляли лишь 2% общего объема продажи льготных лекарств. С января 2002 г. врачам разрешено указывать в рецепте международное название препарата (раньше требовалось торговое название).

Медицинские технологии

Продажа и возмещение расходов на медицинские устройства

Под медицинским устройством здесь понимается любое приспособление, инструмент, аппарат, материал или изделие медицинского назначения, кроме продуктов человеческого происхождения. Эти устройства могут применяться для диагностики, профилактики, наблюдения за лечением заболеваний, травм или инвалидности, для изучения и устранения дефектов строения тела человека, для физиологических целей и контроля рождаемости (см. Charvet-Protat and Maisonneuve 2000)¹.

¹ К медицинским устройствам не относятся приборы для диагностики *in vitro*, лекарственные препараты, косметическая продукция, кровь человека и получаемые из нее препараты, органы, ткани или клетки животного происхождения и получаемые из них препараты, кроме тех случаев, когда они попадают в прибор нежизнеспособными, а также средства индивидуальной защиты в соответствии с трудовым законодательством (статьи L 665-3 и R 665-1 законодательства о здравоохранении, определяющие медицинские устройства).

В производстве медицинских устройств занято 20 000 человек, оборот сектора составляет 30 млрд. французских франков. Правила выхода на рынок для всех медицинских устройств общие, а вот условия возмещения затрат отличаются. С 1998 г. для того, чтобы попасть на рынок, медицинское устройство должно иметь европейскую маркировку СЕ. Чтобы ее получить, устройство должно пройти проверку на соответствие определенным требованиям. Такой порядок распространяется не только на медицинские устройства. Маркировка СЕ позволяет продавать товар на рынках стран Европейского союза без дальнейших проверок и является гарантией того, что товар произведен в соответствии с требованиями директив ЕС. В каждой стране Европейского союза есть орган, ответственный за присвоение маркировки СЕ. Во Франции таким органом является товарищество на основе общих экономических интересов, образованное Национальной экспериментальной лабораторией и Центральной лабораторией электротехнической промышленности.

Французское агентство по контролю безопасности продукции для здравоохранения обеспечивает соблюдение нормативных актов, касающихся импорта, испытаний, оптовых продаж, применения, выхода на рынок, рекламы и внедрения продукции медицинского назначения.

Правительство и фонды медицинского страхования согласовывают перечень продукции, расходы на которые подлежат возмещению, и устанавливают ставку возмещения. Порядок возмещения зависит от того, имплантируемые это устройства или нет, могут они использоваться в домашних условиях или нет. Чаще всего используются следующие два варианта.

Во-первых, стоимость медицинского устройства может включаться в компенсацию расходов за хирургическую операцию, в которой оно используется. Например, это касается материалов и устройств, применяемых при проведении диагностической операции, будь то одноразовые изделия, эндоскопы, аппаратура для анестезии или интенсивной терапии. В таких случаях, если процедура выполняется в государственной больнице, то приобретение медицинских материалов и оборудования финансируется из глобального бюджета больницы. Если процедура проводится в частном учреждении или частнопрактикующим врачом, то эти расходы учитываются либо в цене процедуры, содержащейся в официальном перечне медицинских процедур, либо в плате за используемое техническое оснащение (например, фиксированная плата за пользование операционной).

Во-вторых, может возмещаться стоимость самого материала или устройства. Это касается, например, искусственных конечностей, внутренних протезов, имплантантов человеческого или животного происхождения и средств передвижения для инвалидов. В таких случаях устройство включается в межведомственную сетку тарифов на медицинские услуги и Экономический комитет по медицинской продукции, по согласованию с Французским агентством по контролю безопасности продукции для здравоохранения, устанавливает на него «цену ответственности», исходя из которой фонды медицинского страхования рассчитывают сумму возмещения. За одни изделия врачам не разрешено брать плату сверх официальной цены, дру-

гие продаются по свободной цене. На некоторые изделия (например, на зубные протезы) цены часто намного превышают официальные тарифы, и тогда значительную часть расходов несут больные (или фонды дополнительного медицинского страхования).

С 1981 г. Консультативный комитет по льготам в здравоохранении проводит техническую и медицинскую экспертизу устройств, изучает инструкции по эксплуатации и условия применения, анализирует затраты и предлагает «кандидатов» на включение в базовый перечень и «цены ответственности» на них. В состав комитета входят представители министерств здравоохранения и сельского хозяйства, министерства ветеранов войны и трех основных фондов медицинского страхования. В ходе работы комитет консультируется с производителями и медиками.

До последнего времени цены ответственности устанавливались на уровне себестоимости вида продукции, без учета торговой марки. Недавно производители выразили недовольство закрытостью работы комитета и тем, что он не учитывает результатов международной оценки, что приводит к задержке включения их продукции в базовый перечень. Они также недовольны отсутствием оценки медицинской пользы продукции. По мнению производителей, часто устанавливаются слишком низкие цены и обязанность (с 1988 г.) бесплатно предоставлять продукцию для исследовательских целей ставит под угрозу само существование предприятий (Biot and Corbin 1999).

С марта 2001 г. процедуры оценки медицинских устройств и критерии возмещения расходов на них фондами медицинского страхования стали такими же, как и для лекарственных средств. Создан орган, аналогичный Комиссии по открытости информации.

Оценка технологий

Сейчас во Франции оценивается лишь часть новых и существующих технологий; инициатива по оценке в основном предоставлена специалистам и учреждениям. Ожидалось, что недавно созданное Агентство по контролю безопасности продукции для здравоохранения будет проводить более пла-

Таблица 17. Обеспеченность здравоохранения дорогостоящим оборудованием во Франции и некоторых европейских странах в 1997 г. (число единиц оборудования на 1 млн населения)

Страна	Компьютерные томографы	Магнитно-резонансные томографы	Оборудование для лучевой терапии	Литотрипторы
Франция	9,7	2,5	7,8	0,8
Германия	17,1	6,2	4,6	1,7
Италия	14,6	4,1	2,4	—
Великобритания	—	—	3,3	—
США	13,7	7,6	4,4	2,3
Нидерланды	—	—	7,2	—

Источник: Организация экономического сотрудничества и развития 2001 г.

Франция

номерную оценку, но так ли это на самом деле, пока судить рано. Оценкой технологий должно заниматься и Национальное агентство по аккредитации и оценке в здравоохранении, но пока его вклад в этой области очень скромный. Тем не менее, по просьбе Национального фонда медицинского страхования наемных работников, оно провело экспертизу нескольких процедур, чтобы оценить целесообразность их включения в будущий перечень медицинских вмешательств. Недавно оно провело оценку применения магнитно-резонансных томографов с низкой напряженностью магнитного поля.

Надзор в области медицинских технологий, особенно таких дорогих, как магнитно-резонансная или компьютерная томография, обычно осуществляется путем контроля за распространением оборудования (см. раздел «Исторический очерк»). Врачи порой жалуются, что с точки зрения технической оснащённости здравоохранения Франция отстает от своих соседей (см. табл. 17).

Распределение средств

Бюджет здравоохранения и распределение средств

Общий лимит расходов на медицинское страхование (ONDAM)

Начиная с 1996 г., в соответствии с законом о финансировании системы социального обеспечения, парламент ежегодно утверждает общий лимит расходов на медицинское страхование (глобальный бюджет здравоохранения) на будущий год. Первые годы этот бюджет устанавливался путем умножения бюджета здравоохранения за предыдущий год на показатель темпа экономического роста. В 1998 и 1999 гг. темпы роста составили соответственно 2,3% и 2,6%. Однако, если не считать первого года, фактические расходы всегда были больше запланированных, поэтому с каждым годом становилось все труднее уложиться в отведенную сумму.

В 2000 г. изменился способ определения общего лимита расходов на медицинское страхование. Показатель экономического роста стали умножать не на плановые, а на фактические расходы, или хотя бы на предварительную оценку этих расходов по данным на сентябрь, поскольку голосование по бюджету здравоохранения происходит до конца года. Фактически это равноценно одобрению перерасхода и принятию его за основу для установления бюджета на следующий год¹.

В табл. 18 приводятся данные по плановым и фактическим медицинским расходам в 1997—2001 гг. С момента своего введения в 1996 г. общий лимит расходов на медицинское страхование не был превышен лишь в 1997 г. В последующие четыре года фактические расходы были намного выше плановых.

Таким образом, в нынешнем своем виде эта система не работает: нет жесткого ограничения расходов, нет действенных механизмов, которые могли бы обеспечить его соблюдение, правительство само выделяет дополнитель-

¹ Остается опасность того, что фактические расходы могут намного превзойти запланированные, как это случилось в 2000 г.

ные средства в течение года, а принцип глобального лимитирования медицинских расходов наталкивается на сильное сопротивление со стороны профессиональных организаций медиков, в особенности врачей.

Распределение общего лимита расходов на медицинское страхование

Утвержденный парламентом общий лимит расходов на медицинское страхование правительство делит на четыре части:

- медицинское обслуживание в секторе частной практики, в том числе:
 - средства на оплату услуг в секторе частной практики (прежде всего амбулаторных, но также и лечение в частных коммерческих больницах), оказываемых врачами, дантистами, медицинскими работниками нелечебных специальностей и биологами (то есть плата за услуги всех частнопрактикующих медиков и медиков, работающих по найму в частных учреждениях); сюда же относится плата за услуги врачей, занимающихся частной практикой в государственных больницах;
 - врачебные назначения в частном секторе (лекарства, перевозка больных и другое) и пособия по нетрудоспособности;
- медицинское обслуживание в государственных больницах;
- медицинское обслуживание в частных коммерческих больницах (кроме платы за услуги, включенной в первую часть);
- медико-социальная помощь (т. е. финансирование домов для престарелых и инвалидов и других видов обслуживания этих категорий населения).

На 2001 г. глобальный бюджет здравоохранения вырос на 3,5%. При этом его часть, предназначенная для оплаты частной медицинской практики, увеличилась на 3%, для финансирования государственных больниц — на 3,4%,

Таблица 18. Сравнение общего лимита расходов на медицинское страхование и фактических расходов в 1997—2002 гг.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002 ^б
Общий лимит расходов, млрд. евро	91,5	93,6	96,0	100,4	105,7	112,8
Фактические расходы ^а	81,4	95,1	97,6	103,0	108,1	—
Разность: фактические расходы – общий лимит расходов	-10,1	1,5	1,6	2,7	2,4	—
Планируемый уровень роста общего лимита расходов ^а		2,4%	1,0%	2,8%	2,6%	4,3%
Фактический уровень роста расходов	—	4,0%	2,6%	5,6%	5,0%	—

Источник: Счета социального обеспечения.

^а Предварительная оценка на 2001 г.; ^б с 2002 г. изменилась система бухгалтерского учета фондов медицинского страхования, поэтому глобальный бюджет на 2002 г. нельзя строго сравнивать с цифрами за предыдущие годы; если бы правила расчетов не изменились, то уровень роста составил бы 3,8% (вместо 4,3%).

частных коммерческих больниц — на 3,3% и медико-социальной помощи — на 5,8%. С тех пор как был введен общий лимит расходов на медицинское страхование, финансирование медико-социальной помощи растет быстрее, чем финансирование чисто медицинских услуг.

Расходы на медицинское обслуживание в секторе частной практики

С 2000 г. в общем бюджете финансирования частной медицинской практики отдельно выделяется категория «зарезервированные расходы». В нее входят средства на оплату услуг частнопрактикующих медиков и транспортных расходов (расходы на лекарства, протезы и очки не включаются). Этими средствами распоряжаются фонды государственного медицинского страхования, которые должны следить за тем, чтобы уровень роста затрат не превышал установленных правительством пределов в рамках общего бюджета, согласованного правительством и Национальным фондом медицинского страхования наемных работников.

