

TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY FRANCIAORSZÁG EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL



GYEMSZI

Gyógyszerészeti és Egészségügyi
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság
Rendszerelemzési Főosztály

2015. január

Tartalom

Gazdasági-politikai környezet.....	2
Demográfia.....	2
Az egészségügyi rendszer jellemzői.....	3
Finanszírozás.....	3
Egészségügyi szolgáltatások	8
Egészségügyi dolgozók.....	11
Minőségügy.....	12
e-egészségügy.....	13
Egészségügyi reformok.....	13
Források.....	15

Gazdasági-politikai környezet

Az euró övezet legnagyobb gazdasági közé tartozó Franciaországban az egy főre jutó GDP mértéke 2013-ban 28 400 PPS volt (Eurostat). A francia gazdaságot hosszú ideje minimális növekedés (2012: nulla, 2013: 0,3 százalék, 2014, becslés: 0,3 százalék) (INSEE) és magas munkanélküliség jellemzi. A tartósan 10 százalék feletti munkanélküliség 2014 harmadik negyedében 10,4 százalék volt (INSEE). Az államháztartási hiány 2013-ban a GDP 4,1 százaléka, 2014-ben a DG ECFIN becslése szerint a GDP 4,4 százaléka. A hiány 3 százalék alá csökkentésére az ország újabb két év haladékot kért Brüsszeltől. Az államadósság mértéke 2013-ban 92,2 százalék, növekvő mértékű. Az infláció 2014 szeptemberében 0,4 százalék volt. (Eurostat)

Franciaországban 1958 óta az Ötödik Köztársaság alkotmánya határozza meg az államszervezet felépítését, mely félelnöki jellegű, duális államberendezkedést honosított meg, ahol egyenlő politikai súlya van a kormánynak és az államfőnek. A közvetlenül választott elnök, mely tisztséget jelenleg François Hollande tölti be, mandátuma öt év. A kormányfő - Manuel Valls - irányítja a kormány tevékenységét. A törvényhozást a két kamarás parlament testesíti meg, két szerve a Nemzetgyűlés (Assemblée Nationale) és a Szenátus (Sénat). A Nemzetgyűlés 577 tagú és ötévente közvetlenül választják. A 348 tagú szenátust elektori kollégium választja hat évre, a Szenátus fele háromévente megújul. A két ház közötti véleménykülönbség esetén a Nemzetgyűlés döntése a mérvadó. A politikai tér két csoportra különül el, a baloldal a Francia Szocialista Párt (PS) körül csoportosul, a jobboldal pedig az Unió egy Népi Mozgalomért (UMP) párt körül tömörül. 2012 májusa óta a Nemzetgyűlésben a PS, 2014. szeptember vége óta a Szenátusban az UMP és a centrista UDI (Független Demokratikus Unió) vannak többségben.

Franciaország 27 régióra és ezen belül 101 megyére oszlik. Ebből 22 régió és 96 megye található Európában.

Demográfia

Franciaország lakossága 2014-ben 65,8 millió fő, 2030-ra várhatóan 68,5 millióra nő az európai területen. A növekvő tendencia részben a természetes szaporodásnak, részben a bevándorlásnak tulajdonítható. Az élveszületések aránya 2014-ben 12,4/1000, a nyers halálozási ráta 8,4/1000 (INSEE). A termékenységi arány 2012-ben 2. Jellemző a lakosság elöregedése, a 65 éven felüliek aránya 2010-ben 16,8 százalék volt, 2030-ban várhatóan eléri a 24 százalékot (WHO HFA).

A születéskor várható élettartam 2012-ben 82,1 év volt, 78,7 év a férfiak és 85,4 év a nők körében (OECD). A csecsemő mortalitás 2011-ben 3,5/1000, az anyai mortalitás 2010-ben 8,5/100 000 volt. A halál oka statisztikában a daganatos megbetegedések vezetnek. A HIV-fertőzés okozta AIDS előfordulása 0,8/100.000, a tuberkulózis incidenciája 4,1/100.000 fő (WHO HFA) volt 2012-ben.

A 100 ezer lakosra jutó standardizált halálozás egyes halálokok szerint, 2010	
Daganatok	162,0
A keringési rendszer betegségei	113,9
Külső okok	43,2
A légzőrendszer betegségei	25,4
Az emésztőrendszer betegségei	23,3
Összes halálozás	500,6

Forrás: WHO HFA

Az egészségügyi rendszer jellemzői

Franciaország egészségügye kötelező egészségbiztosítási rendszeren alapul, melyet az adóalapú finanszírozás egyes elemei és a kiegészítő biztosítási formák tesznek teljessé. A járóbeteg ellátást főként praxisukban dolgozó magánorvosok, a fekvőbeteg ellátást állami, valamint profit-orientált és nonprofit kórházak nyújtják. 2010 óta a térségek egészségügyi ellátását 26 Regionális Egészségügyi Hatóság irányítja.

Finanszírozás

Egészségügyi kiadások

Az egészségügyre fordított kiadások GDP-hez viszonyított aránya 2004 óta 11 százalék körül mozog, 2012-ben 11,6 százalékot tett ki (OECD). Az egy főre jutó egészségügyi kiadások nagysága 2012-ben vásárlóerő paritáson 4288 USD volt (OECD). A társadalombiztosítás és a kiegészítő biztosítók összetett működése is hozzájárul az egészségügy magas költségeihez.

