

Heinz Brock: A francia egészségügyi rendszer

Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), 64. Jg. (2023) 10.; 17. Okt. 2023, 09:28

Kulcsszavak: egészségügyi rendszer, Franciaország

Forrás Internet-helye: <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/64-jg-2023-10/das-gesundheitssystem-in-frankreich-vive-la-difference/>

A francia egészségügyi rendszer nem sorolható sem a Bismarck-, sem a Beveridge típusú modellhez, esetleg mindkettőhöz egyaránt. Strukturálisan társadalombiztosításra épül. Az állami finanszírozás, az adóalapú forráskezelés és az állam erőteljes beavatkozási lehetőségei folytán azonban ez egy nemzeti egészségügyi szolgálat elveinek felel meg. A kötelező állami biztosítás csaknem a teljes lakosságra kiterjed, de jelentős költség hozzájárulásokat tartalmaz, a látássegítő eszközök, hallókészülékek és a fogászat területén pedig nem kevés kívánnivalót hagy maga után. Ezért aztán a lakosság 95%-a rendelkezik önkéntes kiegészítő biztosítással. Ezek a kiegészítő biztosítások többnyire a foglalkoztatási szerződésekbe foglaltatnak, ami az állami biztosítással együtt azt eredményezi, hogy az egészségügyi szolgáltatásokhoz fizetett privát önrészek (*out-of-pocket-payments*) az EU és az OECD tagállamai közül Franciaországban a legalacsonyabbak.

A betegek választási szabadsága az elsődleges ellátók, szakorvosok, kórházi ambulanciák és kórházak vonatkozásában csaknem korlátlan. Az általános orvosok kapuőr funkciója 2004 óta csak indirekt módon működik, miután a beutaló nélküli szakorvosi konzultációk honoráriumait csak csökkentett mértékben térítik. Az orvostársadalom teljes vállalkozási szabadsággal rendelkezik, az orvosok magán- és csoportpraxisok, egészségügyi központok és sürgősségi ambulanciák, valamint az állami és privát kórházakban működő ambuláns és fekvőbeteg osztályok között válogathatnak. A fekvőbeteg szolgáltatások tarifáit, valamint a gyógyszerek és gyógyászati eszközök árait egyaránt a minisztériumok szabják meg. Am sem az ambuláns, sem a fekvőbeteg szektorban nem szabnak meg volumenkorlátokat, ami természetesen a jövedelmi célokat követő teljesítményfokozást ösztönzi. Az állami kórházak vonzerejének erősítése érdekében a francia kormány 2021-ben 15-20%-kal emelte a kórházi alkalmazottak fizetését és megkönnyítette az orvosok számára, hogy az állami kórházakban kiegészítő tevékenységként privát betegeket fogadjanak.

A franciák születéskor várható élettartama 82,4 év, meghaladja az európai átlagot. A rendszer személyügyi ellátottsága alacsony, ennek ellenére világviszonylatban a legdrágábbak közé tartozik. Ez négy tényezőnek tulajdonítható: Először, az ambuláns szektorban a szolgáltatások volumenkorlát nélküli térítése magas szolgáltatásvolument gerjeszt. Másodsor, a fekvőbeteg, ambuláns és elsősorban sürgősségi kórházi ellátáshoz való akadálytalan hozzáférés magas költségeket eredményez a kórházi szektor számára. Harmadszor, a gyógyszerfogyasztás mértéke példátlan, a generikumok aránya azonban alacsony, ami a biztosítók általi csaknem univerzális költségfedezetnek tulajdonítható. Negyedszer, az állami kötelező biztosítás és a kiegészítő biztosítások párhuzamosságának megvan a maga ára: az egészségügy adminisztratív költségei az Egyesült Államok után a legmagasabbak az OECD államok körében.

<i>Az egészségügyi rendszer paraméterei</i>	FR
Lakosság (millió lakos)	67,87
Születéskor várható élettartam	82,4
Egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya (%)	11,9
Privát („out-of-pocket”) (egészségügyi összkidadások %-a)	8,9
Egy főre eső egészségügyi kiadások (USD vásárlóerő paritás)	5.251
Halálozás 100.000 lakosra	715
Megfelelő időben való kezeléssel megelőzhető halálesetek 100.000 lakosra	51
Túlsúlyosság (%)	30,9
Orvosok (1.000 lakosra)	3,18
Általános orvosok (1.000 lakosra)	1,38
Ápolók (1.000 lakosra)	8,58
Kórházi ágyak 1.000 lakosra	5,65

OECD Health Data 2023

A kormány az egészségügy minden egyes szektora vonatkozásában évente határozza meg a társadalombiztosítás (*Objectif national de dépenses d'assurance maladie*) költségvetését. Ez adminisztratív szempontból ugyan érthető, a szétforgácsolt finanszírozási módszer azonban akadályozza a szolgáltatók kooperációs készségét. A rendszer kórházközpontú, az általános orvosok alig kerülnek kontaktusba más ellátási szektorokkal, prevenció és egészségfejlesztés területén nem vállalnak szerepet. A feladatoknak más foglalkozási csoportokra való átruházását az extramurális szektorban domináns egyedi költségtérítés akadályozza, mivel ez jövedelemvesztést jelent az orvosok számára. Az orvosi személyzet létszáma az elmúlt évtizedben két szempontból is problematikus volt. Először, az általános orvosok létszáma 2012-től folyamatosan csökkent. Másodszor, erősödött az egyenlőtlen regionális eloszlás, így egyes alacsonyabb jövedelemmel rendelkező megyék mára véglegesen alulellátottakká váltak. A politika reformokkal és különböző programokkal reagált a problémákra. Miközben az előző években az egészségügyi költségvetés növekedési rátája nem érte el az OECD átlagát, 2021-ben megközelítőleg tíz százalékos költségnövekedésre került sor. 2016 óta több törvény próbálkozott a fekvőbeteg ellátások kórházi társulások keretében való koordinációjának forszírozásával és az elsődleges ellátás multidiszciplináris központokban való megerősítésével. 2020-ban került sor a „100 % Santé“-reformra, amelynek keretében sikerült kezelni a látássegítő eszközök és hallókészülékek, fogászati és pszichológiai kezelések helyzetét, azoknak bizonyos feltételek mellett a biztosítók általi finanszírozását.

A kormány az elmúlt években nagyobb jelentőséget tulajdonít az egészségügyi kutatás-fejlesztésnek. Az állami egészségkutatási intézet (*Institut national de la santé et de la recherche médicale – INSERM*) pl. európai viszonylatban a legtöbb szabadalmat nyújtja be a gyógyszereszektorban.