УДК 351.77

О. В. Клименко,
кандидат юридичних. наук, доцент кафедри теорії та історії держави і права і конституційного права, Академія муніципального управління

СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ У ФРАНЦІЇ

У статті досліджується система охорони здоров'я та медичне страхування у Франції.

In the article the system of health protection and medical insurance in France is investigated.

Ключові слова: обов'язкове медичне страхування, приватне страхування, страхові фонди.
Key words: obligatory medical insurance, private (individual) insurance, insurance funds.

ВСТУП

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.

ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ

Метою цієї статті є дослідження сучасної системи охорони здоров'я та медичного страхування у Франції.

РЕЗУЛЬТАТИ

У Франції базовий рівень загального обов'язкового медичного страхування забезпечується через систему страхових фондів, в основному прив'язаних до місця роботи. Формально ці фонди є приватними компаніями, але на ділі вони жорстко регулюються й контролюються державою. Рівні страхових внесків (фінансованих насамперед за рахунок податку на зарплату), виплат і компенсацій провайдерам медичних послуг визначаються урядом. У цьому змісті французькі фонди нагадують комунальні підприємства у нас в країні.

Найбільший з таких фондів — він називається "Загальна національна система медичного страхування" — забезпечує страховками до 83% населення країни, тобто більшість працівників за межами аграрного сектора й членів їхніх родин. Окремі страхові схеми охоплюють сільськогосподарських працівників, осіб, що займаються індивідуальною трудовою діяльністю, і представників деяких "особливих" професій — шахтарів, транспортних робітників, діячів мистецтва, священиків і державних нотаріусів. Ще один фонд спеціалізується на страхуванні безробітних. Ці великі страхові структури за регіональним принципом підрозділяються на фонди меншого масштабу. У цілому, загальнонаціональна система медичного страхування охоплює близько 99% громадян Франції.

Французька система охорони здоров'я займає 3-є місце у світі за обсягом витрат: витрати на неї становлять приблизно 11 % ВВП, і по цьому показнику Франція уступає тільки США (17% ВВП) і Швейцарії (11,5%). Найбільшим джерелом її фінансування є податок на зарплату. Роботодавці виплачують за кожного працівника податок у розмірі 12,8% від його жалування, а ще 0,75% додає сам працівник — таким чином, загальна ставка податку на зарплату становить 13,55%. Крім того, у країні діє загальний соціальний податок у розмірі 5,25% від доходу; для пенсіонерів й осіб, що одержують допомогу з безробіття, він зменшується до 3,95%.

Таким чином, більшість працюючих французів фактично платить за медичне страхування 18,8% доходу. Нарешті, спеціальними податками обкладають доходи тютюнових, вино-горілчаних і фармацевтичних компаній [1].

У теорії всі ці цільові надходження повинні забезпечувати фінансування системи в повному обсязі. На ділі ж їх не вистачає, щоб компенсувати всі витрати в рамках цієї програми. Національне управління охорони здоров'я щорічно складає загальний бюджет системи охорони здоров'я в масштабі країни, але фактичні витрати незмінно перевищують ці орієнтування [4].

У 2006 році дефіцит бюджету французької системи охорони здоров'я склав 10,3 мільярди євро. Насправді цей показник не такий уж поганий, адже в попередньому році дефіцит був ще більшим — 11,6 мільярдів євро. Охорона здоров'я — найбільша за обсягом зі статей витрат, що не дозволяють збалансувати державний бюджет у цілому — його дефіцит виріс до 49,6 мільярдів євро, або 2,5% ВВП, що ставить під загрозу відповідність Франції фінансовим критеріям Маастрихтської угоди для країн, що входять у зону євро [1]. Не виключено, втім, що це — лише вершина айсберга. За прогнозами деяких державних відомств, дефіцит тільки одного бюджету системи охорони здоров'я може досягти 66 мільярдів до 2020 року.

У цілому, страхові фонди забезпечують покриття ста-

ціонарного й амбулаторного лікування, послуг лікарів загальної практики й фахівців, діагностичні обстеження, ліки, що відпускають за рецептами, і допомога вдома. У більшості випадків послуги, на які поширюється страхове покриття, конкретно перераховуються в нормативних актах. Проте, наявність деяких "непрямих" пільг часом приводить до конфліктів з питання про те, які послуги повністю страхуються, а які — частково [2].