После этого, по идее, фонды медицинского страхования вместе с профсоюзами частнопрактикующих медиков должны установить лимиты расходов на оплату услуг для каждой профессии и предусмотреть меры, позволяющие уложиться в эти рамки¹. Предполагается, что фонды должны регулярно отчитываться перед правительством. Так было лишь в 2000 г. В 2001 г. правительство и фонды медицинского страхования не пришли к соглашению о целевом бюджете. В 2002 г. этот бюджет не был определен.

К другим расходам на лечение в секторе частной практики относятся назначения лекарств и другой медицинской продукции. Для фармацевтического сектора устанавливается отдельный бюджет. В ежегодно принимаемом законе о финансировании социального обеспечения для фармацевтических компаний определяется плановый уровень роста (taux K) товарооборота лекарственных средств, включенных в базовый перечень. Превышение этого уровня влечет за собой наложение штрафов на фармацевтические компании и применение других мер регулирования, которыми ведает Экономический комитет по медицинской продукции (см. раздел «Лекарственные средства»).

Расходы на финансирование государственных больниц

Утвержденный лимит затрат на финансирование государственных больниц делится между регионами таким образом, чтобы способствовать уменьшению межрегиональных диспропорций. При этом учитываются четыре момента:

¹ В 2000 г. увеличение общего бюджета расходов на услуги частнопрактикующих врачей (2%) было распределено между врачами общей практики (1,3%), врачами-специалистами (0,9%), дантистами (0%), лабораториями (0%), медицинскими сестрами (2,1%), логопедами и ортопедами (лечение нарушений зрения) (4%).

- Расчетное общее число дней госпитализации за год, определяемое, исходя из средней занятости койки в стране и демографической структуры региона.
- Сравнительные показатели смертности в регионе с учетом пола и возраста.
- Производительность больниц региона, измеряемая в баллах (см. ниже); стоимость балла для региона рассчитывают делением общего регионального бюджета на объем услуг в баллах (т. е. все случаи лечения в больницах региона объединяют в группы, аналогичные применяемым в США диагностически-связанным группам; число случаев лечения в каждой группе умножают на относительную стоимость лечения одного случая по национальной шкале и полученные произведения складывают); если стоимость одного балла выше средней по стране, то производительность больничного сектора региона считается низкой, и это учитывается при выделении финансирования, даже если этот регион нуждается сильнее других.
- Поток больных между регионами. В 2001 г. темпы роста финансирования в регионах колебались в диапазоне от 2,5% (Париж) до 5,4% (Пуату — Шаранта), в среднем — 3,5%. Стоит задача обеспечить, чтобы три региона, наиболее нуждающихся в развитии стационарной помощи, за пять лет (1999—2004 гг.) догнали те регионы, от которых они меньше всего отстают. За последние три года бюджеты больниц в этих трех регионах увеличились на 14%, в то время как в среднем по стране — на 9%.

Межрегиональные различия в «производительности» начали сглаживаться. Однако производительность — не единственный критерий, который принимается в расчет при распределении финансирования.

Расходы на финансирование частных коммерческих больниц

Ежегодно устанавливается общий целевой бюджет для частных коммерческих больниц. Если фактические расходы превысят запланированные, тарифы на оплату больничных услуг понижают; если расходы будут ниже запланированных, тарифы повышают. В период с 1992 по 1999 г. правительство согласовывало общий бюджет частных коммерческих больниц и изменения тарифов с фондами медицинского страхования и представителями частных коммерческих больниц. С 2000 г. в переговорах участвуют правительство и представители частных коммерческих больниц, а тарифы можно корректировать на региональном уровне. В национальном соглашении определяются следующие условия:

- среднее по стране повышение тарифов;
- среднее повышение по регионам (для уменьшения межрегиональных диспропорций);
- пределы колебаний тарифов в регионах (тарифы для каждой больницы устанавливает региональное больничное управление).

Затем на региональном уровне региональные больничные управления и представители частных коммерческих больниц заключают соглашения о правилах установления тарифов. Эти правила учитывают национальные и

региональные приоритеты в области здравоохранения, а также производительность больниц.

Финансирование больниц

Финансирование больницы зависит от ее статуса. До 1983 г. услуги государственных больниц оплачивались по числу койко-дней, причем стоимость дня лечения рассчитывалась таким образом, чтобы свести бюджет больницы. В сущности, это было ретроспективное возмещение всех расходов государственных больниц. Правда, рост больничного бюджета ограничивался уровнем, ежегодно устанавливаемым министром здравоохранения. В первые годы это ограничение было довольно мягким, но в середине 1980-х гг. его ужесточили и одновременно, вместо старого способа финансирования, был введен метод глобального лимитирования затрат. Сегодня финансирование государственных больниц преимущественно перспективное.

Финансирование коммерческих больниц складывается из двух частей: первая часть — это покрытие (по фиксированным ставкам) расходов на размещение, питание, общий уход за больными и сестринскую помощь, лекарства и расходные материалы; вторая — плата за пользование техническим оснащением, напрямую связанная с характером и объемом выполняемых диагностических и лечебных процедур. Врачи частных коммерческих больниц получают плату за предоставленные услуги.

Частные некоммерческие больницы могут функционировать в рамках государственной системы здравоохранения. В таком случае они финансируются так же, как и государственные больницы; если они не участвуют в

Таблица 19. Лимиты расходов и фактические расходы в разных секторах в 1997—2001 гг.

	1997		1998		1999		2000		2001		2002	
	Лимит	Фактические расходы	Лимит	Фактические расходы	Лимит	Фактические расходы	Лимит	Фактические расходы	Лимит	Фактические расходы	Лимит	Фактические расходы
Частная практика	39,9	39,8	40,8	42,1	41,9	43,6	44,5	47,0	47,6	50,0	—	—
Государственные больницы	37,1	37,1	37,9	37,7	36,7	38,6	39,8	39,9	41,1	41,2	—	—
Частные больницы	6,2	6,2	6,3	6,4	6,3	6,3	6,4	6,5	6,7	6,8	—	—
Медико-социальная помощь	6,1	6,2	6,3	6,6	6,7	6,7	7,2	7,1	7,7	7,5	—	—
Прочее	2,2	2,1	2,3	2,3	2,4	2,3	2,5	2,5	2,6	2,6	—	—
Итого	91,5	91,4	93,6	95,1	96,0	97,6	100,4	103,0	105,7	108,1	112,8	—

Источник: Агентство социального обеспечения; Comptes de la Sécurité Sociale, 1998—2002 гг.

государственном медицинском обслуживании — то, по их выбору, могут финансироваться или как частные коммерческие, или как государственные больницы.

Финансирование стационарной помощи методом глобального бюджета

Фонды медицинского страхования финансируют больницы, участвующие в государственном медицинском обслуживании (государственные и некоторые некоммерческие частные больницы), методом глобального бюджета. Глобальный бюджет больницы определяется по следующим правилам:

1. Каждая больница составляет и передает в региональное больничное управление предварительный бюджет, включающий текущие расходы и доходы от основной деятельности.
2. Региональное больничное управление может потребовать, чтобы больница скорректировала свой бюджет с учетом следующих факторов: общей суммы средств, выделенных министерством здравоохранения региону, первоочередных задач региональной программы развития здравоохранения, соотношения предполагаемых объемов услуг и затрат в сравнении с другими больницами. После того как региональное больничное управление примет бюджет больницы, оно утверждает расходы больницы.
3. Затем рассчитывают глобальный бюджет больницы, вычитая из утвержденных расходов доходы больницы из других источников. В эти доходы входят плата за день пребывания в стационаре, плата за консультации, данные на стороне, продажа лекарств, разрешенных к исключительному распространению в больницах, и оплата больничного питания.

Первоначально бюджеты и глобальные бюджеты устанавливались исходя из расходов прошлых лет и одинакового для всех больниц коэффициента роста. В последние годы региональные больничные управления стали использовать специальную программу автоматизированной обработки медицинской информации (см. ниже). Общих правил установления бюджета нет. Каждое региональное управление само решает, каким образом определять бюджеты больниц, поэтому в разных регионах это происходит по-разному.

Система государственного медицинского страхования выплачивает больнице согласованный глобальный бюджет ежемесячными взносами в течение года, обычно через отделение фонда, обслуживающее территорию, где находится больница. В принципе, больницы не должны превышать утвержденную сумму общих расходов. Им разрешается иметь дефицит только в том случае, если их доходы из дополнительных источников ниже, чем ожидалось. Однако, в целях выполнения бюджета, директор больницы может переносить платежи на следующий год, из-за чего со временем у больницы могут накопиться значительные долги и региональное управление вынуждено будет выделить ей дополнительные средства.

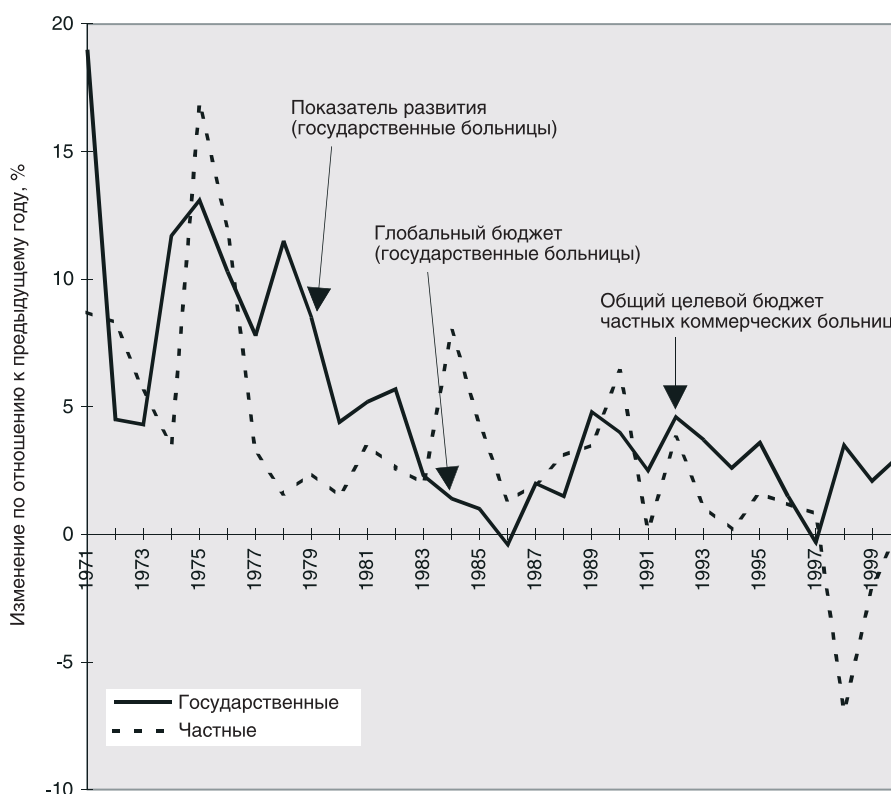
Фиксированная суточная ставка до сих пор используется для расчета доли пациента в совместных платежах.