Forrásgyűjtés, szolgáltatáscsomag

2013-ban az egészségügyi kiadások 77,4 százaléka kötelező társadalombiztosításból, 22,6 százaléka magánforrásokból származott. A magánkiadások 60,1 százaléka önkéntes magánbiztosítás, 39,1 százaléka out-of-pocket kifizetés. (Franc,C. – Pierre, A.)

Szabályozott azon szolgáltatások köre, amelyek a kötelező biztosítás térítésében részesülnek. Az egészségügyi ellátás egy részéért (házi orvosi ellátás, járóbeteg szakellátás) a betegek közvetlenül az egészségügyi szolgáltatóknak fizetnek. A kötelező biztosítás az egészségügyi szolgáltatások betegek által fizetett díját meghatározott rátákon számítva téríti vissza, s a betegek (a kivételektől eltekintve) co-payment fizetésére kötelezettek.

Alap és járóbeteg-ellátásban 2013-ban a betegek általában a díj 30 százalékát és 1 eurós vizitdíjat finanszíroznak (a gyakorlatban általános orvosi konzultáció után a betegek 23 euró összeget rónak le, melyből 15,10 eurót visszkapnak a biztosítótól, a biztosítással szerződésben álló szakorvosok

konzultációja esetén ezek az összegek 25 és 16,50 euróra módosulnak. A 30 százalékos co-paymentet az önkéntes kiegészítő biztosítás téríti, a vizitdíjra a kiegészítő biztosítók sem nyújtanak fedezetet.

Azon orvosok esetében, akik honorárium túllépésre jogosultak, és nem állnak a biztosítással szerződésben a visszatérítés mértéke megegyezik az általános orvosi konzultációéval (15,10 euróval).

A kórházi ellátás költségei 80 százalékos arányban visszatérítettek, bizonyos esetekben, pl. sebészeti beavatkozások esetében a beteg 100 százalékos visszatérítést kap, és a különösen súlyos, krónikus betegségek listáján szereplő indikációk esetén nem kell fizetni. A mentesség alá nem tartozóknak fizetniük kell a kórházi ellátás napidíját, 2010. január 1-jétől 18 eurót (pszichiátriai kezelés esetében 13,5 eurót). A kórházi napidíj alól kivételt képeznek a terhes nők, az újszülöttek, a 20 év alatti fogyatékkal élők, a munkahelyi balesetben sérültek, a jövedelmi helyzet alapján rászoruló és a veteránok.

Különösen költséges (120 euró fölötti) beavatkozások esetében 18 euró fizetendő, amelyet orvosi rendelőben vagy kórházban végzett beavatkozásokra egyaránt felszámítanak. A díjat a kórházi tartózkodás alatt egyszer számítják fel, akármennyi költséges beavatkozás is történt. A díjak alól egyes beavatkozások illetve egyes lakossági csoportok mentesülnek.

Kórházi tartózkodás esetében nem kell a betegnek az ellátás költségeit előre fizetni, az ellátó intézmény közvetlenül a biztosítóval számol el, a beteget a co-payment, a napi díj és a költséges ellátásért fizetendő díj terheli. A co-paymentre a kiegészítő biztosítók nyújthatnak visszatérítést, a kórházi napidíjra és költséges ellátásért fizetett díjra megállapodás esetén nyújt a kiegészítő biztosítás fedezetet.

A komoly vitát kiváltó egészségügyi átalányt a 2005-ben bevezetett vizitdíjon és kórházi napidíjon túl léptették érvénybe. Az átalány bevezetése a társadalombiztosítás finanszírozására vonatkozó terv egyik súlyponti intézkedése volt a deficit csökkentésére. Az új átalány nagyságrendjét gyógyszerek esetében (50 cent), paramedikális szolgáltatásoknál (50 cent), betegszállítás igénybevétele során (2 euró) összegben határozták meg. A háromféle átalánydíj évente nem haladhatja meg összességében az 50 euró/főt (napi 2 eurót a paramedikális szolgáltatásokért és napi 4 eurót a betegszállításért). Az új co-payment alól csak a gyermekek, a terhes nők és a jövedelmi helyzet alapján rászoruló mentesülnek. A kiegészítő biztosító ezt a díjat nem téríti. Az 50 euróban maximált új küszöbérték hozzáadódik a 2005 óta bevezetett co-payment előírása révén fizetendő, és szintén 50 euróban maximált összeghez.

Franciaország társadalombiztosítási rendszerét 1945-ben alakították ki. A francia lakosság kötelező egészségbiztosítása jelenleg három szervezet irányítása alatt áll.

- Az alkalmazottak (bérből élő) dolgozók fedezetét ellátó országos biztosító a lakosság több mint 80 százalékát biztosítja, és 16 regionális és 128 helyi biztosítóból álló hálózaton keresztül végzi a finanszírozást.
- A kereskedőket, ipari önálló vállalkozókat és a szabadfoglalkozásúakat az önálló vállalkozók szociális rendszere biztosítja.
- A harmadik szintén országos háttérű biztosító a mezőgazdasági és vidéki dolgozók számára nyújt szociális védelmet.