З більшості надаваних послуг передбачається значна пайова участь споживача — від 10 до 40% від їхньої вартості. У результаті приблизно 13% від обсягу медичних послуг французи оплачують із власної кишені (приблизно стільки ж, скільки й американці) [3]. Більше того, оскільки багато видів медичної допомоги не покриваються страхуванням, а ряд найбільш якісних провайдерів медичних послуг відмовляється працювати по ставках, що нав'язуються страховими фондами, більше 92% жителів Франції здобувають додаткові страхові поліси в приватних структур [4]. На ділі приватне страхування сьогодні становить у Франції приблизно 12,7 % всіх витрат на медичну допомогу; по цьому показнику серед промислово розвинених країн вона поступається лише Бельгії (15,2%) і Сполученим Штатам (35%).

У зв'язку зі сполученням платежів з кишені споживача й страхування на частку недержавних джерел доводиться приблизно 20% сукупних витрат на медичну допомогу — у два із зайвим рази менше, ніж у США, але більше, ніж у більшості країн, де існує державна система охорони здоров'я.

Ринок приватного страхування у Франції з багатьох параметрів менше піддається регулюванню, ніж у США. Наприклад, якщо в Америці в 20 штатах діє стандартна система страхових внесків або їхній обсяг обмежується, то у Франції внески в системі приватного медичного страхування носять в основному диференційований характер. Там не існує норм регулювання, що визначають, які пільги повинні бути включені до страхового покриття або обов'язкового "гарантованого випуску"; існуючі раніше умови страхового договору можуть надалі з нього виключатися. Єдине серйозне обмеження ставиться до "гарантованої поновлюваності" поліса після двох років страхового покриття. У цей час різні форми медичних страховок надають у країні більше 118 приватних страховиків.

Як правило, у Франції пацієнт сам вносить плату за лікування, а потім одержує компенсацію від державного фонду й/або приватного страховика. Розмір компенсації, з відрахуванням участі на паях застрахованого, заснований на тарифах, погоджених провайдерами медичних послуг і національних фондів страхування. Ці тарифи формуються аналогічно нашим "клініко-статистичним групам".

Але якщо тарифи компенсацій установлюються державою, то суми, що нараховуються лікарями за послуги, не регулюються. Французька система дозволяє провайдерам пред'являти рахунки в обсязі, що перевищує базові тарифи, і до 30% лікарів так і роблять[1]. У деяких районах країни, у тому числі в Парижі, частка лікарів, чиї гонорари перевищують базові тарифи, досягає 80% [1]. У цілому, однак, конкуренція не дозволяє більшості медиків надмірно завищувати свої розцінки в порівнянні із установленим рівнем; крім того, лікарі, що працюють у лікарнях, на відміну від тих, що приватно практикують, мають менше можливостей для виходу за межі погоджених тарифів.

Влада також установлює розміри компенсацій як для державних, так і для приватних лікарень, яким найчастіше не дозволяється збільшувати розцінки в порівнянні з погодженими тарифами. Але, хоча гонорари за послуги й обмежуються, приватні лікарні (вони називаються "клініками") — на їхню частку доводиться 37% всіх койкомісць для короткострокового перебування пацієнтів й 50% койкомісць у хірургічних відділеннях — самі контролюють свої бюджети, у той час як державні лікарні діють у рамках загальних річних бюджетів, розроблювальних Міністерством охорони здоров'я.

Технології, які Національна рада з охорони здоров'я відносить до категорії, "що забезпечують недостатній рівень медичних послуг", заборонені до придбання державними лікарнями, а їхнє використання в клініках не підлягає компенсації із засобів національних страхових фондів[1]. Проте, відмовляючись компенсувати застосування цих технологій, французька держава визнає: виключення продукту, "що забезпечує недостатній рівень медичних послуг", зі списку, що покривається страховкою, не означає, що він неефективний для лікування певних захворювань. Мова йде про те, що уряд воліє витрачати гроші на компенсацію за застосування інших засобів, на його думку, більш корисних з урахуванням колективних інтересів [2].

