

Клименко О.В.,

к. ю. н., доцент кафедри теорії та історії
держави і права і конституційного права
Академії муніципального управління

МЕХАНІЗМ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ФРАНЦІЇ

Анотація. У статті досліджується структура державного управління лікувально-профілактичними установами у Франції.

Аннотация. В статье исследуется структура государственного управления лечебно-профилактическими учреждениями во Франции.

Annotation. In article the structure of the government by treatment-and-prophylactic establishments in France is investigated.

Постановка проблеми. Актуальність для сучасного суспільства проблеми реформування системи охорони здоров'я зумовлена необхідністю виходу з кризи, переходу до стійкого економічного розвитку, який забезпечує побудову соціально-правової держави і громадянського суспільства. Модернізація суспільних відносин на принципах ринкової економіки зумовила значні зміни в сфері охорони здоров'я. Тому варто звернутися до досвіду європейських держав, зокрема Франції, у пошуках оптимальних форм існування системи охорони здоров'я та засобів її фінансування.

Метою цієї статті є дослідження механізму державного регулювання сучасної системи охорони здоров'я у Франції.

Викладення основного матеріалу. Система охорони здоров'я Франції в її сучасному виді функціонувала й одночасно продовжувала розвиватися протягом більше сторіччя й у червні 2000 р. була визнана ВООЗ "кращою системою надання медичної допомоги у світі". Вона дозволяє всім французам користуватися як традиційними терапевтичними послугами, так і новітніми науковими досягненнями. Підтвердженням ефективності організації охорони здоров'я є високий рівень здоров'я нації й щорічне підвищення очікуваної тривалості життя населення більш ніж на три місяці.

Історія медицини у Франції має давні традиції. Однак тільки із середини ХІХ століття держава стала централізовано вирішувати соціальні проблеми, серед яких важливе місце займало санітарне й медичне обслуговування населення.

На початку ХХ століття з'явилися перші міністерства, які були покликані вирішувати соціальні проблеми на державному рівні. У першу чергу вони займалися забезпеченням питань, зв'язаних з охороною здоров'я, гігієною, демографією, міграцією й соціальним страхуванням.

За час своєї історії з 1920 року ці міністерства неодноразово міняли свої назви й функції, спочатку вийшовши з Генеральної дирекції Суспільної допомоги Міністерства Внутрішніх справ.

За період з 1920 року вони перетерпіли наступні зміни:

1920 рік - створення Міністерства гігієни, соціального забезпечення й допомоги;

1924 рік - створення Міністерства праці, гігієни, соціального забезпечення й допомоги;

1930 рік - створення Міністерства охорони здоров'я республіки;

1966 рік - створення Міністерства соціальних проблем;

1977 рік - створення Міністерства охорони здоров'я й соціального захисту;

1986 рік - створення Міністерства соціальних проблем і зайнятості;

1993 рік - створення Міністерства соціальних проблем, охорони здоров'я й міста;

1995 рік - створення Міністерства народної охорони здоров'я й медичного страхування;

1997 рік - створення Міністерства зайнятості й солідарності з виділенням Державного секретаріату з охорони здоров'я [2].

Протягом усього періоду існування державної політики в сфері охорони здоров'я у Франції рядом питань, що стосуються медицини й охорони здоров'я займаються й інші міністерства. Так, наприклад, шкільна гігієна й охорона здоров'я студентів перебуває у віданні міністерства народної освіти, охорона здоров'я військових кадрів - у веденні міністерства оборони й так далі.

Держава виконує свої функції за допомогою центральних, регіональних і відомчих служб. Під керівництвом Міністерства охорони здоров'я працюють дві великі організації: Служба загального менеджменту охорони здоров'я й Служба менеджменту клінік і надання медичних послуг. У свою чергу, кожна із цих урядових структур здійснює контроль за численними лікувально-профілактичними й адміністративними установами.

Всі медичні установи Франції можна розділити на три типи: державні лікарні, приватні клініки й благодійні структури. До числа перших на сьогодні відносяться 1032 регіональні, університетські, локальні й загальні лікарні. Деякі з них мають багатовікову історію - ще із часів поширення християнства в Європі.

Державні установи досить розрізняються по розмірах, структурі й функціям. Наприклад, Паризький громадський госпіталь нараховує більше 80 тис. співробітників, у той час як у деяких локальних установах працює менш 300 чоловік. Слід зазначити, що згаданий Паризький громадський госпіталь - це найважливіша в країні група державних клінік, створена ще після Французької революції, а в 1941 р. реструктурізована як медичний комплекс для бідних і французів, що отримали виробничі травми. Зараз ця установа - багаторівнева організація, відповідальна за високі стандарти

лікування, розвитку медичних технологій і проведення наукових досліджень [3].

