

12. Формування політики регіонального розвитку: досвід країн Центральної та Східної Європи в контексті вступу до ЄС // П. Сегварі, Т. Потканскі, В. Ніжнянскі ; пер. О. Нижник. – К. : К.І.С., 2007. – 157 с.

13. Шамборовський Г. О. Регіональна політика Європейського Союзу : навч. посіб. / Г. О. Шамборовський. – К. : Знання, 2011. – 187 с.

14. Щодо протидії корупції в системі державного управління регіональним розвитком : аналіт. записка. – Режим доступу : <http://www.niss.gov.ua/articles/908/>.

Надійшла до редколегії 21.09.2012 р.

УДК 35

В. П. ПРАСОЛ

СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ФРАНЦІЇ: ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ОСНОВНІ ПРОТИРІЧЧЯ

Узагальнено основні підходи до організації системи охорони здоров'я Франції, а також механізми її фінансування з метою використання досвіду для уникнення протиріч під час реформування зазначеної галузі в Україні.

Ключові слова: система охорони здоров'я Франції, медичне страхування, реформи, медичний менеджмент.

The article summarizes the main approaches to the organization of the health system in France, as well as mechanisms of its funding with a view to making use of the experience to avoid contradictions in the reform of this sector in the Ukraine.

Key words: French health system, health insurance reform, health management

Основним завданням реформування вітчизняної медичної галузі є пошук моделі унікальної комбінації суспільної охорони здоров'я і комерційного медичного сектора, що дозволить створити дійсно відкриту систему, яка буде надавати всім громадянам доступ до новітніх медичних технологій. Проте сьогодні в системі охорони здоров'я України наявна ціла низка проблем та протиріч як у принципових підходах до організації системи в цілому, так і проблем структурно-управлінського характеру.

Вивчаючи підходи до організації національних систем охорони здоров'я розвинених країн світу, на особливу увагу заслуговує досвід Франції. Причому, як традиційна французька національна система охорони здоров'я, так і процеси реформування, які тривають на сучасному етапі її розвитку, та протиріччя, що виникають під час їх реалізації.

Система охорони здоров'я Франції в її сучасному вигляді функціонує і одночасно продовжувала розвиватися протягом століття і в червні 2000 р. була визнана ВООЗ “кращою системою надання медичної допомоги в 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 і щорічне підвищення очікуваної тривалості життя населення більш ніж на три місяці.

Метою статті визначено узагальнення основних підходів до організації системи охорони здоров'я Франції, механізмів її фінансування, а також вироблення рекомендацій щодо використання цього досвіду для уникнення протиріч під час реформування зазначеної галузі в Україні.

Французьку систему медичного страхування прийнято вважати практичним компромісом між Національною системою охорони здоров'я Великобританії (National Health Service) і мозаїкою з федеральних і локальних підсистем у Сполучених Штатах Америки (США). При цьому, якщо перша, на думку дослідників, є занадто унормованою і майже не надає жителям Великобританії права вибору, то друга – вважають соціально безвідповідальною, оскільки близько 15 % населення США у віці до 65 років не має медичної страховки. Французи ж мають право вільного вибору послуг у секторі первинної та спеціалізованої медичної допомоги. Свобода вибору лікарів і пацієнтів при цьому не обмежується [5].

Повагу до уряду Франції викликає ще один важливий нюанс: незалежно від того, яке б політичне крило організовувало реформу, як праві, так і ліві гілки парламенту завжди захищали національну систему охорони здоров'я як ідеальне поєднання солідарності, лібералізму і плюралізму [2].

У Франції медичне страхування є гілкою системи соціального забезпечення. Воно фінансується податками на заробітну плату, пропорційними прибутковими податками, а після недавньої реформи – і непрямими митами на алкогольні і тютюнові вироби. На початку ХХІ ст. уряд Франції прийняв низку нових законів, що дозволяють системі охорони здоров'я надавати додаткову допомогу громадянам, які потребують щоденного догляду, і компенсувати всі пов'язані з медициною нещасні випадки незалежно від встановлення факту лікарської помилки. Усі ці нововведення стали суттєвим поповненням до переліку таких уже гарантованих прав громадян, як компенсаційні виплати у випадку вагітності, оплата профілактики захворювань, медичне забезпечення робітників і студентів, безкоштовна організація планування сім'ї, а також систематичний скринінг для ранньої діагностики захворювань.