У цілому медичні послуги у Франції відрізняються високою якістю, однак там є свої "проблемні напрямки". До самих недавніх пір у французів у принципі не було проблем зі швидким доступом до обраного ними терапевта. Сьогодні, однак, усе більш серйозну проблему представляють "медичні кочівники": пацієнти, що відвідують одного лікаря за іншим, поки їм не поставлять той діагноз, якому вони віддають перевагу. Це явище, безсумнівно, підвищує затратність системи охорони здоров'я [3]. Держава відреагувала на це збільшенням пайової участі споживачів у оплаті послуг, а також спробами обмежити компенсації лікарям.

Значна частина тягаря по приборканню росту витрат у рамках французької системи, зважаючи на все, перекладається на плечі медиків. Лікар у Франції заробляє в середньому всього 40 000 євро (55 000 доларів) на рік. Для порівняння, у США середній заробіток лікаря загальної практики становить 146 000, а фахівця — 271 000 доларів на рік. Подібну ситуацію не можна однозначно сприймати як негативну (поняття про те, якою "повинна" бути зарплата лікаря, не існує), до того ж низькі доходи французьких докторів частково компенсуються наступними пільгами: по-перше, навчання в медичних вузах у Франції оплачується державою, так що, на відміну від американських молодих спеціалістів, лікарі не обтяжені боргами; по-друге, французька правова система різко обмежує подачу колективних позовів, що значно скорочує витрати медиків на страхування на випадок лікарської помилки. Французька влада також намагається обмежувати загальну кількість практикуючих лікарів, установлюючи тверді квоти для прийому на другий курс медичних вузів.

Однак французькі лікарі усе сильніше роблять протидію спробам обмежити їхню винагороду в рамках системи медичного страхування.

Куди важливіше, втім, інше: останнім часом держава почала обмежувати доступ до лікарів. У дослідженні, проведеному в 2004 році Вищою радою з розвитку медичного страхування, ставилося питання про "легітимність абсолютної свободи, якою володіють спеціалісти в плані обґрунтування власної практики". Потім, в 2005 році, уряд увів в дію систему "скоординованих маршрутів одержання медичних послуг". У рамках цієї системи — її механізм сильно нагадує наше "регульоване медобслуговування" — пацієнтові рекомендується вибрати "основного ліка-

ря", який буде розробляти для нього "маршрут" подальших медичних послуг. Ціль тут полягає в тому, щоб "прив'язати" споживача до обраного їм терапевта й перетворити останнього в "воротаря", який буде обмежувати доступ пацієнта до фахівців, різних обстежень і деяких особливо складних й "надсучасних" медичних процедур [4].

Поки що нова система скоріше "м'яко підштовхує" людей у певному напрямку, а не має обов'язковий характер. Якщо ви не захочете скористатися "маршрутом", ваша пайова участь трохи зросте, а страхові компенсації злегка знизяться — приблизно так само, як це відбувається з тими американцями, що "виходять із системи". Але якщо витрати на охорону здоров'я будуть і далі збільшуватися, нова система може бути розширена й посилена.

Більш злободенний характер має інша проблема: загальний бюджет й обмеження тарифів за медичні послуги, у рамках яких діють лікарні, приводять до хронічного недофінансування основних фондів, результатом чого стає дефіцит передових медичних технологій і недоступність найбільш "сучасних" видів послуг. Так, апаратів для магнітно-резонансної томографії в перерахуванні на мільйон жителів у Сполучених Штатах налічується у вісім разів більше, ніж у Франції, а апаратів для комп'ютерної томографії — у чотири рази більше. Почасти в цьому проявляється більший акцент на технології, характерний для американської медицини, але в результаті деяким французьким пацієнтам доводиться чекати можливості, коли вони зможуть одержати необхідну їм допомогу. Крім того, у країні спостерігається сильний диспаритет у географічному розподілі ресурсів охорони здоров'я: в одних регіонах медичні послуги доступніше, ніж в інших.

Таким чином, хоча в цілому французька система дозволяє уникнути "аркушів очікування" на медобслуговування, характерних для інших країн з державною охороною здоров'я, для деяких спеціалізованих видів лікування й доступу до певних технологій черги, нехай й в обмеженому масштабі, все-таки існують. У деяких випадках лікарні, побоюючись перевитрачати виділений їм бюджет, заради економії направляють пацієнтів в інші медичні установи.