З 1985 р. кожен державний госпіталь фінансується переважно (91%) засобами фондів медичного страхування, які визначаються згідно даних за попередній рік. Існує медична інформаційна система, що дозволяє враховувати точні дані про загальне навантаження на конкретну клініку, відносну продуктивність розділів й, керуючись цією інформацією, вносити зміни в обсяг фінансування. Визначення вартості послуг здійснюється спеціальним комітетом відповідно до макроекономічних факторів (інфляція, зростання економіки), політичної ситуації (дані про соціальні тенденції) і вкрай рідко враховуються такі медичні фактори, як фінансування нових технологій. Всі державні лікарні підпорядковуються Міністерству охорони здоров'я, що призначає керівників конкретних клінік.

На відміну від державних, приватні клініки в більшості випадків створювалися як кілька хірургічних або гінекологічних кабінетів і згодом розвивалися в повноцінні комерційні лікарні. Відповідно до закону, прийнятому в 1991 р., всі лікарі, що працюють у приватному секторі, зобов'язані ділитися зі своїми колегами медичною інформацією, а якість їхньої практики визначається Комісією з контролю якості надання медичних послуг [4].

Наступна складова частина системи лікувальних установ Франції - приватні некомерційні клініки. Ці лікарні переважно ґрунтувалися певними релігійними конфесіями й на сьогодні відповідають приблизно за 14% від загального обсягу проведеного в країні стаціонарного лікування.

На сучасному етапі фінансування подібних медичних установ здійснюється аналогічно державним, але їхня відмінність полягає в способі управління. Мабуть, однією з фундаментальних переваг французької системи охорони здоров'я можна вважати тісне співробітництво між суспільними й приватними медичними структурами, що дозволяє уникнути списків очікування на виконання хірургічних маніпуляцій. І це при тім, що довгі черги вважаються типовим явищем для соціалізованої медицини. Справді, приватні лікувальні установи Франції працюють дуже активно й виконують більше 50% хірургічних втручань, а також проводять лікування 60% випадків злоякісних новоутворів. Для порівняння важливо відзначити, що в багатьох країнах Європейського Союзу онкологічна патологія - це прерогатива винятково державних клінік. Проте французька модель унікальної комбінації суспільної охорони здоров'я й комерційного медичного сектора дозволяє створити дійсно відкриту систему, що надає доступ всім громадянам до новітніх медичних технологій.

Крім запланованого підвищення ряду податків для зміцнення фінансового фундаменту, недавні зміни в законодавстві спрямовані на впровадження *la maitrise medicalisee* - державного менеджменту охорони здоров'я. Як і попередня реформа 1996 р., це нововведення передбачає застосування підходів, розроблених для організацій у США (наприклад,

комп'ютеризація медичних даних, створення протоколів лікування й ідея використання лікарів первинної ланки для обмеження кількості пацієнтів у спеціалізованих установах) в умовах унітарної державної лікувально-профілактичної мережі [1].

Ідея державного менеджменту охорони здоров'я у Франції почала набирати обороти ще наприкінці 1990-х рр., але її впровадження було пов'язане з величезними труднощами. Насамперед потрібна була найглибша реструктуризація для проведення тотальної реновації відповідно до сучасних стандартів без втрати контролю над вартістю надання послуг. Останнє повинне здійснюватися шляхом підвищення ефективності розподілу ресурсів у рамках установлених капіталовкладень. Щодо цього реформа зміцнює централізовану державну владу, що передбачає використання адміністративних й інформаційних технологій в охороні здоров'я й розробку ініціативних програм для підвищення якості функціонування кожної ланки. Як завжди, старанням політиків і планувальників загрожує всім відомий консерватизм, властивий лікарям усього світу. Експерти стверджують, що обмеження державного менеджменту пов'язане із централізацією французького законодавства й успішним протистоянням медиків, що спостерігалось й при впровадженні попередніх не настільки істотних змін. До того ж запланована урядом реформа передбачає реалізацію так званого мікроменеджменту, тобто локального контролю над діяльністю лікаря, що теоретично може розцінюватися багатьма клініцистами як зазіхання на авторитет лікаря [5].