A három biztosító tevékenységét országos biztosítóegyesület koordinálja.

Néhány kisebb biztosítási alap bizonyos foglalkozási kategóriák számára nyitott (pl. bányászok, vasutasok, tengerészek stb.). Ezek különálló működésük révén számos kedvezményben részesítik tagjaikat.

Minden biztosító helyi szintje magánjogi személy (egyesület). A regionális szintek közjogi személyként működnek, de ezek hivatalosan csak koordinációs jogokkal rendelkeznek.

Hagyományosan a kötelező biztosítás bevételeit a munkáltatók és a munkavállalók által fizetett járulékok képezték, amelyeket a bruttó bérekre vetítettek. A munkáltatók egészségbiztosítási járuléka 2014-ben a bruttó bérek 13,55 százaléka (MISSOC). A munkavállalók esetében a bruttó kereseten alapuló biztosítási járulék 0,75 százaléka, az ő hozzájárulásukat azonban 1997-1998 óta a teljes jövedelmet (munkajövedelmek, tőkejövedelmek, szerencsejátékokból származó jövedelmek stb.) figyelembe vevő általános szociális hozzájárulás egészíti ki. Ennek mértéke 2010. január 1. óta a munkajövedelem 7,5 százaléka (nyugdíjak 6,6 százaléka, vagyoni eszközök és a befektetések 8,2 százaléka; a szerencsejátékokon nyert összegek 6,9 százaléka; a munkanélküli segély, a táppénz, az anyasági és apasági támogatás, a munkahelyi balesetekre vagy a foglalkozási ártalmak okozta betegségekre nyújtott támogatás 6,2 százaléka). A társadalombiztosítás járulékaik között szerepel még a társadalombiztosítás adósságának (az egészségbiztosítás deficitje 2014-ben is növekvő mértékű volt) visszafizetéséhez nyújtott 0,5 százalékos hozzájárulás, az autonómiát és szolidaritást támogató 0,3 százalékos hozzájárulás és a hosszú távú ellátást kiegészítő, tőkejövedelmek illetékére számított további hozzájárulás (1,1 és 0,3 százaléka).

A biztosítottak körének kiterjesztését többféle támogatás szolgálja. 2000 óta a Betegségekre nyújtott Teljes körű Fedezetre (CMU) vonatkozó Törvény állampolgárság vagy Franciaország területén történő állandó tartózkodás jogán nyújt lehetőséget a kötelező biztosításra azok számára, akik nem rendelkeznek a foglalkozás, alkalmazotti státusz szerinti biztosítási fedezettel. A rendelkezés segítségével a kötelező biztosítás a lakosság 99,9 százalékának nyújt védelmet. A CMU járulékszintje a háztartások jövedelmének 8 százaléka. Azok számára, akiknek a jövedelme nem ér el egy bizonyos szintet (2014. október 1-től 9601 euró) a fedezet ingyenes. (A 8 százalékos járulékot is az e fölötti jövedelemszintre számítják.) A fedezet további támogatását jelenti a kiegészítő védelemmel ellátott teljes körű fedezet (CMU-C), amely biztosítási járulék fizetése nélkül, térítésmentesen bocsát kiegészítő biztosítást az alacsony jövedelmű állampolgárok rendelkezésére (függetlenül attól, van-e munkaviszonyuk). Önrész nélkül teszi lehetővé az orvosok felkeresését vagy a kórházi ellátás igénybevételét. A jogosultaknak sem előre, sem utólag nem kell fizetniük kezelési költséget. A CMU-C-re való jogosultság egyedülálló személyek esetében 2014. július 1-től 8645 euró éves jövedelem (négyfős háztartásban 18 153 euró). Azon személyek, akik jövedelme maximum 35 százalékkal haladja meg a kiegészítő védelemmel ellátott fedezetre való jogosultsághoz előírt jövedelemküszöböt, segélyben (ACS) részesülnek a kiegészítő biztosítás igénybevételéhez. A segély éves összege 16 éves korig 100 euró, 16-49 év között 200 euró, 50-60 év között 350 euró, 60 év fölött 550 euró.

A betegek által fizetett, kötelező biztosítás által nem térített díjak visszatérítésének igénye következtében magas - a lakosság 90 százaléka fölötti - a kiegészítő biztosítás igénybevétele. Az önkéntes magánbiztosítás a kötelező biztosítás kiegészítésére szolgál, mivel főként a co-payment-et téríti, és az állami fedezetben kevésbé részesülő területeket fedi le, így például a fogászati és a szemészeti ellátást és a gyógyászati segédeszközöket. Nem jár kötelező térítés a plasztikai műtétekre és a gyógyfürdőkezelések többségére sem, ez is a magánbiztosítás hatáskörébe tartozik.

A kiegészítő biztosítókat általában átfogóan „mutuelle”-nek nevezik, valójában az ország kiegészítő biztosítói három kategóriára oszthatóak: kölcsönösségi alapon működő szervezetek (mutuelles), öngondoskodási egyesületek és biztosítótársaságok. A „mutuelle”-biztosító olyan nonprofit szervezet, mely a tagok szolidaritására épül, és melynek anyagi alapját a tagdíjak képezik. Működését a Kölcsönösségi viszony (Mutualité) jogszabály-gyűjteménye határozza meg.