Отже, система національного медичного страхування отримує змішане фінансування з обов'язкових податків на заробітну плату та 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 перевищує аналогічні показники більшості держав Європейського Союзу. Пацієнти з інвалідністю або хронічними захворюваннями звільнюються від оплати додаткової страховки, якщо вони консультуються в лікарів, які беруть компенсацію національної медичної страховки в якості повної оплати. У разі, коли хворі звертаються до лікарів, які не проводять подібний спосіб розрахунку, додаткові кошти надходять з інших передбачених урядом джерел. Таким чином, незважаючи на відносно широку популярність додаткового страхування, пацієнти мають доступ до дуже великого за європейськими стандартами вибору медичних послуг навіть при державному забезпеченні.

Держава виконує свої функції за допомогою центральних, регіональних та відомчих служб. Під керівництвом Міністерства охорони здоров'я працюють дві великі організації: Служба загального менеджменту охорони здоров'я та Служба менеджменту клінік і надання медичних послуг. У свою чергу, кожна з цих урядових структур здійснює контроль за численними лікувально-профілактичними і адміністративними установами [2].

Усі медичні установи Франції можна розділити на три типи: державні лікарні, приватні клініки і благодійні структури. З 1985 р. кожен державний заклад фінансується переважно (91 %) коштами фондів медичного страхування, обсяг яких устанавлюється згідно з даними за попередній рік. Сучасна загальнодержавна медична інформаційна система дозволяє враховувати точні дані про загальне навантаження на конкретну клініку, відносну продуктивність підрозділів і, керуючись цією інформацією, вносити корективи до обсягу фінансування. Установлення вартості послуг здійснюється спеціальним комітетом відповідно до макроекономічних показників (інфляція, зростання економіки) та політичної ситуації (соціальні тенденції тощо). Значно рідше враховуються такі медичні фактори, як фінансування нових технологій. Усі державні лікарні підпорядковуються Міністерству охорони здоров'я, яке призначає керівників конкретних клінік.

На відміну від державних, приватні клініки в більшості випадків засновувались як кілька хірургічних або гінекологічних кабінетів і згодом розвивалися в повноцінні комерційні лікарні. Згідно із законом, прийнятим у 1991 р., всі лікарі, що працюють у приватному секторі, повинні надавати професійну інформацію своїм колегам з інших медичних закладів у повному обсязі, а якість їхньої практики перевіряється Комісією з контролю якості надання медичних послуг.

Наступна складова системи лікувальних установ Франції – приватні некомерційні клініки. Ці лікарні переважно засновувались певними релігійними конфесіями і сьогодні відповідають приблизно за 14 % від загального обсягу, проведеного в країні стаціонарного лікування. На сучасному етапі фінансування подібних медичних установ здійснюється аналогічно державним, але їх відмінність

полягає у способі управління. Слід відзначити, що одним з фундаментальних переваг французької системи охорони здоров'я можна вважати тісну співпрацю громадських і приватних медичних структур, що дозволяє уникнути довгих списків очікування на виконання хірургічних маніпуляцій [5].

Разом з тим, незважаючи на відносну стабільність у функціонуванні системи охорони здоров'я в цілому, у серпні 2004 р. національне медичне страхування Франції виявилось у важкому фінансовому становищі, і міністром охорони здоров'я був прийнятий план медичної реформи, яка все ще перебуває на стадії впровадження. Як і в попередні роки, основний зміст нововведень – збереження фактичної доступності лікарських послуг для всіх категорій населення.