На відміну від таких європейських держав, як Великобританія, Голландія й Німеччина, у Франції відмовилися від двох ідей, популярних у реформуванні медичного сектора: права споживача на великий вибір і цінової конкуренції між локальними фондами медичного страхування з вибірковою висновкою договорів між ними й установами охорони здоров'я. Подібне рішення пов'язане з переконанням, що конкуренція неминуче приводить до приватизації, що неприпустимо з погляду принципу солідарності системи надання медичних послуг, що передбачає взаємну допомогу між хворими й здоровими, багатими й бідними, дієздатними й особами з фізичними обмеженнями. Проявом таких ідеалістичних міркувань, що нагадують нашим співвітчизникам про радянську ідеологію, є визначення страхових внесків на підставі платоспроможності, а не від ступеня ризику. Іншими словами, багата здорова людина повинна заплатити за страховку більше, ніж літній громадянин із хронічними захворюваннями... Повне протиріччя комерційним підходам, що домінують у сучасній світовій практиці. Мабуть, не даремно Франція є батьківщиною Світової революції.

У той же час, як й охорона здоров'я США, французька система надання медичної допомоги побудована на принципах лібералізму й плюралізму, а виходить, відповідає вимогам ринкової економіки, має розходження між окремими локальними установами й надає право вибору. За даними опитувань, проведених серед медичних співробітників,

більшість лікарів, що ведуть приватний прийом, активно підтримує сучасні підходи, закріплені законом *la medicine liberale* - вибір лікаря пацієнтами, вільне рішення доктора практикувати медицину в будь-якій установі, приватній або державній. Іншими важливими, з погляду співробітників охорони здоров'я, принципами їхньої роботи, які повинні існувати в майбутньому, є клінічна автономність (рішення лікаря повинне бути остаточним і не підлягати змінам, особливо з боку посадових осіб або команди менеджерів); конфіденційність спілкування лікаря й пацієнта; безпосередня оплата послуг хворими, які потім одержують більшу частину витрат за принципом страхування [4].

Примітно, що на відміну від багатьох інших європейських держав, а також США, у Франції практика залучення лікарів первинної ланки для обмеження потоку пацієнтів у спеціалізовані установи донедавна зводилася винятково до експериментальних рішень. Хоча в мережі лікувально-профілактичних установ домінують державні лікарні, підпорядковані Міністерству охорони здоров'я і його регіональним представництвам, приватна практика, за великим рахунком, не є об'єктом урядового менеджменту. Це, у свою чергу, означає більшу свободу дій для лікарів, що часто приводить до збільшення витрат на терапевтичні послуги.

Система національного медичного страхування одержує змішане фінансування з обов'язкових податків на заробітну плату, загальних державних фондів. Невелика частина послуг оплачується приватними страховими компаніями. Страхове покриття збільшується автоматично при зростанні потреби в ньому, до того ж державою не встановлена мінімальна сума страхової виплати, а кількість доступних фармацевтичних препаратів істотно перевищує аналогічні показники більшості держав Європейського Союзу. Пацієнти з інвалідизуючими або хронічними захворюваннями звільняються від оплати додаткової страховки, якщо вони консультуються в лікарів, які приймають компенсацію національної медичної страховки як повну оплату. У випадку, коли хворі звертаються до 26,5% лікарів, що не приймають подібний спосіб розрахунку, додаткові засоби надходять із інших передбачених урядом джерел. Таким чином, незважаючи на відносно широку поширеність додаткового страхування, пацієнти мають доступ до дуже великого за європейськими стандартами вибору медичних послуг навіть при державному забезпеченні [4].

Хоча французькі політики й стверджують, що створили систему охорони здоров'я, що втілює солідарність, лібералізм і плюралізм, недавні нововведення змінили ситуацію. Одне з таких нововведень унікально не тільки для Франції, але й всієї Європи. Реформа міністра Журре підвищила фіскальні податки (на прибуток, капітал, тютюнові й алкогольні вироби), що зменшило частку одержуваного від роботодавців податку на заробітну плату з 95% від загальних витрат на охорону здоров'я до приблизно 50%. Таким чином, збільшилася фінансова залежність від центрального фінансування урядом, а отже, і здатність міністерства проводити

реформування й контроль. Ще одна відмінність від ідейних принципів обумовлена глобальним розвитком медичних технологій, проліферацією кількості спеціальностей і стрімким прогресом в області медичних знань. Всі ці фактори анахронізують принцип *la medicine liberale* і роблять приватну практику окремих лікарів витонченим раритетом.