Частные коммерческие больницы

В 2000 г. доход частных коммерческих больниц складывался из следующих сумм:

- суточная плата за проживание, обеспечивающая покрытие всех расходов по размещению больного, общему и медсестринскому уходу за ним; ее размеры определяются в соглашении, заключаемом на региональном уровне между региональным больничным управлением и представителями частных коммерческих больниц, отдельно по каждому профилю (терапия, хирургия, акушерство и т. д.);
- специальный (национальный) тариф за амбулаторную операцию или лечение (46 или 76 евро в зависимости от характера и объема процедуры);
- фиксированная сумма на оплату расходных материалов при проведении амбулаторных вмешательств; по всей стране она равна 15 евро;
- суточная ставка на оплату лекарственных средств;

Рисунок 21. Динамика роста расходов государственных и частных больниц (с поправкой на инфляцию) в 1971—2000 гг.



Источник: Агентство Социального Обеспечения; Comptes nationaux de la Sante IRDES, DREES.

- и наконец, пользование техническим оснащением для диагностики, лечения или родовспоможения оплачивается по прейскуранту, цены в котором строго пропорциональны расценкам на услуги врачей (это плата за пользование операционной, смотровым кабинетом или родильным залом).

Тарифы, за исключением вышеперечисленных, могут отличаться от региона к региону и от больницы к больнице. В последние десять лет эти различия уменьшились.

Гонорары за терапевтические и хирургические вмешательства, обследования с применением лучевой диагностики и биологических методов, проводимые в частных коммерческих больницах, выплачиваются непосредственно частнопрактикующим врачам, работающим в этих больницах. Как правило, врачи перечисляют часть своих гонораров больнице, в которой работают, в обмен за пользование больничным оборудованием и персоналом.

Размеры гонораров указываются в договоре, который врач заключает с больницей. Они сильно зависят от региона, специальности, а также от особенностей больницы и других конкретных обстоятельств, таких как репутация врача и другое.

За период с 1995 по 2000 г. прибыльность¹ частных коммерческих больниц уменьшилась с 1,9% в 1996 г. до 0,9% в 1999 г. В 2000 г. она снова повысилась до 1,2%.

Программа автоматизации обработки медицинской информации (PMSI) и перспективы финансирования по диагностическим группам

Одним из перспективных методов финансирования больниц является оплата стационарной помощи по твердым ставкам, рассчитанным для диагностических групп. В 2002 г. начались испытания новых методов финансирования государственных и частных больниц. В 2003 г. была создана рабочая группа, которая должна была подготовить внедрение оплаты законченных случаев лечения в терапии, хирургии и акушерстве в 2004—2005 гг. Испытание проводится в государственных и частных больницах на условиях добровольного участия. При этом используются данные по степени потребления ресурсов при лечении, полученные в этих больницах в рамках программы по автоматизации обработки медицинской информации. Эта программа, использующая опыт американской программы Медикэр, начала внедряться во Франции в 1983 г. и получила заметное развитие в 1990-ые гг.

В 1991 г. был принят закон, обязавший частные и государственные больницы оценивать сложность лечебно-диагностического процесса. Для случаев стационарного терапевтического, хирургического лечения или родовспоможения эта оценка состоит в заполнении стандартной формы при выписке каждого больного из стационара. В ней указывается, какие обследования и

¹ Отношение чистой прибыли к объему продаж.

какое лечение проведено за время госпитализации больного, причина госпитализации, сопутствующие заболевания и, если были, осложнения. Затем каждый законченный случай лечения приписывается к одной из 512 однородных групп, разработанных на основе применяемой в США системы диагностических групп.

Для каждой однородной группы больных определяли среднюю стоимость лечения путем обработки соответствующих данных, полученных для выборки больниц. Затем была составлена национальная шкала путем отнесения средних затрат по каждой однородной группе к средним затратам по группе 540 (физиологические роды без осложнений), которой условно присвоили стоимостный коэффициент 1000 баллов.

Таким образом, работу больницы можно количественно оценить, просуммировав баллы по всем случаям лечения. Этот метод, применяемый только для терапевтического и хирургического лечения и родовспоможения в стационарах, позволяет сравнивать работу разных больниц и служит основой оплаты больничных услуг по методу диагностических групп.

Динамика расходов на стационарную медицинскую помощь

Рост расходов на стационарную помощь в государственном секторе явно замедлился после введения «показателя развития» в 1979 г. и финансирования по методу глобального бюджета в 1984 г. С начала 1990-х гг. среднегодовые темпы роста затрат (с поправкой на инфляцию) не опускались ниже 3%. Что касается частных коммерческих больниц, то после введения в 1992 г. общего целевого бюджета для этого сектора, расходы в нем растут очень медленно.

Заработная плата медицинских работников

Методы оплаты труда медицинских работников зависят от того, работают они по найму или занимаются частной практикой. Многие медики совмещают оба вида занятости, в таком случае их общий доход складывается из разных видов заработка.

Частнопрактикующие медики, работающие в рамках соглашений

Частнопрактикующие медики (врачи общей практики, специалисты, дантисты, медицинские сестры, физиотерапевты, акушерки, персонал скорой помощи, логопеды, специалисты по лечению дефектов зрения и лаборанты) оказывают подавляющее большинство амбулаторных медицинских услуг и значительную долю услуг в частных клиниках. При этом оплата производится по гонорарному принципу. Такой метод — особенно это касается врачей — стимулирует производителя рекомендовать больному необязательные услуги. Что с этим делать, пока не совсем ясно, но были приняты меры для того, чтобы установить предел общих расходов на оплату этих услуг.

Большинство частнопрактикующих медиков работают в рамках соглашений, которые регламентируют их отношения с застрахованными пациентами и фондами медицинского страхования. Методы и размеры оплаты их труда регулируются этими соглашениями или минимальными договорными нормами, которые устанавливает правительство в том случае, если соглашение не подписано.

Соглашения заключаются каждые четыре-пять лет. До 1998 г. заключалось единое соглашение для врачей общей практики и специалистов. Позже стали заключать два разных соглашения, отдельно с каждой из этих групп, хотя метод оплаты труда для тех и других остался одинаковым. Национальное соглашение с врачами общей практики вступило в силу 7 декабря 1998 г. Срок его действия — четыре года. Оплата труда врачей-специалистов регулируется сейчас минимальными договорными нормами (см. раздел «Исторический очерк»).

В соглашениях с врачами общей практики, медицинскими сестрами, физиотерапевтами, работниками скорой помощи, логопедами и ортопедистами указывается, в частности, общий лимит расходов на их услуги на год. В случае соблюдения этого лимита тарифы повышают. Кроме того, для медицинских сестер устанавливается отдельный «потолок» расходов; в случае его превышения они должны вернуть часть денег фондам медицинского страхования. Лаборатории тоже обязаны возмещать превышение общего лимита затрат.

Недавно принятый закон усовершенствовал систему соглашений между страховыми фондами и медиками. Новые правила предусматривают три уровня заключения договоров:

- на первом уровне устанавливаются общие правила для всех медицинских работников;
- на втором — специальные условия для каждой профессии;
- если профсоюз, представляющий какую-либо профессию, не подпишет соглашение, то фонды медицинского страхования смогут заключать индивидуальные договора (третий уровень) с медицинскими работниками на оказание профилактических услуг или участие в работе сетей; за это медицинские работники будут получать единовременные доплаты.

В отличие от других частнопрактикующих специалистов, чьи доходы сильно зависят от официальных тарифов, на основе которых рассчитывается страховая компенсация, дантисты включают также доходы от изготовления зубных протезов, цены на которые не ограничиваются и возмещаются в очень малой степени.

Порядок оплаты труда частнопрактикующих медиков

В большинстве случаев частнопрактикующие медики получают плату непосредственно с больного в момент оказания услуги; государственная система медицинского страхования возмещает больному расходы позднее и, как правило, лишь частично (см. раздел «Набор медицинских услуг»). Поскольку частные медики получают плату за каждую оказанную услугу, их общий

доход зависит от объема оказанных услуг, их видов и цен, а их чистый доход до уплаты налогов равен их валовому доходу за вычетом производственных затрат.

Медицинские работники не могут свободно устанавливать цены на свои услуги и должны работать по официальным тарифам, установленным в соглашениях. Но есть и исключения: некоторым врачам дано постоянное право работать по более высоким тарифам, другие предпочли работать в так называемом «втором секторе», со свободными тарифами. Врачи второго сектора теряют некоторые социальные и налоговые льготы, которые есть у врачей, работающих в соответствии с условиями соглашений.

Официальную плату за предоставленную услугу можно рассчитать, зная ее код в официальном перечне и коэффициент при этом коде. В официальных перечнях для каждой профессии указывается стоимость (в виде буквенного кода и коэффициента) различных работ и услуг, расходы на которые возмещает государственная система страхования (см. табл. 20). Буквенный код присваивается группе работ или услуг сходного характера. В настоящее время услуги врачей группируются следующим образом: консультации на приеме, посещения больных на дому, специальные процедуры, хирургические вмешательства, ультразвуковые исследования, физикальные обследования, цитопатологические исследования, процедуры с применением ионизирующего излучения, ортодонтическое лечение, профилактика, зубное протезирование. Свои буквенные обозначения есть для услуг дантистов, акушеров и различных медицинских работников нелечебных специальностей. Коэффициенты при буквенном коде учитывают относительную сложность процедуры в ее группе.

Обновлением официального перечня услуг занимается специальная комиссия. Однако анализ новых методик и экономических условий занимает много времени, что сказывается на адекватности тарифов. Сейчас готовится новая, более подробная классификация (6000 наименований услуг). Экспертные медицинские комиссии оценили каждый из 6000 видов услуг с точки зрения необходимых затрат времени, уровня квалификации исполнителя, напряженности труда и т. д., и теперь проводятся экономические исследования. Внедрение этой классификации, откладываемое, отчасти, из-за возражений некоторых специалистов, запланировано на 2004 г.

Таблица 20. Примеры официальных тарифов на 1 января 2001 г.

Наименование услуги	Цена
Консультация врача общей практики	17,50 евро
Консультация специалиста	22,90 евро
Электрокардиограмма	K 6,5/13,60 евро (K = 2,10 евро)
Рентген легких в передней и боковой проекции	Z 25/33,20 евро (Z = 1,30 евро)
Аппендэктомия	KC 70/146 евро (KC = 2,10 евро)

Источник: Агентство социального обеспечения.

Таблица 21. Доходы частнопрактикующих медиков в 1997 г.

	Врачи общей практики	Хирурги	Отоларингологи	Педиатры	Дантисты	Медицинские сестры	Массажисты
Средний заработок по профессиям, тысячи французских франков	590	1014	853	575	944	283	328
Индекс (ВВП на душу населения = 1)	4,3	7,4	6,3	4,2	6,9	2,1	2,4
Валовой доход (до уплаты налогов) по профессиям, тысячи французских франков	333	578	439	315	384	179	166
Индекс (валовой доход на душу населения = 1)	3,8	6,5	5,0	3,6	4,3	1,9	1,9
Индекс (средняя заработная плата управленческого персонала = 1)	1,4	2,4	1,8	1,3	1,6	0,7	0,7
Индекс (средняя заработная плата рабочих = 1)	3,5	6,1	4,7	3,3	4,1	1,8	1,8

Источник: IRDES/DREES 2001 г., INSEE 2001 г.

До недавнего времени в заявках на возмещение расходов, подаваемых больными или производителями услуг, указывалась лишь стоимость оказанной услуги, но не ее вид, который невозможно было определить, поскольку разные услуги могут стоить одинаково. В будущем в этих заявках будет указываться вид услуги, что повысит качество информации, собираемой страховыми фондами. Это уже делается для лабораторных анализов.