A kölcsönösségi alapon működő, nem- profitorientált mutuelle-ek száma (2002-ben 1359, 2013-ban 480), és arányuk ezzel párhuzamosan 60 százalékról 54 százalékra csökkent az önkéntes kiegészítő biztosítási piacon, a további hányadot pedig a nonprofit gondoskodást szolgáló intézmények (18 százalék) és a profitot is képező magánbiztosító-társaságok (28 százalék) teszik ki.

A mutuelle-k és az öngondoskodási egyesületek általában csak a biztosítottak bizonyos körének nyújtanak fedezetet, a biztosítótársaságok viszont mindenki irányában nyitottak. Az előbbi kettő irányításáról és finanszírozásáról a tagok és munkáltatóik gondoskodnak, az utóbbit kizárólag ügyfelei finanszírozzák, akiktől viszont az irányításuk független.

Egyes mutuelle-k a kötelező biztosítás feladataiban is szerepet vállalhatnak. A köztisztviselők, valamint számos állami vállalat alkalmazottai az országos kötelező biztosítás fedezete alá tartoznak, de irataik kezelése nem itt történik, hanem olyan mutuelle-knél, melyek engedéllyel rendelkeznek a kötelező biztosítás helyében való eljárásra. Ezek a szervezetek olyan biztosítási szerződéseket kínálnak, melyek a kötelező egészségbiztosítást egészítik ki. A gyakorlatban, a biztosítottaknak így csak a mutuelle-jükkel kell felvenniük a kapcsolatot, ami jelentős könnyítést jelent számukra, és komoly előny az állami szektorban tevékenykedő mutuelle-knek.

Forrásallokáció

2012-ben a gyógyító és rehabilitációs ellátások költségei az egészségügyi kiadások 43 százalékát tették ki, a gyógyszer- és más egészségügyi termék-kiadások 12,1, a prevencióra fordított kiadások 1,3 százalékot. Az irányítás költségeire a kiadások 3,2, felhalmozásra 2,6 százalékát fordították.

Franciaországban az önálló vállalkozóként dolgozó egészségügyi szakemberek szinte mindegyike, a szakma képviselői és a biztosítók által kötött országos keretszerződés alapján praktizál.

Az 1. szektorba tartozó orvosok a keretszerződésben lefektetett és a biztosítás által térített alaptarifák szerint folytathatják gyógyító tevékenységüket. A 2. szektor különösen elismert szaktekintélyeinek lehetősége van az előírtnál magasabb díjtételek felszámítására. Mivel az extra díjtételek negatív hatást gyakorolnak az ellátás mindenki számára való elérhetőségére, és ez különösen azoknak a földrajzi területeknek a lakosságát érinti, ahol kizárólag csak ilyen díjtételek mellett dolgozó orvosok vannak, az egészségbiztosítás 2012 októberében megállapodást kötött az orvos szakszervezetekkel az extra díjtételek korlátozására. A 70 eurót meghaladó tarifák felszámítása visszaélésnek minősül és szankciókat vonhat maga után, az alacsony jövedelmű betegek számára pedig csak a hivatalos díjtételeket lehet alkalmazni.

2009-ben a háziorvosok számára a praxisok működésének javítását, a népegészségügyi célok elősegítését támogató program indult. A program az orvosokkal kötött megállapodások alapján kiegészítő finanszírozással ösztönözte a prevenciót, a krónikus betegek ellátását és a generikus gyógyszerek felírását és 2012-től még a praxisok informatikai fejlesztését.

A program a szakorvosokra és a gyógyszerészekre (gyógyszer mellékhatások megelőzése, generikus helyettesítés, gyógyszerellátás koordinációja) is kiterjedt.

Franciaországban 2004-2005-ben vezették be a Tevékenység alapú Finanszírozás (T2A) elnevezésű DRG-rendszert az aktív kórházi ellátás szolgáltatásaira. 2005-ig az állami kórházak a korábbi időszak kiadásait figyelembe vevő globális költségvetésben részesültek, a forprofit magánkórházak (amelyek a sebészeti beavatkozások több mint felét, a nőgyógyászati ellátás negyedét végzik) finanszírozása szolgáltatások szerinti díjazás alapján történt. Az állami szektorban (állami kórházakban és a non-profit magánkórházakban) fokozatosan nőtt a DRG fedezetben részesülő szolgáltatások aránya, és 2008-ban elérte a 100 százalékot. A profit-orientált magánkórházak szolgáltatásaira 2005 márciusa óta DRG-fedezet van érvényben.