Крім запланованого підвищення низки податків для зміцнення фінансового фундаменту, зміни в законодавстві спрямовані в основному на впровадження *la maitrise medicalisee* – державного менеджменту охорони здоров'я. Як і попередня реформа 1996 р., це нововведення передбачає застосування підходів, розроблених у США в умовах унітарної державної лікувально-профілактичної мережі: комп'ютеризація медичних даних, ведення протоколів лікування, ідея використання лікарів первинної ланки для обмеження кількості пацієнтів в спеціалізованих установах тощо.

Ідея державного менеджменту охорони здоров'я у Франції почала набирати обертів ще в кінці 1990-х рр., але її впровадження було пов'язано з певними труднощами. Насамперед потрібна була глибока реструктуризація для проведення тотальної реновації відповідно до сучасних стандартів без втрати контролю над вартістю надання послуг. Останнє повинно здійснюватися шляхом підвищення ефективності розподілу ресурсів у рамках встановлених капіталовкладень. У цьому відношенні реформа зміцнює централізовану державну владу, яка передбачає використання адміністративних та інформаційних технологій в охороні здоров'я і розробку ініціативних програм для підвищення якості функціонування кожної ланки. Як завжди, намірам політиків і менеджерів-*planners* протистоїть усім відомий консерватизм, властивий лікарям усього світу. Експерти стверджують, що обмеження державного менеджменту пов'язані з централізацією французького законодавства і стійким протистоянням медиків, яке спостерігалось і 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 як посягання на авторитет лікаря.

На відміну від таких європейських країн, як Великобританія, Німеччина та Голландія, у Франції відмовилися від двох засадничих підходів, популярних під час реформування медичного сектора: права споживача на великий вибір та цінової конкуренції між локальними фондами медичного страхування з вибіркоким укладенням договорів між ними та установами охорони здоров'я. Подібне рішення пов'язане з переконанням, що конкуренція неминуче

призводить до приватизації, що неприпустимо з точки зору принципу солідарності системи надання медичних послуг, який передбачає взаємну допомогу між хворими і здоровими, багатими і бідними, дієздатними та особами з фізичними обмеженнями. Проявом таких ідеалістичних міркувань, що нагадують нашим співвітчизникам про радянську ідеологію, є встановлення страхових внесків на підставі платоспроможності, а не від ступеня ризику. Іншими словами, багата здорова молода людина повинна заплатити за страховку більше, ніж літній громадянин з хронічними захворюваннями. Це повне протиріччя комерційним підходам, домінуючим у сучасній світовій практиці [2].

У той же час, як і система охорони здоров'я США, французька система надання медичної допомоги побудована на принципах лібералізму і плюралізму, що відповідає вимогам ринкової економіки, передбачає певні відмінності між окремими локальними установами і надає право вибору. За даними опитувань, проведених серед медичних працівників, більшість лікарів провідних приватних, активно підтримує сучасні підходи, закріплені законом *la medicine liberale* – вибір лікаря пацієнтами, вибір лікарем установи, де практикувати медицину, приватної чи державної. Іншими важливими, з точки зору співробітників охорони здоров'я, принципами їх роботи, які повинні зберегтися в майбутньому, є такі: клінічна автономність (рішення лікаря повинно бути остаточним і не підлягати змінам, особливо з боку посадових осіб або команди менеджерів); конфіденційність спілкування лікаря і пацієнта; безпосередня оплата послуг хворими, які потім отримують більшу частину витрат за принципом страхування.

Водночас слід також відзначити, що хоча в мережі лікувально-профілактичних установ домінують державні лікарні, керовані Міністерством охорони здоров'я і його регіональними представництвами, приватна практика не входить до кола об'єктів урядового менеджменту. Це, у свою чергу, означає більшу свободу дій для лікарів, що часто призводить до збільшення витрат на терапевтичні послуги, а значить, – і рівня їх оплати [5].