Официальная цена услуги рассчитывается умножением соответствующего коэффициента на «цену» буквенного кода. Цены для кодов указаны в приложениях к соглашениям.

В соглашениях с некоторыми профсоюзами разрешается пересмотр тарифов в сторону повышения или понижения в зависимости от выполнения или невыполнения плановых лимитов расходов. В 2000 г.¹ было сделано несколько изменений. В частности, была введена доплата врачам общей практики за прием пациентов в возрасте от 75 лет и старше, подорожали консультации акушеров, услуги медицинских сестер, логопедов, подешевели ультразвуковые обследования и лабораторные анализы. С 2002 г. в специальных соглашениях о правилах добросовестной практики, подписанных медиками и фондами медицинского страхования, повышение тарифов на услуги было

¹ Следует напомнить, что в 2000 г. фонды медицинского страхования несли ответственность за исполнение бюджета расходов на услуги частнопрактикующих врачей.

увязано с соблюдением медиками этих правил. Например, в соглашении, подписанном в июне врачами общей практики, предусматривалось повышение платы за прием в обмен на обязательства врачей общей практики отдавать предпочтение в назначениях непатентованным препаратам и способствовать сокращению расходов страховых фондов на оплату «необоснованных» посещений на дому.

Доплаты врачам общей практики за регулирование доступа к медицинской помощи

В 2001 г. врачи общей практики, взявшие на себя функцию регулирования доступа больных к разным уровням медицинской помощи, получали фиксированную доплату в размере 46 евро в год за каждого прикрепившегося пациента. Эта сумма в 2,6 раз выше стоимости консультации и служит мощным финансовым стимулом для врачей. Распространение такой системы на всех пациентов могло бы сильно увеличить расходы страховщиков. Самый крупный фонд медицинского страхования тратит на услуги врача общей практики в среднем 69 евро в год на человека, так что в случае полного перехода на эту систему его расходы увеличились бы на 67%. Несмотря на мощные финансовые стимулы для врачей, лишь 10% врачей общей практики и 1% пациентов перешли на такую систему.

Общий доход врача

В табл. 21 приведены суммарные валовые и чистые доходы работников некоторых медицинских профессий в сравнении с общими экономическими показателями. В 1997 г. валовой доход врача общей практики был в 4,3 раза выше ВВП на душу населения, а его чистый доход до уплаты налогов на 40% превышал среднюю заработную плату управленческого персонала. Доходы специалистов сильно зависят от области специализации. Чистый доход хирурга может в 6,5 раз превышать заработную плату управленца, чистый доход педиатра меньше, чем у врача общей практики.

Врачи, работающие по найму в государственных больницах

Врачи, работающие в государственных больницах, являются государственными служащими и, как таковые, пользуются определенными льготами. Методы и размеры оплаты труда зависят от категории врача:

- врачи клинических больниц относятся к государственным служащим, так как участвуют в обучении студентов; их заработная плата в более или менее равной степени складывается из платы за преподавание, которую платит университет, и платы за лечение больных, которую платит больница; размеры заработной платы зависят от квалификации и занимаемой должности;
- полностью или частично занятые врачи больницы, штатные или работающие по договору, получают ежемесячную плату в соответствии со своей ка-

тегорией и продолжительностью рабочего времени; кроме того, они получают различные надбавки за дежурства и вызовы;

- внештатные врачи (*attachés*), периодически привлекаемые к работе в больнице, получают ежемесячную сдельную оплату и надбавки за вызовы.

С 1958 г. для того, чтобы сделать работу в государственных больницах более привлекательной для врачей, врачам клинических больниц разрешили по совместительству заниматься частной практикой непосредственно в больнице. Плату за их услуги получает администрация больницы. Она удерживает часть платы за использование кабинета и оборудования, а остальное передает врачу. Удерживаемая сумма зависит от вида оказанной услуги.

В 1998 г. чистая средняя заработная плата штатного врача больницы была 51 500 евро, что очень близко к чистому доходу частного врача общей практики.

Реформы здравоохранения

Зачем понадобились реформы

Анализ системы здравоохранения Франции показывает, что она уже несколько десятилетий решает ряд серьезных вопросов. Однако в последние годы возникли новые задачи и приоритеты несколько изменились.

Особенности французской системы здравоохранения

Как уже отмечалось, во Франции сложилась система здравоохранения смешанного типа, соединившая в себе разнообразные принципы организации:

- она представляет собой нечто среднее между системами Бевериджа и Бисмарка — финансируется за счет взносов медицинского страхования и находится под жестким контролем государства;
- в ней действуют государственные и частные фонды медицинского страхования, совместно финансирующие одни и те же услуги, оказываемые одними и теми же производителями одним и тем же группам населения;
- в ней есть государственные и частные производители услуг, в том числе частные коммерческие больницы;
- система финансируется из общественных источников и предоставляет больным свободный выбор врача и неограниченный доступ к услугам, а врачам — свободу профессиональной деятельности;
- в управлении системой участвуют государство и фонды медицинского страхования.

Смешанный характер системы отражает баланс интересов социальной справедливости, свободы и экономической эффективности, но в то же время порождает структурные трудности, дающие толчок к реформированию здравоохранения.

Цели реформ

Реформы здравоохранения во Франции нацелены на решение перечисленных ниже задач. Содержание реформ и их результаты анализируются в следующем разделе.

Сдерживание затрат — постоянная задача

Нефтяной кризис 1974 г. замедлил рост экономики и породил волну безработицы. Финансирование системы здравоохранения, «привязанное» к заработной плате, стало ухудшаться. В этой ситуации на первый план вышла задача сдерживания затрат, которая не утратила своей важности и по сей день.

Организационная структура французской системы здравоохранения мешает достижению этой цели. Трудно контролировать расходы в системе, где больные и производители услуг пользуются неограниченной свободой, где общественное финансирование медицинского обслуживания и ретроспективное возмещение расходов, где фонды медицинского страхования не несут реальной финансовой ответственности.

Поэтому неудивительно, что французская система здравоохранения является относительно дорогой, по международным стандартам, и что замедление роста затрат, достигнутое в большинстве стран в 1980-х гг., здесь началось лишь во второй половине 1990-х гг.

Хотя относительно дорогое здравоохранение обеспечивает удовлетворенность пациентов и хорошие показатели здоровья населения, вопросы сдерживания затрат обсуждаются постоянно, поскольку многие меры по уменьшению роста расходов оказались неэффективными и были встречены в штыки профессиональными объединениями, в первую очередь объединениями врачей.

Управление системой здравоохранения

Второй важный момент — организационная сложность французской системы здравоохранения и вытекающий отсюда конфликт полномочий. Особенно он заметен в отношениях между фондами медицинского страхования и государством, которые за последние десять лет ухудшились. Поиску баланса полномочий уделяется все больше внимания.

В 1990-х гг. прошла реорганизация системы, при этом часть полномочий была передана регионам, повысилась роль парламента и была сделана попытка разграничить полномочия государства и медицинских страховых фондов.

Эти перемены соответствовали одновременно проводившейся реформе общественно-государственного финансирования здравоохранения, предусматривавшей замену взносов с заработной платы на налог с общего дохода.

Тем не менее вопрос отнюдь не решен, особенно если учесть, что самая влиятельная организация работодателей вышла из состава правления органов медицинского страхования в сентябре 2001 г. и теперь выступает за реформу, обеспечивающую конкуренцию страховщиков.

Эффективность системы здравоохранения и вопросы медицинской безопасности

Несмотря на сложное устройство французской системы здравоохранения и связанные с этим трудности в управлении, ее эффективность до недавнего

времени не вызывала сомнений, и в 2000 г. французская система здравоохранения заняла первое место в рейтинге Всемирной Организации Здравоохранения (WHO 2000). Высокая оценка стала возможной главным образом благодаря наличию множества различных производителей услуг, высокой степени свободы врачей и пациентов, широкому спектру услуг, покрываемых государственной системой медицинского страхования, доступности медицинской помощи и отсутствию очередей на лечение. Население в целом довольно хорошо удовлетворено нынешней системой здравоохранения.

Положительный настрой был несколько подпорчен скандалом вокруг зараженной крови, выветившим организационные недостатки системы и отправившим на скамью подсудимых трех министров, один из которых был признан виновным в неисполнении служебного долга в отношении обеспечения безопасности. С тех пор политики и общество стали уделять больше внимания обеспечению медицинской безопасности. Сегодня, принимая меры в связи со скандалом вокруг так называемым «коровьего бешенства», правительство руководствуется принципом предосторожности.

Помимо вопроса безопасности, возникли новые важные задачи в области общественного здравоохранения и повышения качества медицинской помощи. В последние годы правительство предпринимает усилия для их решения, не считаясь с затратами. В 2004 г. ожидается принятие новой грандиозной программы в области общественного здравоохранения, нацеленной на решение порядка сотни задач за пятилетний срок.

Социальная справедливость в здравоохранении

Вопрос о социальной справедливости возник на повестке дня после того, как стало широко известно о различиях в уровнях смертности разных слоев населения и о неравенстве доступа к медицинской помощи. Статистика выявила значительную разницу в продолжительности жизни между работниками физического труда и старшими управляющими, более низкий уровень стоматологического и специализированного медицинского обслуживания неимущих и подтолкнула общество к обсуждению вопросов обеспечения справедливости во французской системе здравоохранения.

Решающим шагом стало принятие закона о всеобщем медицинском страховании (1999 г.). И снова задача обеспечения справедливости возобладала над задачей по сдерживанию затрат, поскольку эта реформа явно нацелена на увеличение доступности медицинской помощи для людей с низкими доходами и, следовательно, приведет к росту расходов.

В связи с децентрализацией встал вопрос о межрегиональных диспропорциях и были приняты некоторые меры по их сглаживанию, особенно в секторе стационарной помощи.

Резюме

Сдерживание затрат остается центральной задачей нынешних реформ. Именно на ее решение была нацелена реформа Жюппе — самая значитель-

ная реформа 1990-х гг., если не считать введения глобального лимитирования затрат. Однако сдерживанием затрат все чаще приходится жертвовать для достижения других целей: обеспечения качества, справедливости и безопасности медицинской помощи. Ряд мер по решению последних задач был принят, не считаясь с затратами.

Реформы и законодательство

В этом разделе рассказывается о том, какие реформы были проведены в 1990-х гг. и что они дали. Но сначала три замечания. Во-первых, в 1990-х гг. некоторые страны (например, Великобритания) провели всеобъемлющие преобразования систем здравоохранения. На этом фоне французские реформы выглядят довольно скромно, несмотря на то что реформа Жюппе сильно изменила организационную структуру здравоохранения, управление и регулирование.

Во-вторых, идеи о свободной конкуренции, внутренних рынках и экономической децентрализации, вдохновлявшие реформы 1990-х гг. во многих странах, во Франции всерьез никогда не рассматривались. Это связано с французской культурой и традиционно сильной ролью государства. К тому же во Франции не было серьезных стимулов для таких преобразований: у больных уже была свобода выбора, гонорарная форма оплаты подстегивала производителей и очередей на лечение практически не было.

И наконец, тенденция к децентрализации управления во Франции была слабее, чем в других европейских странах, поскольку полномочия, переданные на региональный уровень, исполняли региональные управления, а не выборные органы власти.

Сдерживание затрат

Как обычно, меры по сдерживанию затрат направлены на регулирование спроса (часто путем повышения доли пациента в совместных платежах) и предложения (планирование стационарной помощи, ограничение приема в медицинские вузы, контроль цен).