A Homogén Betegcsoportokon alapuló rendszer az USA HCFA-DRG rendszeréből indult ki, és a T2A bevezetése óta háromszor módosították, így a 2004-ben alkalmazott 600 csoport száma 2009-re 2300-ra nőtt, és többségüknél az esetek súlyosságán alapuló négy szintre tagolódott (egyes betegcsoportok csak néhány esetre alapulnak, a kórházi esetek több mint fele 40 csoportba tartozik). A referenciául szolgáló költségek kalkulálása éves országos költségfelmérésen alapul, külön az állami és a magánkórházakban. 2012-ben 110-intézmény (állami és magán), a kórházi esetek 16 százaléka vett részt a felmérésben. Ez az arány a költségadatbázis megbízhatósága iránt kritikákat vetett fel. A DRG tarifákat évente határozzák meg országos szinten, külön az állami és a magánkórházakra. A tarifák az állami kórházaknál a kórházi tartózkodás minden költségét tartalmazzák, a magánkórházaknál nem terjednek ki az orvosok szolgáltatásonkénti díjazás szerint számított honoráriumára, illetve a laboratóriumi vizsgálatok és a képző eljárások költségeire. Az árak közelítésére irányuló korábbi törekvések 2013-ban abbamaradtak, az állami kórházak erőteljes ellenvéleménye miatt, mivel az állami kórházak extra allokációban részesülnek speciális közfeladatok (kutatás, oktatás, innovatív tevékenység stb.) ellátásáért, a sürgősségi ellátás költségeire pedig fix összegű éves támogatást és szolgáltatáson alapuló díjazást kapnak, és visszamenőleges támogatás jár a költséges gyógyszerekre és orvosi műszerekre is.

Miután több, auditot végző országos intézet bírálta a francia DRG-modellt, 2012 végén az Egészségügyi Minisztérium bizottságot állított fel a fizetési mód reformjára, négy terület célkitűzéseire összpontosítva:

- a tarifák kialakításánál arra kell törekedni, hogy a hatékony szolgáltatók tevékenységével kapcsolatos költségeket tükrözzék.
- javaslat született a tevékenységen alapuló finanszírozásnak a minőségen alapuló finanszírozással való kiegészítésére különösen az olyan területeken, mint a betegek follow up-ja vagy a betegbiztonság. A kísérleti modell, melyet 2014-15-ben 220 kórházban tesztelnek, egy olyan tervezetet készít elő, melyben a kórházak költségvetésének maximum 0,5 százalékát minőségi indikátorok alapján fogják finanszírozni. Az alkalmazott indikátorok többsége az ellátásszervezéssel kapcsolatos, és hiányosságként jelentkezik, hogy az eredményindikátorok a betegek újrafelvételét, műtéti mortalitását nem monitorozzák.
- a DRG-rendszer alapján nyújtott szolgáltatások megfelelőségével kapcsolatban egyre komolyabb kételyek merülnek fel, mivel aggályos, hogy a modell alkalmazása indokolatlan szolgáltatásokhoz is vezethet, ezért a Magas szintű Egészségügyi Hatóság klinikai irányelveket dolgoz ki egyes meghatározott sebészeti beavatkozásokra és kórházi

szolgáltatásokra. A hospitalizációs és sebészeti ráták kórházak és régiók közötti eltéréseit is nagyobb figyelem kíséri az utóbbi időben, és tervek vannak a szolgáltatókkal való szerződés-kötésnél egyes speciális DRG-k volumen és ár-kritériumainak konkrét meghatározására, amelyben bizonyos beavatkozások esetében a DRG árak a célkitűzés elérését követően csökkennének.

- a DRG-fizetésekkel kapcsolatos vélemény, hogy nem mozdítják elő a betegutak javításának gyakorlatát és nem nyújtanak optimális megoldást a krónikus betegségek finanszírozásához. Tervek vannak a fizetések aktív kórházi ellátáson kívüli kiterjesztésére és a csomagolt kifizetés bevezetésére a rehabilitációs ellátásokra. 2014-ben a krónikus veseelégtelenség és az emlő- és prosztaták gyógyításában alkalmazott sugárterápia során tesztelik a csomagolt fizetést, amelyben a teljes kezelési eljárást finanszírozzák az ellátási esetek helyett. (Or, Health Policy, 2014)

Egészségügyi szolgáltatások

Népegészségügy

Franciaország népegészségügyében meghatározó szerepet tölt be a Közegészségügyi Felügyeleti Intézet (InVS) és az Országos Betegségmegelőzési és Egészségnevelési Intézet (INPES). Az InVS monitorozza a lakosság egészségét veszélyeztető tényezőket, így a fertőző és a nem fertőző krónikus betegségek rizikófaktorait, valamint a munkaköri ártalmakat. Az INPES feladatköre az egészségügyi tájékoztatás, és a veszélyhelyzetekre való figyelmeztetések kiadása.

A rák elleni küzdelem 2003 óta országos programokra épül, melyek célja a népegészségügyi szakemberek mobilizálása a betegség megelőzésére, szűrésére, kezelésére, kutatására, valamint a betegek és hozzátartozóik támogatására. A Daganatos Betegségekkel foglalkozó Intézetet (INCA), mely átfogja a rákkal szembeni küzdelmet, 2005-ben állították fel. Ez idáig három egymásra épülő rák elleni program készült:

- 2003-2007-es program átfogó stratégiával lépett fel a dohányzással szemben, és lépéseket tett az emlőrák- és a vastagbél- daganatok lakossági szűrésére.
- 2009-2013-as program az egészséggel kapcsolatos egyenlőtlenségekre összpontosított, és megerősítette a kezelőorvos feladatkörét a betegellátás minden szakaszában.
- A harmadik rák elleni programot 2014 februárjában indították el azzal a céllal, hogy az innovációk gyors alkalmazása révén mindenkinek esélye legyen a gyógyulásra.