Проаналізувавши сформовану на початку XXI століття ситуацію, експерти міністерства прийшли до декількох базових висновків. Важливіше всього, що спостережуване на сьогодні зростання витрат на охорону здоров'я безсумнівно буде тривати й у майбутньому. Отже, політика в галузі повинна бути спрямована на найбільш раціональне інвестування засобів і рівність у розподілі послуг. До того ж, коли установи почнуть працювати за обраною схемою, вони повинні будуть вчасно фінансуватися. Перша й остання із цих трьох пропозицій не викликають у французів ніякої полеміки. Що ж стосується другого висновку, то він пов'язаний із двома проблемами, що ставлять під погрозу стабільність системи охорони здоров'я.

По-перше, як показала практика минулих років, дуже важко контролювати витрати в системі, що діє по принципах лібералізму й плюралізму. Це має велике значення, адже хоча, у порівнянні зі США, систему охорони здоров'я Франції й не можна вважати дорогою, вона все-таки займає одне з перших місць у Європі. По-друге, доступ до медичних послуг уже не можна вважати раціональною метою, якщо враховувати, що якість надання допомоги характеризується нерівномірним розподілом як по географічних регіонах, так і серед соціальних верств населення. Ця проблема ще більше ускладнюється свободою пересування пацієнтів усередині системи й все зростаючим ажіотажем навколо новітніх методів лікування, доступних тільки в передових клініках [1].

Французька система охорони здоров'я вже переступила межу реформування, і події наступних декількох років повинні зацікавити засновників політики в медичній галузі навіть самих розвинених щодо цього держав. Очевидно, ефективність нововведень зможе дати відповідь на фундаментальне питання: чи можна підтримувати баланс між солідарністю, лібералізмом і плюралізмом, контролюючи при цьому витрати й зберігаючи основні ідеологічні принципи?

Народження державного менеджменту охорони здоров'я у Франції саме по собі є найбільшим викликом: чи зможе держава адаптувати національну систему медичного страхування до технологічних й економічних змін, не спровокувавши непереборну протидію співробітників настільки консервативної галузі?

Медичну освіту забезпечують медичні факультети університетів і кілька інститутів, де студенти проходять тільки перші три курси, а потім повинні переходити на університетський факультет для закінчення освіти. Курс навчання - 6 років на медичному факультеті після одного підготовчого року (так званого року фізики, хімії й бактеріології). Всі

місця лікарів, інтернів і т.д. у лікарнях заповнюються за результатами надзвичайно важких конкурсних іспитів.

У Франції є ряд найбільших науково-дослідних й, у той же час, лікувальних установ.

Майже всі лікарні належать муніципалітетам міст й управляються адміністративними Радами під головуванням мерів. Їхній фінансовий стан забезпечується платою, одержуваною за утримання хворих, вони також можуть одержувати дотації або позики від держави.

Установи для туберкульозних і психічних хворих належать департаментам або приватним особам. Диспансери зазвичай ґрунтуються на приватні пожертвування, а в дуже великих містах і на муніципальні кошти. Вони управляються місцевою владою або приватними суспільствами. При кожній лікарні є поліклініка для амбулаторних хворих. Для офіційно визнаних незаможних існують безкоштовні поліклініки.

Висновки. Дане дослідження показує, що навіть така розвинута країна, як Франція на фоні таких достоїнств, як високе фінансування нарівні 11% ВВП, висока якість медичних послуг, доступність, має ряд суттєвих проблем: величезний дефіцит бюджету системи охорони здоров'я, диспарат у можливостях своєчасно отримати медичні послуги, у результатах лікувальних заходів, пов'язаний з рівнем доходів пацієнтів, наявність конфлікту у співіснуванні принципів лібералізму й плюралізму та державного контролю.

Використані джерела:

1. Белланже М.М. Французская система здравоохранения: общий обзор / М. М. Белланже: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://ar.economy.gov.ru/common/img/uploaded/files/seminar3_French_Health_system_RU.pdf - Назва з екрана.
2. Жилиева Е.П. Роль государства в современном здравоохранении Франции / Е. П. Жилиева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. - №1. – С.51-54.
3. Климова Н.Б., Зайцева А.Л., Бреев П.В. Здравоохранение Франции./ Н. Б. Климова, А. Л. Зайцева, П. В. Бреев. // Экономика и практика обязательного медицинского страхования— 2002. — № 5. — С.4—7.
4. Нагребецкий О. Здравоохранение Франции: бать лучшим в мире – еще не придел. / О. Нагребецкий // Здоров'я України. – 2007. - №15-16, серпень. - С.12.
5. Стеценко В.Ю. Обов'язкове медичне страхування в Україні (адміністративно-правові засади запровадження) / В. Ю. Стеценко. – К.: Атіка, 2010. – 320 с.

Рецензент: д.ю.н., професор Баймуратов М.О.