Регулирование спроса

Попытки сдержать спрос, уменьшая ставки возмещения расходов государственными фондами медицинского страхования, продолжались до 1993 г., после чего доля в совместных платежах, покрываемая больными, больше не увеличивалась. Затем стали вводиться меры другого характера, нацеленные на направление спроса и поощрение более рационального поведения потребителей. Эти меры включают ведение медицинской документации для того, чтобы регистрировать контакты пациента с системой здравоохранения и избегать необоснованных или противоречащих друг другу назначений, и прикрепление больных к врачам общей практики, регулирующим доступ к спе-

циализированной медицинской помощи. Однако врачи и больные сочли, что такой порядок ограничивает их свободу. В результате первая мера быстро перестала применяться. Вторую меру, тоже непопулярную, правительство попыталось подкрепить, удвоив сумму вознаграждения врачам общей практики за выполнение функции по регулированию доступа (с 1 января 2000 г. с 23 евро до 46 евро на прикрепленного больного).

Закон о всеобщем медицинском страховании (1999 г.) был принят несмотря на то, что он способствовал росту спроса на медицинские услуги. Тем самым обеспечение справедливости было признано более важным, чем сдерживание затрат. Этот закон сделал медицинские услуги еще более доступными: он полностью охватил государственным медицинским страхованием население Франции, освободил малообеспеченные слои населения от прямых платежей и бесплатно предоставил им дополнительное медицинское страхование¹.

С середины 1990-х гг. усилия по сдерживанию затрат были сконцентрированы на стороне предложения. От старых методов не отказались, но их эффективность в последние годы все чаще подвергается сомнению.

Ограничение приема в медицинские школы

Сокращение приема в медицинские учебные заведения началось в конце 1970-х гг. В результате рост численности врачей остановился, а в следующие двадцать лет должен значительно уменьшиться.

Еще недавно все, включая медиков, были согласны в том, что во Франции слишком много врачей. Однако в последние годы настроения заметно изменились и появились опасения, что возникнет дефицит врачей некоторых специальностей или в некоторых местностях. Франции приходится приспосабливаться к новым условиям, не имея большого арсенала средств регулирования распределения врачей. Несмотря на относительно большую численность врачей (330 на 100 000 населения), уже появились трудности с набором врачей на такие специальности, как анестезиология или акушерство и гинекология.

Вследствие этого прием студентов снова был увеличен (с 3850 в 1998 г. до 4100, 4700 и 5200 в 2002—2003 гг.) и, возможно, еще будет увеличиваться. Если квота приема в медицинские вузы будет равна 6000 мест в год, то в 2020 г. во Франции на 100 000 жителей будет 275 врачей.

Планирование стационарной помощи

После введения в начале 1980-х гг. специального инструмента для планирования медицинской помощи — санитарной карты страны (*carte sanitaire*) (см. раздел «Исторический очерк») — число коек в больницах для лечения острых состояний сократилось с 6,2 до 4,4 на 1000 населения.

¹ В 2000 г. финансовые последствия были незначительными: рост расходов по этим причинам составил 0,3—0,5%, а в целом расходы на амбулаторную помощь выросли на 7,8%.

В последние десять лет, с введением региональных стратегических планов развития здравоохранения, подход к планированию стационарной помощи стал более качественно-ориентированным, учитывающим географическое распределение и предусматривающим создание сетей больниц. Одной из основных целей региональных стратегических планов развития здравоохранения на 1994—1999 гг. было слияние медицинских учреждений и закрытие мелких больниц, с трудом комплектуемых штаты. В соответствии с планами на 1999—2004 гг. больницы были разделены на категории в соответствии с их техническими возможностями по оказанию перинатальной и неотложной медицинской помощи и организация их сотрудничества. К концу 2001 г. в целом по стране прошло более 300 реорганизаций с целью слияния, закрытия и перепрофилирования (например, с лечения острой патологии на восстановительное лечение) больниц и больничных отделений.

Ценовое регулирование

До сих пор цены на лекарства устанавливает правительство, но если раньше они были ниже среднемировых, то сейчас о ценах на новые препараты этого не скажешь. Вопросы ценообразования решаются теперь в рамках общих соглашений с производителями лекарственных средств, в которых устанавливаются плановые задания по объемам производства рецептурных препаратов и снижению расходов на рекламу. Такая тенденция к согласованию цен и объемов производства на уровне всей отрасли является общей и для других секторов здравоохранения (см. ниже).

Продолжается поиск новых способов финансирования производителей услуг. Существенные недостатки есть у гонорарной формы оплаты, подвергается сомнению обоснованность различий в тарифах на услуги государственных и частных коммерческих больниц. Недавно начался эксперимент по внедрению финансирования на основе диагностических групп (см. раздел «Финансирование больниц»).

Новые методы

В дополнение к традиционным методам разработаны новые механизмы сдерживания затрат, предусматривающие установление лимитов расходов по секторам и видам медицинской помощи. Частные коммерческие больницы, медицинские лаборатории и частнопрактикующие медицинские сестры согласились соблюдать такие лимиты еще в 1992 г. Однако все попытки получить согласие врачей неизменно терпели неудачу, а утвержденные парламентом глобальные лимиты расходов, как правило, превышались.

И все же рост затрат на здравоохранение несомненно замедлился и разрыв между темпом роста затрат на здравоохранение и темпом роста экономики сократился с 3 пунктов в 1970 г. и 2 в 1970-х гг. до 1 пункта в 1990-х гг. К концу 1990-х гг. скорости роста были одинаковы, правда, затем начали довольно быстро расходиться.

Реформа институтов и управления

Реформа Жюппе (1996 г.) перераспределила ответственность в системе здравоохранения, передав часть полномочий:

- с национального уровня на региональный, а также
- от фондов медицинского страхования государству, правда, последний момент, возможно, более спорный.

Усиление регионального уровня

Шаги в этом направлении предпринимались и раньше, однако реформа Жюппе способствовала значительным переменам, введя три новых института:

- региональные больничные управления, которые отвечают за планирование стационарной помощи (как в государственном, так и в частном секторах), распределение финансирования по государственным больницам и корректировку тарифов для частных коммерческих больниц; они являются связующим звеном между государством и фондами медицинского страхования на региональном уровне;
- региональные объединения фондов медицинского страхования (URCAM), которые связывают на региональном уровне три главные программы медицинского страхования;
- региональные конференции по здравоохранению, которые оценивают потребности региона в медицинском обслуживании и устанавливают региональные приоритеты в области здравоохранения.

Децентрализация стала поворотом на 180 градусов по сравнению с политикой двух предыдущих десятилетий, направленной на централизацию управления здравоохранением. Критики реформы отмечают, что создание новых структур произошло без ликвидации старых, что усложнило систему и создало почву для конфликтов.

Организационное строительство на региональном уровне продолжается. В марте 2002 г. принят закон о создании региональных советов по здравоохранению путем слияния нескольких комиссий. Обсуждаются возможности создания региональных управлений здравоохранения, расширения функций региональных больничных управлений.

Государство и фонды медицинского страхования

До 1990 г. фонды медицинского страхования в основном отвечали за частный сектор (амбулаторные услуги частнопрактикующих медиков и лечение в частных коммерческих больницах), отношения с которым регулировались национальными соглашениями между фондами медицинского страхования и профессиональными организациями медиков. Государственные больницы и фармацевтическая отрасль находились в ведении правительства. Оно же занималось планированием стационарной помощи на региональном уровне (включая частные коммерческие больницы).

С 1996 г. государство приняло на себя новые обязанности:

- утверждение парламентом глобального бюджета здравоохранения, ежегодное принятие закона о финансировании социального обеспечения; до сих пор парламент в основном обсуждал финансовые вопросы, но в будущем, возможно, он будет участвовать и в формировании здравоохранительной политики;
- распределение утвержденного парламентом общего лимита медицинских расходов по секторам здравоохранения;
- заключение соглашений с частными коммерческими больницами (и, таким образом, со всем сектором стационарной медицинской помощи).

Несмотря на все попытки, пока не удалось четко разграничить компетенцию государства и страховых фондов, и в последние годы в отношениях государственных органов с фондами медицинского страхования нередко возникали конфликтные ситуации. Как уже говорилось, этот вопрос еще далеко не решен.

Качество и безопасность медицинской помощи и общественное здравоохранение

В последние годы был принят целый ряд мер по повышению качества и безопасности медицинской помощи во Франции. Например, в секторе амбулаторной помощи делается следующее:

- разрабатываются и распространяются практические руководства;
- увеличен срок обучения врачей общей практики;
- создаются сети производителей медицинских услуг с целью обеспечения преемственности и непрерывности лечения;
- развиваются информационные системы.

Созданы различные агентства, отвечающие за безопасность лекарств, продовольствия и медицинских услуг (см. раздел «Исторический очерк»).

Разработаны специальные государственные программы по улучшению медицинской помощи при онкологических заболеваниях, астме, психических заболеваниях, хронической почечной недостаточности, программы по обезболиванию и другие. В 2004 г. будет принят закон об общественном здравоохранении, в котором поставлено около ста задач на пятилетний срок.

Обеспечение справедливости в отношении медицинской помощи

В январе 2000 г. было введено всеобщее медицинское страхование. К концу 2001 г., по новому закону государственное медицинское страхование было бесплатно предоставлено 900 000 человек, а дополнительное добровольное медицинское страхование — 4,3 млн человек (из которых лишь немногие были ранее застрахованы за счет местных органов власти).

Пока еще рано судить о том, насколько повлияло введение всеобщего медицинского страхования на доступность медицинской помощи. В первый

год (2000 г.) расходы на амбулаторную помощь тем, кто был бесплатно дополнительно застрахован по закону о всеобщем медицинском страховании, в среднем были выше, чем у остального населения, особенно это касается услуг врачей общей практики. Однако эти люди в среднем болеют чаще и поэтому трудно сказать, является ли сегодня медицинская помощь столь же доступной для них, как для других слоев населения. Что касается стоматологического лечения и очков (в малой степени покрываемых государственным медицинским страхованием), то потребление этих услуг бесплатно застрахованными было ниже среднего.

Распределение финансирования стационарной медицинской помощи в регионах производится с учетом потребностей населения в медицинской помощи и производительности больниц с тем, чтобы обеспечить в перспективе более справедливое распределение средств. Больницы пока медленно учатся исполнять свои глобальные бюджеты, однако более бедные регионы достигли в этом отношении определенных успехов.

В 1997 г. была сделана попытка распространить такую систему на амбулаторное обслуживание, но на практике это оказалось трудноосуществимым, поскольку при этом устанавливались лимиты затрат, но не было реального распределения средств, как при финансировании больниц. Эта идея впоследствии была оставлена.

Тарифы на услуги частных коммерческих больниц колеблются в регионах в зависимости от показателей производительности, правда, пределы этих колебаний невелики. В 2001 г. колебания в ценах на терапевтические, хирургические и акушерские вмешательства составляли от 1% до 1,5%.

Хронология реформ здравоохранения в 1990—2003 гг.

Ниже в хронологическом порядке перечисляются упомянутые выше важные политические меры в области здравоохранения.

1990–1991 гг.

- Принятие закона Эвена (закон № 91-32 от 10 января 1991 г.), регулирующего прямую и косвенную рекламу алкоголя и табака, запретившего курение в общественных местах и исключившего цену на табак из общего индекса цен для того, чтобы ее можно было свободнее увеличивать;
- ограничение перехода врачей во второй сектор;
- введение общего социального взноса в целях более устойчивого финансирования социального обеспечения;
- принятие закона о больницах, который ввел региональные стратегические планы развития здравоохранения в качестве инструмента для планирования оснащенности стационаров на региональном уровне.