A dohányzás az elkerülhető halálokok között vezető helyen áll, ezért a leszokást segítő intézkedésként 2013-ban a kormány a dohánytermékek egy-lépésben végrehajtandó áremeléséről döntött, és betiltotta az elektromos cigaretta fiatalok számára való forgalmazását.

Az egészségmegőrző intézkedések keretében a cukorbetegekkel való kapcsolattartás több módon (postai úton, interneten) tájékoztató anyagok eljuttatásával történik, és ezt a tevékenységet 2013 óta nővér-tanácsadók által működtetett rendszeres telefonos tanácsadás is kiegészíti.

Alapellátás, járóbeteg-szakellátás

Járóbeteg-ellátást nagyobb részt praxisukban egyedül vagy csoportban tevékenykedő vállalkozó általános vagy szakorvosok biztosítanak. A csoportpraxisok nem osztják meg a betegek listáját, de segítséget jelentenek az ellátás folyamatosságának biztosításában és a költséges berendezések közös üzemeltetésében. A háziorvosi ellátásban a praxisok 54 százaléka működött csoportban 2009-ben. 2008-tól az alapellátásban az integrált szervezetek (multidiszciplináris csoportpraxis, egészségügyi ellátási hálózat, egészségügyi ellátó központ) működését (koordináció, betegoktatás, az orvosok és ápolók közötti helyettesítés) kiegészítő finanszírozással támogatják. (Mosques, 2014)

A 2005-ös reformlépések Franciaországban a háziorvosok kapuőri szerepkörét teremtették meg, és megerősítették az általános orvosok szerepét az alap- és a járóbeteg-ellátásban. 2005. január 1-jétől rendelet írja elő minden 16 éven felüli lakos számára a kezelőorvos-választást. A választott szakember lehet általános orvos, de valamelyik szakterület specialista is, és rendelést magánorvosként vagy intézményes keretek között – kórházban vagy egészségügyi központban folytathat. 2006 januárjától csökkentett összegű visszatérítés jár a szakellátás beutaló nélküli felkeresésére, kivételt képeznek ez alól bizonyos szakterületek – szemészet, fogászat, nőgyógyászat – vagy a sürgős orvoshoz fordulás lakóhelyen kívül vagy a kezelőorvos szabadsága idején.

Fekvőbeteg-ellátás

Franciaország fekvőbeteg-ellátását állami kórházak és profit-orientált vagy non-profit magánkórházak biztosítják. 2012-ben összesen 2660 kórház működött, amelyből 931 az állami szektorban, 699 a nonprofit és 1030 a for-profit szektorban. A kórházi ágyak száma 414 840 (100 000 lakosra jutó aránya 648), 258 158 ágy - 61 százalék az állami kórházakban, 98 545 ágy - 25 százalék a for-profit, és 58 137 ágy - 14 százalék a non-profit kórházakban. (INSEE, 2014)

Az állami kórházak önállóan gazdálkodó autonóm egységek. Orvosaik fizetésben részesülő közalkalmazottak, de lehetőségük nyílik részidős magánpraxis folytatására is a kórházon belül. Tevékenységük és az általuk ellátott terület szerint lehetnek:

- átfogó ellátást biztosító, egyetemi kórházközpontok,
- regionális kórházközpontok magas fokú műszerezettséggel,
- kórházközpontok,
- szociális feladatokat is ellátó helyi kórházak,
- nappali kórházak,
- pszichiátriai kórházak.

A non-profit magán egészségügyi intézmények többsége a 2009-es kórháztörvény életbe lépése után közhasznú szolgálatot teljesítő magán egészségügyi intézmény lett. Ezeket az intézményeket egy társaság, alapítvány vagy mutuelle biztosító vonta irányítása alá.

2004 óta, a francia kórházak jelentős szerkezetváltáson mentek át, mely egyaránt érintette finanszírozási és irányítási mechanizmusait. A kórházak irányítási-ellenőrzési hatásköre központi szintről áttevődött regionális szintre. Kezdetben a Regionális Kórházügyi Hatóságok végezték az irányító-ellenőrző tevékenységet. A 2009-ben hozott kórháztörvény értelmében 2010-ben a finanszírozó

regionális szintjét is integráló 26 Regionális Egészségügyi Hatóságot állítottak fel a térségek, és azokon belül a kórházak irányítására.

Rehabilitáció és hosszú távú ellátás

A rehabilitáció átmenetet képez az akut és a hosszú távú ellátás között. Az akut betegségen átesett beteg állapotától függ, hogy fekvőbeteg-ellátó intézménybe utalják-e vagy a járóbeteg-ellátás keretében látják el. A folytonos aktív ellátást már nem igénylő beteget többségében egy általános follow up-ot és rehabilitációt folytató vagy egy szakterület szerint specializálódott (pl. kardiológiai vagy ortopédiai) részlegbe utalják állapotának megfelelően.

Rehabilitációval az állami kórházak erre kijelölt részlegei (SSR részlegek) vagy a magán kórházak foglalkoznak, és ellátják a beteget, amíg nem képes újra önálló életvitel folytatására. A hazabocsátott beteg további ambuláns ellátását a háziorvosa koordinálja egy fizioterapeuta bevonásával. Elsősorban a nonprofit magánszektor foglalkozik hagyományosan a betegek follow up-jával és rehabilitációjával, és bár lépések történnek a follow up részlegek tevékenységének előmozdítására, a betegek ilyen jellegű ellátásában országosan továbbra is nagy eltérések mutatkoznak.