Нарешті, держава намагається обмежити відпустку медикаментів за рецептом. Французи традиційно приймають надзвичайно багато ліків. У цій країні терапевт у середньому виписує за рік рецептів на суму в 260 000 євро. Однак Національна рада охорони здоров'я приступила до "чищення" формуляра ліків, за які виплачується страхова компенсація. Багато французів-пацієнтів у відповідь переключаються на прийом аналогічних за дією препаратів, що залишилися в списку, але деякі в підсумку можуть залишитися без потрібних їм ліків. Наприклад, за результатами одного дослідження з'ясувалося, що майже 90% астматиків у Франції не одержують ліків, здатних поліпшити їхній стан [4].

Вплив всіх цих заходів щодо стримування росту витрат частково зм'якшується тим, що у Франції пацієнт може забезпечити собі медичну допомогу в приватному порядку, поза рамками системи. Скажімо, якщо потрібні йому ліки виключені зі списку, він може їх купити, якщо готовий витратити на це власні гроші. Те ж саме стосується й доступу до медичних технологій. Нарешті, пацієнт вправі проігнорувати "скоординований маршрут" і негайно одержати потрібну йому допомогу, нехай і за більш високу ціну.

Крім того, поширенню нових медичних технологій і видів послуг сприяють додаткові засоби, одержувані за рахунок виплат приватних страховиків. Підвищуючи сукупний обсяг капіталу, який можна використати для подібних інвестицій, ці платежі дозволяють переборювати рамки обмежень, установлених державною системою, і забезпечувати збільшення кількості койкомісць, а також технічного встаткування в рамках системи. Фінансові уливання через приватне страхування, можливо, також сприяють збільшенню кількості лікарів і підвищенню якості їхньої підготовки.

Здатність Франції стримувати ріст витрат на медицину частково зумовлена тим, що французька система охорони здоров'я знайшла інноваційний спосіб рішення однієї із самих складних проблем, що не дають спокою експертам, що займаються виробленням політики в цій сфері: мова йде про явище економічного порядку за назвою "моральний ризик". Моральним ризиком називають схильність людей надмірно споживати товари й послуги, що забезпечують їм більш високу вигоду без відповідного підвищення витрат. У перекладі на просту мову це означає: люди їдять більше за "шведським столом", оскільки там можна безкоштовно покласти собі добавку, і частіше звертаються за медичними послугами, оскільки оплачують їх авансом у вигляді страхових внесків, а не за фактом. Очевидне рішення полягає в тому, щоб переносити більшу частку витрат із внесків у пайову участь або страхових відрахуваннях, тим самим підвищуючи рівень усвідомлення споживачами реальних витрат на кожну "одиницю" медичної допомоги, що вони здобувають" [4].

У той же час слід зазначити, що можливості скористатися приватним страхуванням є не у всіх. Найчастіше в такий спосіб "уникають" державної системи заможні громадяни, що фактично приводить до утворення двох рівнів медичної допомоги. Результатом стає диспаритет у результатах лікувальних заходів, пов'язаний з рівнем доходів пацієнтів [83]. Хоча подібна ситуація, безсумнівно, спостерігається також у США й інших країнах, і ніякого лиха в тому, що багаті можуть платити більше за якісніше лікування, нема, вона показує, що заявлена мета — забезпечити всім громадянам абсолютно рівний доступ до медичних послуг — в основному залишається недосяжною навіть у рамках керованої державою системи охорони здоров'я.

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, диспаритет у можливостях своєчасно отримати медичні послуги, у результатах лікувальних заходів, пов'язаний з рівнем доходів пацієнтів.

Література:

1. Белланже М.М. Французская система здравоохранения: общий обзор / М.М. Белланже [Електронный ресурс]. — Режим доступу: http://ar.economy.gov.ru/common/img/uploaded/files/seminar3_French_Health_system_RU.pdf — Назва з екрана.

2. Жиляева Е.П. Роль государства в современном здравоохранении Франции / Е.П. Жиляева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2006. — №1. — С. 51—54.

3. Климова Н.Б., Зайцева А.Л., Бреев П.В. // Экономика и практика обязательного медицинского страхования. — 2002. — № 5. — С. 4—7.

5. Стеценко В.Ю. Обов'язкове медичне страхування в Україні (адміністративно-правові засади запровадження): Монографія. — К.: Атіка, 2010. — 320 с.

Стаття надійшла до редакції 19.04.2011 р.