1992 г.

- Введение общих лимитов расходов для биомедицинского сектора, медсестринского ухода и частных коммерческих больниц с возможностью применения санкций в случае превышения лимитов.

1993 г.

- Закон Луи Телада (№ 93-8), регулирующий отношения между медиками и фондами медицинского страхования, в частности, предусматривающий установление лимитов роста медицинских расходов, введение официальных рекомендаций по добросовестной практике, кодирование вмешательств и диагнозов, а также создание региональных союзов частнопрактикующих врачей с тем, чтобы они участвовали в анализе работы системы здравоохранения, мероприятиях в сфере общественного здравоохранения и контролировали качество лечения;
- соглашение от 21 октября 1993 г., которое ввело в силу закон Луи Телада, утвердив лимиты роста расходов и официальные рекомендации по добросовестной практике;
- закон об обеспечении безопасности лекарственных средств и переливания крови (закон № 93-5 от 4 января 1993 г.), учредивший два соответствующих агентства;
- последнее, на сегодняшний день, повышение доли в совместных платежах, покрываемой больными.

1994 г.

- Создание Французского института трансплантации (закон № 94-43 от 18 января 1994 г.);
- заключение рамочного соглашения (24 января) между правительством и представителями фармацевтической промышленности о пересмотре цен в том случае, если объем потребления превысит установленный уровень.

1995 г.

- 15 ноября: оглашение плана Жюппе. Основные направления реформы:
- перестройка управления, в том числе усиление роли парламента, создание региональных больничных управлений, перераспределение полномочий между правительством и фондами медицинского страхования;
- обеспечение социальной справедливости в здравоохранении путем распространения медицинского страхования на все население Франции;
- повышение качества лечения (увеличение срока подготовки врачей, непрерывное медицинское образование, официальные практические руководства, аккредитация);
- испытание новых методов медицинского обслуживания;
- закон № 95-1348 от 30 декабря 1995 г., разрешивший правительству осуществлять законодательную деятельность по реформированию системы социальной защиты путем принятия постановлений.

1996 г.

- Конституционный акт (№ 96-138 от 22 февраля 1996 г.) ввел порядок ежегодного принятия закона о финансировании социального обеспечения, в котором оцениваются доходы органов социального обеспечения в предстоящем году и устанавливается максимальный уровень роста общих расходов по программам медицинского страхования; в этом акте также утвер-

ждены направления политики правительства в области здравоохранения и социального обеспечения.

Через некоторое время после объявления плана Жюппе были приняты пять постановлений:

- постановление № 96-344 о мерах по организации социального обеспечения, распределяющее ответственность между государством и системой социального обеспечения;
- постановление № 96-345 о контроле за расходами на медицинскую помощь, давшее возможность раздельного заключения соглашений с врачами общей практики и специалистами и предусматривающее лимитирование расходов на услуги частнопрактикующих врачей;
- постановление № 96-346 о реформе стационарной медицинской помощи, учредившее региональные больничные управления;
- первый закон о финансировании социального обеспечения (закон № 96-1160 от 27 декабря 1996 г.), в соответствии с которым в 1997 г. начался переход от взимания взносов медицинского страхования с заработной платы к общему социальному взносу), а также был установлен общий лимит расходов на медицинское страхование, исходя из оценки ресурсов, и определены первоочередные задачи в области здравоохранения;
- создание Агентства по аккредитации и оценке в здравоохранении.

1997 г.

- Закон о финансировании социального обеспечения в 1998 г.: почти полный переход на общий социальный взнос со ставкой 5,1% для трудовых доходов;
- правительство делит общий бюджет всех больниц между регионами, стремясь при этом к уменьшению межрегиональных различий;
- впервые подписано соглашение между правительством и фондами медицинского страхования о лимитах расходов и управлении на трехлетний период;
- программа для досрочного выхода на пенсию частнопрактикующих врачей.

1997/1998 гг.

- Новое в системе соглашений: заключение соглашения с врачами общей практики и введение минимальных договорных норм для врачей-специалистов в связи с тем, что с их профсоюзами не было заключено соглашение; внедрение регулирования доступа к медицинской помощи врачами общей практики, лимитирование региональных расходов, официальные рекомендации по добросовестной врачебной практике, поощрение потребления непатентованных аналогов вместо фирменных препаратов, непрерывное медицинское образование, применение информационных технологий.

1998 г.

- Закон об усилении работы по обеспечению медицинской безопасности, создание Института мониторинга здоровья населения, Французского агентства

по контролю безопасности пищевых продуктов и Французского агентства по контролю безопасности продукции для здравоохранения;

- закон о финансировании социального обеспечения в 1999 г. ввел штрафы, налагаемые на фармацевтические компании в случае превышения установленного лимита расходов на лекарственные средства. Размеры штрафных санкций зависят от объема продаж компании.

1999 г.

- Фармацевтам разрешено отпускать непатентованные аналоги вместо фирменных препаратов;
- включение положений о сетях медицинского обслуживания в законодательство о социальном обеспечении;
- объявление недействительными условий соглашения с врачами общей практики (1998 г.), касающихся штрафов за неисполнение официальных рекомендаций (постановление Государственного совета от 10 ноября);
- Национальный фонд медицинского страхования наемных работников огласил программу по обеспечению «качественной медицинской помощи для всех», нацеленную на значительное сокращение расходов по программам государственного медицинского страхования и предусматривающую определение «корзины медицинских услуг» и корректировку ставок возмещения с учетом медицинской эффективности; программа вызвала много споров и была отвергнута правительством, однако обсуждение некоторых мер, в частности введения корзины медицинских услуг, продолжается;
- закон о финансировании социального обеспечения в 2000 г. сузил финансовые полномочия Национального фонда медицинского страхования наемных работников, установив общий предел расходов на оплату лечения в секторе частной практики, не включающий расходы на лекарства; уровень роста общего лимита расходов на медицинское страхование установлен равным 2,4%.

2000 г.

- 1 января вступил в силу закон о всеобщем медицинском страховании;
- закон о финансировании социального обеспечения: уравнил в льготах самостоятельно занятых работников с застрахованными по общей программе медицинского страхования, продлил на пять лет эксперименты по созданию сетей медицинского обслуживания (предусмотрена возможность доплат за согласование медицинской помощи, управление экспериментом передано на региональный уровень), предусмотрел создание технического агентства информации о стационарной медицинской помощи и фонда развития медицинской и медико-экономической информации.

2001 г.

- Новые правила возмещения расходов на медицинские устройства с учетом их медицинской ценности;
- введение нового пособия для престарелых, нуждающихся в посторонней помощи;

- реформа медицинского образования, уравнивание статуса врачей общей практики и специалистов;
- закон о финансировании социального обеспечения в 2002 г.: врачам разрешено указывать в рецептах международные непатентованные названия препаратов, выделен специальный бюджет на проведение эксперимента по созданию сетей медицинского обслуживания.

2002 г.

- Закон о правах пациентов и качестве медицинской помощи (4 марта 2002 г.): расширение прав пациентов (включая более свободный доступ к медицинской документации), развитие системы непрерывного образования для медицинских работников и оценка профессиональной деятельности, компенсация больным за несчастные случаи, произошедшие не по вине медицинского работника;
- закон о введении трехуровневой системы соглашений между фондами медицинского страхования и медиками: на первом уровне устанавливаются общие правила для всех медицинских профессий, на втором — специальные правила для каждой профессии, а третий уровень позволяет страховым фондам заключать индивидуальные договоры с медицинскими работниками, готовыми участвовать в программах в области здравоохранения (развитие сетей медицинской помощи, укрепление здоровья населения и других);
- заключение специального соглашения о добросовестной практике между врачами общей практики и фондами медицинского страхования, увязавшее повышение платы за услуги с соблюдением врачами определенных рекомендаций (назначение непатентованных лекарственных средств и сокращение расходов фондов медицинского страхования на необоснованные посещения больных на дому);
- представление пятилетнего плана «Больница-2007», предусматривающего введение системы оплаты за законченный случай госпитализации, широкомасштабную инвестиционную программу и упрощение планирования;
- закон о финансировании социального обеспечения в 2003 г., предусматривающий, среди прочего, внедрение финансирования больниц методом оплаты за законченный случай госпитализации, установление базовых цен на непатентованные препараты, частичное освобождение цен на новые высокотехнологичные препараты, упрощение планирования стационарной помощи, а также инвестиции в обновление больниц.

2003 г.

- Положение об упрощении планирования медицинской помощи объединило прежние методы долгосрочного планирования стационарной помощи в единый инструмент (региональный стратегический план) и передало региональным больничным агентствам почти все разрешительные полномочия в отношении деятельности больниц, их размещения и оснащения;
- представление парламенту законопроекта об общественном здравоохранении (принятие запланировано на 2004 г.);

- создание Высшего совета по будущему медицинского страхования для выработки предложений по обновлению системы медицинского страхования;
- закон о финансировании социального обеспечения в 2004 г. уточнил порядок применения метода оплаты стационарной помощи по законченным случаям госпитализации.

Осуществление реформ

В последние десятилетия были проведены важные преобразования. Реформа Жюппе изначально рассматривалась как глубокая реорганизация, решавшая главные задачи, стоящие перед французской системой здравоохранения. Тот факт, что изменения вводились постановлениями, а не законами, свидетельствует о наличии сильной политической воли к достижению целей реформы.

Новое правительство, пришедшее к власти в 1997 г., в целом поддержало реформу Жюппе. Тем не менее, главным образом из-за сопротивления большинства врачей, не все цели реформы удалось достичь.

Роль профессиональных объединений

Главные меры реформы Жюппе, направленные на установление контроля над расходами и повышение финансовой ответственности врачей как способа обеспечения сдерживания затрат, не принесли ожидаемых результатов.

Хотя положения закона о поручении парламенту ежегодно принимать закон о финансировании социального обеспечения быстро были утверждены и вступили в действие, общий лимит расходов на медицинское страхование, принимаемый ежегодно, был исполнен лишь однажды, в первый год (1997 г.), после чего фактические расходы всегда превышали запланированные. Сначала бюджет здравоохранения устанавливался исходя из бюджета за предыдущий год, но затем за основу стали брать фактические расходы.

Общие лимиты на оплату услуг врачей тоже превышались, однако штрафные санкции, даже более мягкие, чем планировались вначале (изначально предусматривалось применение санкций в отношении врачей не только в случае превышения лимита на оплату их услуг, но и в случае избыточных врачебных назначений), не применялись.

Проведение в жизнь здравоохранительной политики во многом зависит от врачей. С 1996 г. значительная часть врачей активно возражала против любых реформ, направленных на ограничение расходов на здравоохранение по экономическим причинам. В 2001—2002 гг. конфликт усугубился в результате забастовок врачей, недовольных условиями труда и заработной платой.

Реформа дала возможность заключать отдельные соглашения с врачами общей практики и со специалистами. Правительство добивалось поддержки

крупного профсоюза врачей общей практики в обмен на повышение статуса общей практики и введение регулируемого доступа к специализированному медицинскому обслуживанию, однако последнее новшество не имело большого успеха, а профсоюз, поддержавший эту реформу, потерпел поражение на выборах в региональные союзы врачей.

Конфликты в медицинских кругах много раз приводили к тупиковым ситуациям, мешая заключению соглашений. Противодействие медиков способствовало полному провалу нового подхода к ведению медицинской документации, частичной неудаче эксперимента по регулированию доступа к медицинской помощи. Мешало оно и введению системы обязательного повышения квалификации.