Az idősek és a fogyatékossgal élők hosszú távú ellátása a társadalombiztosításnak az orvosi és a szociális ellátás elemeit ötvöző speciális szektorához tartozik. A betegek lakóhelyen történő ellátásában önálló vállalkozóként dolgozó orvosok, nővérek, illetve kisebb részben a közösségi ápolási szolgálatok (SSIAD) alkalmazásában álló segédápolónők vesznek részt.

Gondozóotthoni ellátást különféle szinteken sok intézmény nyújt:

- kollektív lakhatást biztosító intézmények, melyekben nem folyik egészségügyi ellátás,
- nyugdíjas otthonok, melyek az idősek elszállásolása mellett egészségügyi ellátást is nyújtanak,
- hosszú távú ellátást nyújtó egységek, melyek folyamatos orvosi monitorozást biztosítanak a betegek számára.

2014-ben az Egészségügyi Minisztérium regionális pilot projekteket indított a gyenge egészségi állapotú idősek erősen fragmentált ellátásának jobb koordinálására. A kilenc régióban indított kísérleti projektek hároméves időszakra szólnak, és céljuk az idősek betegútjainak javítása oly módon, hogy biztosítva legyen számukra a megfelelő intézményben történő ellátás, ugyanakkor csökkenjenek az ellátás költségei az indokolatlan szolgáltatások elkerülése révén. A regionális egészségügyi hatóságok (ARS) önként jelentkezhetek a meghatározott körzetben élő idősek ellátására irányuló kísérleti projektben való részvételre. Az ARS-eknek kiválasztásuk után egyetértési megállapodást kellett kötniük a projektben részt vevő minden partnerrel. A projektek célja az aktív ellátást nyújtó és a szociális szektor közötti kommunikáció és együttműködés szorosabbá tétele, a kórházi újrafelvételek, illetve a sürgősségi hospitalizációk csökkentése és a túlzott vagy indokolatlan gyógyszerfogyasztás visszaszorítása. Bár nincs országos előírás a projektek szervezeti kereteire, de számos közös elem jelenik meg a kísérleti programokban: ilyen a Személyre szabott Egészségügyi Terv, melyet megosztott diagnosztikai eszközként vezettek be, hogy információs platformként és biztonságos üzenetközvetítő rendszerként nyújtson segítséget az egészségügyi szakembereknek és a betegeknek. A platform lehetővé teszi a háziorvosok számára a betegek egészségi állapotának és szociális helyzetének felmérését, és a beteg ellátásában részt vevő főbb kontaktszemélyek azonosítását. E mellett helyi információ-megosztó platform nyújt eligazító tájékoztatást az egészségügyi szakemberek és a családok számára. (Or, HSPM, 2014)

Gyógyszerek

Franciaországban a Magas szintű Egészségügyi Hatóság (HAS) Transzparencia Bizottságának minden gyógyszert értékelnie kell a támogatott gyógyszereket tartalmazó pozitív listára való felvétel előtt. Két külön lista van a kórházi gyógyszertárak, ill. a közösségi gyógyszertárak esetében. A technológia-értékelés orvosi bizonyítékokon alapul, és két típusa van: egyszerű vagy többszörös technológia-értékelés. Az egyszerű technológia-értékelést a támogatott listán szereplő gyógyszerek újbóli értékelésére alkalmazzák. A közösségi gyógyszertárak listája esetében ötévente értékelik újra a gyógyszereket, a többi gyógyszer esetében bármikor, ha új információ áll rendelkezésre. A többszörös technológia-értékelést az azonos indikációjú és/vagy azonos gyógyszerosztályba tartozó gyógyszerek esetében alkalmazzák, az egészségügyi hatóságok speciális kérésére (általában a magas vérnyomás kezelésére szolgáló technológiák értékelésére), vagy a Magas szintű Egészségügyi Hatóság programja szerint (a harmadik generációs orális fogamzásgátlók esetében).

A Szociális és Egészségügyi Minisztérium Egészségügyi Termékek Gazdasági Bizottsága dönt a gyógyszerek áráról, a támogatott listára való felvételről és a támogatás mértékéről. A támogatás, illetve az ár meghatározásánál a következő tényezőket veszik figyelembe: egészségügyi szükségesség (a betegség jellemzői/ súlyossága, gyakorisága/, más elérhető /komparátor/ gyógyszerek, hatásmennyiség), relatív hatásosság (más elérhető gyógyszerhez vagy technológiához viszonyított hatásosság), eredményesség (a klinikai kísérletek eredményeitől a valós élethelyzetekig, a célpopuláció és az egészségügyi rendszer kontextusában).

Azok a gyógyszerek, melyek nem helyettesíthetők és nagyon drágák 100 százalékos, az egyes betegségek kezelésében fontos szerepet játszó, illetve jelentős javulást előidéző gyógyszerek 65 százalékos, a mérsékelt hatékony szerek (bizonyos magisztrális készítmények, valamint a homeopátiás szerek) 30 százalékos, a gyengének ítélt hatású szerek pedig 15 százalékos támogatásban részesülnek.