Разом з тим, існують певні протиріччя між задекларованими принципами реформи та реальному стані її провадження. Так, хоча французькі політики і стверджують, що створили систему охорони здоров'я, яка втілює солідарність, лібералізм і плюралізм, недавні нововведення змінили ситуацію. Одне з таких нововведень є унікальним не тільки для Франції, але і всієї Європи. Реформа підвищила фіскальні податки на дохід, капітал, тютюнові та алкогольні вироби, що зменшила частку податку на заробітну плату з 95 % від загальних витрат на охорону здоров'я до приблизно 50 %. Таким чином, збільшилась фінансова залежність від центрального фінансування урядом, а отже, і здатність міністерства проводити реформування і здійснювати контроль. Ще одне відхилення від ідейних принципів обумовлене глобальним розвитком медичних технологій, проліферацією кількості спеціальностей та стрімким прогресом в області медичних знань. Усі ці фактори анахронізують принцип *la medicine liberale* і перетворюють приватну практику окремих лікарів на витончений раритет.

Головним завданням французької реформи було визначено стабільність сфери соціального страхування, хоча сьогодні вже спостерігається значне скорочення коштів, викликане уповільненням темпів економічного розвитку і зростанням безробіття. Крім того, прийняті заходи зі встановлення контролю за розподілом високотехнологічних методів лікування та діагностики. Зроблено спробу скоротити кількість практикуючих лікарів шляхом уведення квот на навчання студентів-медиків на кожному медичному факультеті.

Разом з тим, французька система охорони здоров'я вже переступила межу реформування, і події наступних декількох років повинні зацікавити засновників політики в медичній галузі навіть найбільш розвинених в цьому відношенні держав. Становлення державного менеджменту охорони здоров'я у Франції саме по собі є найбільшим викликом: чи зможе держава адаптувати національну систему медичного страхування до технологічних та економічних змін, не спровокувавши непереборну протидію співробітників настільки консервативної галузі?

На нашу думку, реформа галузі охорони здоров'я в Україні повинна відбуватися в рамках загальноприйнятих в Європі принципів соціальної рівності, справедливості і солідарності при організації і наданні послуг з охорони здоров'я, оскільки саме такий підхід дозволив європейським країнам досягти високих показників стану здоров'я своїх громадян.

Досвід країн Європейського Союзу, зокрема Франції, показує, що механізми фінансування соціальних систем охорони здоров'я можна успішно удосконалювати і в рамках бюджетного фінансування, і в рамках соціального медичного страхування. Отже, вибір, який належить зробити Україні, полягає в такому: зберегти бюджетну систему фінансування, запровадити систему обов'язкового медичного страхування чи створити змішану систему? При цьому необхідно чітко визначити, який перелік послуг буде фінансується за рахунок бюджету, а який – з фонду медичного страхування. Відсутність такого розмежування може призвести до плутанини і зловживання фондами. Дослідження цих та інших процесів реформування вітчизняної галузі охорони здоров'я, використовуючи досвід зарубіжних країн, може стати перспективним напрямком для подальших наукових розвідок у цій сфері.

Література:

1. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: уроки для України. – Режим доступу : http://eeas.europa.eu/delegations/ukraine/documents/virtual_library/
2. Климова Н. Б. Здравоохранение Франции / Н. Б. Климова, А. Л. Зайцева // Экономика и практика обязательного медицинского страхования. – 2002. – № 5. – С. 4–7.
3. Карамішев Д. В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (державно-управлінські

аспекти) : монографія / Д. В. Карамішев. – Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2004. – 304 с.

4. *Ковжарова Е.* Міжнародний досвід вирішення проблеми фінансування системи охорони здоров’я: практичні висновки для України / Е. Ковжарова // Формування демократичного та ефективного державного управління в Україні : матеріали наук.-практ. семінару 11-12 березня 2002 р. ; за заг. ред. В. І. Лугового, В. М. Князева. – К. : Вид-во УАДУ, 2002. – С. 65–77.

5. *Нагребецкий А.* Здравоохранение Франции: быть лучшим в мире – еще не предел / А. Нагребецкий. – Режим доступу : <http://health-ua.com/articles/2027.html>.

Надійшла до редколегії 12.10.2012 р.