В 2001 г. правительство организовало процесс консультаций для того, чтобы возобновить диалог с частнопрактикующими медиками. Комиссия, ответственная за эти консультации, предложила изменить систему соглашений между страховыми фондами и организациями, представляющими медиков. Предложение было утверждено в марте 2002 г. Новая система предусматривает заключение соглашений на трех уровнях:

- на первом уровне устанавливаются общие правила для всех медиков;
- на втором — специальные правила для работников каждой отдельной профессии;
- если не удается подписать соглашения с медицинской представительской организацией, то третий уровень позволяет страховым фондам заключать индивидуальные договоры с медиками об участии в программах в области общественного здравоохранения (развитие профилактики, сетей медицинской помощи); за такую работу медикам выплачивается дополнительное вознаграждение (в виде разовых выплат).

Пока не ясно, поможет ли новая система, не пользующаяся поддержкой врачей, улучшить медицинское обслуживание. Несмотря на процесс консультаций, не удалось избежать затяжного конфликта зимой 2001/2002 г., закончившегося лишь после того, как новое консервативное правительство (у власти с июня 2002 г.) согласилось повысить тарифы (на 20% по сравнению с 2001 г.) в обмен на обязательства медиков соблюдать официальные рекомендации по добросовестной практике.

Сейчас происходит сплочение профессионального представительства французских медиков, традиционно раздробленного из-за большого числа профсоюзов. Это усилит позиции профсоюзов в переговорном процессе. Единая организация представляет все профсоюзы частнопрактикующих медиков, недавно объединились два профсоюза, представляющие частные коммерческие больницы. Кроме того, во время недавнего конфликта возникли и другие организации, помимо официальных профсоюзов.

Роль государства и фондов медицинского страхования

Ежегодно принимаемые законы о финансировании социального обеспечения не улучшили отношений между правительством и фондами медицинского страхования, о чем свидетельствует постепенное изменение содержа-

ния законов. Теоретически, страховые фонды должны были обеспечивать соблюдение утвержденного целевого бюджета расходов на услуги частно-практикующих врачей, однако никаких рычагов для этого у них не было. В действительности, такой бюджет был принят лишь однажды.

Создание сетей медицинского обслуживания первое время тормозила бюрократическая процедура согласования. Чтобы ускорить процесс, полномочия по согласованию были переданы на региональный уровень.

Растущая роль пациентов

Роль пользователей во французской системе здравоохранения понемногу повышается. В будущем пользователи смогут активнее участвовать, напрямую или через представительские организации, в определении главных задач в области здравоохранения, выработке требований к качеству и безопасности медицинской помощи. Весьма показательна в этом отношении роль ассоциаций ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом.

Ассоциации больных поддержали закон о правах пациентов и качестве медицинской помощи, принятый в марте 2002 г. В первую очередь он призван дать больным реальное право голоса в системе здравоохранения. Это отражено во вступительной части закона, озаглавленной «Демократия в системе здравоохранения». Основное внимание сконцентрировано на личных правах больного, наиболее бурно обсуждавшаяся мера предусматривает прямой доступ больного к своей медицинской документации. Другие положения способствуют развитию коллективного представительства и выражения мнения потребителей через укрепление ассоциаций больных (статус, возможности подачи исков в суд, представительство в национальных и региональных органах), созданию во всех больницах комиссий с участием представителей больных и развитию информации для потребителей.

Во-вторых, закон направлен на улучшение качества медицинской помощи, развитие непрерывного образования медиков и оценку профессиональной деятельности.

И в-третьих, закон предусматривает выплату компенсации больному в случае осложнения, возникшего не по вине медиков при проведении диагностических и лечебных процедур.

Новые тенденции в секторе дополнительного добровольного медицинского страхования

Дополнительное добровольное медицинское страхование играет важную роль во французской системе здравоохранения. Им охвачено 86% населения, на его долю приходится 12% общих затрат на здравоохранение. Тем не менее страховщики этого сектора долгое время были пассивными покупателями медицинских услуг. Льготы по дополнительному добровольному медицинскому страхованию покрывают долю пациента в совместных платежах и поэтому они тесно связаны с льготами по государственной медицинской страховке. За любым уменьшением ставки возмещения по госу-

дарственной страховке тут же следует соответствующее удорожание дополнительной добровольной медицинской страховки.

В последнее время страховщики сектора добровольного медицинского страхования предпринимают попытки изменить свою роль в системе здравоохранения. Самые смелые из их предложений были отвергнуты правительством. Например, крупная компания добровольного медицинского страхования предлагала ввести «управляемую медицинскую помощь» в рамках эксперимента по созданию сетей медицинского обслуживания.

Страховые компании сектора тоже участвуют в проведении в жизнь закона о всеобщем медицинском страховании. Некоторые страховщики попросили разрешения на организацию сетей производителей медицинских услуг с тем, чтобы самим договариваться с производителями о ценах на зубные протезы и очки — важные статьи расходов дополнительного страхования. Просьба была отклонена.

Эти примеры свидетельствуют о стремлении страховых компаний изменить правила игры. И хотя их усилия пока не увенчались успехом, страховщики выступили с новыми инициативами, в рамках существующего законодательства, предусматривающими:

- создание справочных служб для консультирования своих клиентов по вопросам оплаты зубных протезов и очков (две области, в которых компании добровольного медицинского страхования особенно хорошо ориентируются);
- выборочное заключение договоров с производителями услуг, в первую очередь в тех секторах, где есть рынок и возможности для переговоров (например, изготовление очков); некоторые страховщики договариваются о ценах с рядом оптиков, куда и направляют своих клиентов; врачи на подобные переговоры не пошли;
- распространение страхового покрытия на новые услуги, не входящие в основной набор услуг государственного медицинского страхования, такие как денситометрия костной ткани и хирургическая коррекция близорукости.

В октябре 2002 г. создан Высший совет по перспективам развития медицинского страхования. Он должен проанализировать нынешнюю ситуацию в секторе медицинского страхования и предложить общие направления будущей реформы. Свои первые выводы Совет представит в 2004 г.

Выводы

Французская система здравоохранения финансируется из страховых взносов (система Бисмарка), при этом деятельность страховых фондов находится под контролем государства. Медицинские услуги, в том числе стационарную помощь, оказывает как государственный, так частный сектор. Больным обеспечен свободный доступ к медицинской помощи (свобода выбора, возможность напрямую обращаться к врачу-специалисту) и большой выбор производителей услуг, особенно частнопрактикующих врачей. Широко используется дополнительное добровольное медицинское страхование для покрытия доли пользователей в совместных платежах.

В последние годы были проведены следующие преобразования в области здравоохранения:

- реформа Жюппе (1996 г.) повысила роль парламента; с тех пор ежегодно принимается закон о финансировании социального обеспечения, в котором устанавливается общий лимит расходов на медицинское страхование на предстоящий год; кроме того, парламент утверждает доклад правительства о направлениях государственной политики в сфере здравоохранения;
- с 1999 г. вместо отчислений с заработка и других доходов от профессиональной деятельности введен взнос с общего дохода, являющийся по существу налогом.

Этот шаг в направлении к системе Бевериджа был подкреплен принятием закона о всеобщем государственном медицинском страховании всех жителей Франции.

В обозримом будущем французской системе здравоохранения предстоит решать несколько задач. Численность врачей будет уменьшаться в результате введения в прошлом квот приема в медицинские вузы. Есть опасения, что может возникнуть дефицит врачей, в связи с чем встает также вопрос о правильном распределении врачей по территории страны; уже сейчас трудно уговорить врачей работать в некоторых сельских районах и пригородах. Для привлечения врачей в такие районы нужны финансовые стимулы. Наряду с поиском таких стимулов, обсуждаются вопросы о том, насколько свободен может быть врач в выборе места, где открывать свою практику, а также какая профессиональная структура медицинских кадров является оптимальной.

Поиск решений идет в напряженной обстановке. Отношения с врачами ухудшились после реформы 1996 г., ограничившей их доходы. С тех пор главный профсоюз врачей отказывается подписывать соглашения с фондами медицинского страхования. Зимой 2001/2002 г. бастовали врачи общей практики, недовольные условиями и оплатой труда. Ситуацию удалось разрешить лишь после значительного повышения платы за услуги врачей общей практики. С приходом к власти нового правительства отношения несколько улучшились, однако напряженность еще остается.

По всей вероятности, в будущем пациенты станут активнее участвовать в определении приоритетов и требований к качеству и безопасности медицинского обслуживания, напрямую или через своих представителей. Усилению их роли способствует принятие закона о правах пациентов и качестве медицинской помощи.

Старение населения приводит к росту спроса на медицинскую помощь и расходов на нее, что ставит новые задачи в области организации и финансирования медицинского обслуживания.

Реформа Жюппе (1996 г.) перераспределила полномочия по управлению французской системой здравоохранения от фондов медицинского страхования государству (правительству и парламенту), с национального уровня — на региональный. Нынешняя «смешанная» форма организации вызывает много споров, процесс передачи полномочий регионам продолжается.

И наконец, вопросы обеспечения финансовой устойчивости системы здравоохранения являются предметом постоянного беспокойства, особенно если учесть, что фактические расходы постоянно превышают запланированные лимиты. До сих пор высокие затраты на систему здравоохранения обеспечивали высокий уровень доступности медицинской помощи, но ожидаемое сокращение численности врачей в будущем может привести к более строгому нормированию медицинских услуг.

Правительство, пришедшее к власти в июне 2002 г., продолжило преобразования в здравоохранении. Парламент обсудил закон об общественном здравоохранении, представленный министром здравоохранения. В нем поставлено около ста целей, которые должны быть достигнуты в течение следующих пяти лет и предложено пять государственных программ на период с 2004 по 2008 г. (профилактика рака, борьба с вредными привычками и наркоманией, здоровье и окружающая среда, редкие болезни, качество жизни при хронических заболеваниях). В законопроекте также уточняются функции всех сторон, участвующих в охране общественного здоровья.

Идет реформа финансирования стационарной помощи, объявленная в ноябре в рамках плана «Больница-2007». В частных больницах испытывается система оплаты за законченные случаи терапевтического, хирургического лечения и акушерской помощи. Подробности (виды больниц, работ и услуг, для финансирования которых применяется этот метод, лекарства и услуги, не включенные в тарифы на лечение «однородных групп пациентов» и другое) прописаны в законе о финансировании системы социального обеспечения в 2004 г. Принятое в сентябре 2003 г. постановление упростило процесс планирования стационарной помощи, объединив долгосрочное пла-

нирование для всех стационаров и видов стационарной помощи в едином документе (региональном стратегическом плане). Ранее для этих целей использовалось несколько инструментов. Постановление расширило полномочия региональных больничных управлений. Параллельно осуществляется грандиозная инвестиционная программа, на которую государство выделило 6 млрд евро на период с 2003 по 2007 г.

Что касается фармацевтического сектора, то в 1999 г. было объявлено об изъятии ряда препаратов из льготного перечня. Изъятие началось в июле 2003 г. и продолжится в 2004 и 2005 гг. Установлены базовые цены для 23 групп непатентованных препаратов, составляющих около 5% рынка лекарственных средств. По новым правилам, производители высокотехнологичных лекарственных средств в ряде случаев могут сами устанавливать цены на новую продукцию.

И наконец, в планах правительства — реформа системы медицинского страхования. В октябре 2003 г. создан Высший совет по перспективам развития медицинского страхования. Он должен «поставить диагноз» нынешней системе и предложить пути ее преобразования.

Литература

- Aligon A., Com-Ruelle L., Dourgnon P., Dumesnil S., Grignon M., Retailleau A., *La consommation médicale en 1997 selon les caractéristiques individuelles*, CREDES, 2001, 309 pages
- Aligon A., Grignon M., Dépenses de santé non remboursées et accès aux soins des plus démunis, *Les cahiers du Gratice*, n°15, 1998, pp. 213–241
- Audric S., Niel X., Sicart D., Vilain A., *Les professions de santé, éléments d'information statistiques*, Solidarité et santé, n°1, Paris: DREES, 2001, pp115–135
- Auvray L., Dumesnil S., Le Fur Ph., *Santé, soins et protection sociale en 2000*, CREDES, 2001
- Biot Jacques, Corbin Odile, *Les technologies médicales en France*, Mars 1999, JNB développement SA
- Bocognano A., Couffinhal A., Dumesnil S., Grignon M., *La complémentaire maladie en France: qui bénéficie de quels remboursements?* Questions d'économie de la santé, n°32, 2000, 6 pages.
- Charvet-Protat S., Maisonneuve H., «Evaluation clinique et économique des technologies médicales», dans *L'évaluation médicale, du concept à la pratique: du concept à la pratique*, Paris: 2000
- CNAMTS, *Médicaments: approche économique et institutionnelle*, Paris:
- CNAMTS, 2000 CNAMTS, *Le secteur libéral des professions de santé en 2000*, Carnets statistiques, n°108, 2002
- CNAMTS, *Le régime général en 1999*, Carnets statistiques, n°106, 2001
- CNAMTS, Programme de santé publique sur la prise en charge du diabète de type 2, Octobre 1999, Paris: CNAMTS
- CREDES, Health and Social Protection Survey, Paris: CREDES, 2000
- CREDES/DREES, *Eco-santé France & Regional*, Paris: CREDES, 2001
- Code de la Santé Publique, édition 2000, Paris: Dalloz, 2000
- Code de la Sécurité Sociale, édition 2000, Paris: Dalloz, 2000
- Comité Economique des Produits de Santé, *Rapport d'activité 2001*, avril 2002
- Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, Rapport, Septembre, 2000

- Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, Rapport, Septembre, 2001
- Cour des Comptes, *Rapport annuel sur la Sécurité sociale*, Paris: Journal officiel, 2001
- DATAR, CREDES, *Quel système de santé à l'horizon 2020? Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires*, Paris: La documentation française, 2000
- De Kervasdoué J. (sous la direction de), *Le carnet de santé de la France en 2000*, Paris: La découverte & Syros, 2000
- De Lathouwer C., Poullier J.P., How much ambulatory surgery in the World in 1996–1997 and trends? *Ambulatory Surgery*, 2000, n°8, pp. 191–210
- Direction Générale de l'Action Sociale du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, *Le financement des établissements et services sous compétence de l'état*, n°70, résultats synthétiques 1999 et séries chronologiques (disponible sur Internet).
- Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, du Ministère de l'Emploi et de la solidarité:
- *L'hospitalisation en France*, Données et chiffres repères Edition 2000, Informations hospitalières n°53
 - *L'hospitalisation à domicile: un nouvel essor*, Informations hospitalières n°52
- Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, *La révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire*, novembre 1999, document interne.
- Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de l'Emploi et de la solidarité, Collection études et résultats (disponibles sur Internet)
- Beudaert M., La situation économique et financière des cliniques privées de 1999 à 2000, n°168, avril 2002.
 - Boisguérin B., Gissot C., *L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU*
 - *Résultats d'une enquête réalisée en novembre 2000*, n°152, janvier 2002
 - Boisguérin B., Burdilla M., Gissot C., *La mise en place de la CMU une synthèse d'études qualitatives sur les premiers mois du dispositif*, N° 151, janvier 2002
 - Carrasco V., Joubert M., Thompson E., *L'activité des établissements de santé en 1999: poursuite d'une tendance modérée à la croissance de l'activité*, n°118, juin 2001
 - Darriné S., *Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020: les médecins dans les régions et par mode d'exercice*, n°156 février 2002
 - Darriné S., Niel X., *Les médecins omnipraticiens au 1^{er} janvier 2000: 95 000 médecins, dont 22 000 ont des orientations complémentaires ou des modes d'exercice particuliers*, N°99, janvier 2001
 - Dutheil N., *Les services d'aide à domicile en 1998 et 1999*, n°91, novembre 2000
 - Fénina A., *Les comptes de la santé en 2000*, n°132, août 2001
 - Niel X., *La démographie médicale à l'horizon 2020: une réactualisation des projections à partir de 2002*, n°161, mars 2002

- Roumigières E.*, 330 000 aides-soignants en 1999, N° 54, mars 2000
- Schmitt B., Niel X., *La diffusion des services sanitaires et sociaux depuis 1980: le poids croissant des zones périurbaines*, n° 32, septembre 1999
- Trémoureux C., Woitrain E., *Les établissements pour personnes handicapées entre 1988 et 1998: réduction globale des disparités départementales*, n° 58, avril 2000
- Vilain A., Niel X., *Les infirmiers en activité: croissance des effectifs à un rythme moins élevé dans les vingt prochaines années*, n° 12, mars 1999
- Dupeyroux J.-J., Ruellan R., Borgetto M., Lafore R., *Droit de la Sécurité Sociale*, Paris: Dalloz: 2001; 1265p.
- Duriez M., Lancry P.J., Lequet-Slama D., Sandier S., *Le système de santé en France*, Paris: CREDES, PUF, 1996/03, coll. “ Que sais-je? ; n° 3066 ”, 127p
- Haut Comité de la Santé Publique, *La santé en France: rapport annuel 2002*, Paris: Documentation Française, 2002
- Haut Comité de Santé Publique, Actualités et dossier en santé publique:
Journal officiel
- Loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 et annexes, JO du 24/12/2000
- Loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 et annexes, JO du 26/12/2001
- Loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 et annexes, JO du 24/12/2002
- Loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, JO du 18/12/2002 INSEE, Eco-santé France, <http://www.insee.fr>, 2001
- Lecomte T., Paris V., *Consommation de pharmacie en Europe, 1992: Allemagne, France, Italie, Royaume-Uni*, CreDES n° 1048, 1994, 128 p
- Ministère de l’Emploi et de la Solidarité, Ministère délégué à la santé, *Atlas de la recomposition hospitalière*, (www.santé.gouv.fr/html/recomp/intro.htm)
- Ministère de l’Emploi et de la Solidarité, Ministère délégué à la santé:
- *Annexes au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2002*, Paris: Ministère de l’emploi et de la solidarité, 2001
- *Annexes aux projets de loi de financement des années 1997–2001*, édités à l’automne précédent l’année concernée
- Mission de Concertation pour la Rénovation des Soins de Ville, *Bilan de la mission*, 5 juillet 2001
- Ordre National des Médecins, CREDES, Démographie médicale française: situation au 1^{er} janvier 2001, Etude n° 34, Paris: Conseil nationale de l’ordre des médecins et CREDES
- Organisation for Economic Co-operation and Development, Health Data 2000. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2000
- Organisation for Economic Co-operation and Development, Health Data 2001. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2001
- Projet de Loi relatif à la santé publique, http://www.assemblee-nat.fr/12/dossiers/sante_publicque.asp, consulté le 28 novembre 2003

Projet de Loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, <http://www.assemblee-nat.fr/12/budget/plfss2004.asp>, consulté le 28 novembre 2003

Sourty Le Guellec M. J., *La chirurgie ambulatoire: potentiel de développement pour 17 gestes marqueurs*, Questions d'Economie de la santé, CREDES, 2002; n°50, 6 pages

Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique, *L'industrie pharmaceutiques, réalités économiques*, Paris: SNIP, 2000

World Health Organization (2000). The World Health Report 2000: health systems – improving performance. Geneva, World Health Organization

World Health Organization, Regional Office for Europe health for all database. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe

Сайты в интернете

AFSSAPS: <http://afssaps.sante.fr>

ANAES: <http://www.anaes.fr>

CNAMTS: <http://www.cnamts.fr>

CREDES: <http://www.credes.fr>

DREES: <http://www.sante.gouv.fr>

INSEE: <http://www.insee.fr>

Обзоры «Системы здравоохранения: время перемен»

Серия Европейской обсерватории по системам здравоохранения

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения и ее реформ — проводимых и разрабатываемых. Назначение обзоров — предоставлять организаторам здравоохранения и аналитикам сравнительную информацию, необходимую для совершенствования систем здравоохранения и проведения его реформ в Европе и за ее пределами. Обзоры систем здравоохранения позволяют:


- составить детальное представление о различных подходах к организации, финансированию и предоставлению медицинских услуг;
- дать точное описание процесса, содержания и реализации программ реформирования здравоохранения;
- осветить проблемные области, требующие более глубокой проработки;
- распространять информацию о системах здравоохранения, а организаторам здравоохранения и аналитикам делиться опытом проведения реформ в странах Европы.

Как получить обзоры

Все обзоры систем здравоохранения помещены в формате PDF на сайте www.observatory.dk, где также можно подписаться на ежемесячную рассылку о деятельности Европейской обсерватории по системам здравоохранения, включая новые обзоры, книги серий, публикуемых совместно с издательствами Open University Press (английский) и «Весь мир» (русский), их рефераты, новости *EuroObserver* и журнал *EuroHealth*. Заказать копию обзора можно по адресу:

observatory@who.dk

или по телефону (+45) 39-17-17-17.



Издания
Европейской
обсерватории
по системам
здравоохранения
читайте на сайте
observatory@who.dk

В настоящее время опубликованы обзоры по следующим странам:

Австралия (2002)
Австрия (2001^а)
Азербайджан (1996, 2004)
Албания (1999, 2002^{а, ж})
Андорра (2004)
Армения (1996, 2001*)
Беларусь (1997, 2002)
Бельгия (2000)
Болгария (1999, 2003)
Босния и Герцеговина (2002*)
Великобритания (1999*)
Венгрия (1999)
Германия (2000, 2000^а)
Греция (1996)
Грузия (2002*)
Дания (2001)
Израиль (2003)
Исландия (2003)
Испания (1996, 2000^г)
Италия (2001)
Казахстан (1999*)
Канада (1996)
Киргизия (1996, 2000*)
Латвия (1996, 2001)
Литва (1996)
Люксембург (1999)
Македония (2000)
Мальта (1999)
Молдова (1996, 2002*)
Нидерланды (2002)
Новая Зеландия (2002)
Норвегия (2000)
Польша (1999)
Португалия (1999, 2004)
Россия (1998, 2002*)
Румыния (1996, 2000^е)
Словакия (1996, 2000)
Словения (1996, 2002)
Таджикистан (1996, 2000)
Туркмения (1996, 2000)
Турция (1996, 2002*)
Узбекистан (2001^е)
Украина (2004)
Финляндия (1996, 2002)
Франция (2004, 2004^{ж, и})
Хорватия (1999)
Чешская республика (1996, 2000)
Швейцария (2000)
Швеция (1996, 2001)
Эстония (1996, 2000)

Примечание

Все обзоры изложены на английском языке. Переводы на другие языки помечены:

- ^а албанский
- ^б болгарский
- ^в грузинский
- ^г испанский
- ^д немецкий
- ^е румынский
- ^ж русский
- ^з турецкий
- ^и французский