A támogatás mértékét vagy az eladási ár alapján (az eladási árat a szabályozási limit rögzíti), vagy a felelősségi átalánydíj (TFR) alapján számítják. A felelősségi átalánydíj jelenleg 2600 gyógyszer esetében képezi a támogatás alapját (a mintegy 14 ezer támogatott termék közül), és a gyógyszerek felelős szedését célozza. Az azonos hatékonyságú gyógyszerekre (generikumok és márkatermékek) egyenlő felelősségi díjszabás érvényes. A TFR egyik egyszerű számítási módja az, hogy a legolcsóbb generikum ára alapján kalkulálják. A gyakorlatban a támogatás a következőképp történik: amennyiben a beteg elfogadja a generikumot, a támogatás a szokásos módon történik. Amennyiben a beteg a generikumot visszautasítja, és helyette a márkanév gyógyszert kéri, a támogatás csak a TFR alapján történik.)Ameli.fr., 2014)

Egészségügyi dolgozók

Franciaországban, az egyetemi férőhelyek '80-as évektől 2000-ig tartó folyamatos korlátozását követően 2011-ig csökkent az orvosok száma, 2012-ben számuk nőtt, és meghaladta a 200 ezret, 201 811 főre emelkedett (100 000 főre jutó arányuk 315,6 volt). Az orvosok számán belül a háziorvosok száma viszonylag stagnál, létszámuk 10 év óta 100 000 fő körül mozog, 2012-ben 101 803 fő volt.

Orvoshiány különösen az ország északi és középső részén elhelyezkedő, nem egyetemi városokban észlelhető. (WHO HFA)

Az ápolónők száma jelentős mértékben nőtt az utóbbi évek során, így mintegy háromszorosa volt az orvosokénak (2012-ben 615 809 fő, arányuk 963,16/100 000 lakos). (WHO HFA) Az egészségügyi szakdolgozókra a továbbiakban nagyobb feladatok fognak hárulni. A tervek szerint fokozott mértékben fognak részt venni a megelőzésben, a gyógyító ellátásban és a rehabilitációban.

Minőségügy

Franciaország Szociális- és Egészségügyi Minisztériuma prioritásának tekinti az egészségügyi ellátás minőségének és biztonságának átláthatóvá tételét. 2014-ben az egészségügyi ellátás minőségét és biztonságosságát jelző indikátorkészlet 20 indikátorból áll, és e mellett egy 21. indikátor jelzi a szolgáltatásokkal kapcsolatos betegelégedettséget. Projektek vannak folyamatban további indikátorok felállítására.

Az állami és a magán intézményeknek az alábbi indikátorok eredményeit kell évente közzétenniük :

- a nozokomiális fertőzések indikátorai (öt indikátor), melyek felügyeletét az Egészségügyi Minisztérium látja el,
- az intézményi ellátást átfogó (transzverzális) és a szakterületekre vonatkozó indikátorok (15), melyek a Magas szintű Egészségügyi Hatóság felügyelete alatt állnak.

A transzverzális indikátorok az egyes intézmények működtetésével kapcsolatos szolgáltatásokat fogják át: a betegdokumentáció kezelése, a zárójelentések adatainak továbbítása, a táplálkozási problémák észlelése, az aneszteziológiai dokumentáció vezetése, a több szakterületet átfogó konzultációk szervezése stb. A szakterületek indikátorai adnak jelzést az egészségügyi szakemberek bizonyos betegségek ellátásában követett gyakorlatáról: pl. a szívizominfarktus ellátásáról vagy a hemodialízis alatt álló betegek gondozásáról stb.

Az indikátorok minden évben a „ScopeSanté” site-on (<http://www.scopesante.fr>) jelennek meg. Két hónappal az indikátorok országos közzététele után, az egészségügyi intézményeknek az átláthatóság követelményei szerint a lakosság rendelkezésére kell bocsátaniuk egyéni eredményeiket az összehasonlításra szolgáló adatokkal együtt.

A betegelégedettséggel kapcsolatos I-SATIS indikátor alkalmazása 2014-ben vált kötelezővé a belgyógyászat, a sebészet és a szülészet-nőgyógyászat terén dolgozó állami és magán intézmények számára. Eredményeik közzététele 2015-re várható.

Négyévente történik a kórházak tanúsítása, melynek kritériumai és a tanúsításról szóló jelentések mindenki számára hozzáférhetőek a Magas szintű Egészségügyi Hatóság (HAS) honlapján (www.has-sante.fr). A törvényi előírások értelmében az orvosoknak ötévente kell külső auditon és gyakorlatuk minőségértékelésén részt venniük, a kórházakban dolgozó orvosok esetében ez a kórház tanúsítási eljárása keretében is történhet. A rendelőkben dolgozó orvosok tevékenységének engedélyezése és újraérvényesítése egy, a Magas szintű Egészségügyi Hatóság által erre felhatalmazott független testület (általában az adott szakterületet képviselő orvostársaság) szervezésében történik.

Az orvosok akkreditációja az egészségügyi intézményekben felmerülő orvosi kockázatok kezelésére szolgáló önkéntes eljárás, és részét képezi a szolgáltatások minőségét és biztonságát, valamint az orvosi tevékenység minőségjavulását garantáló rendszernek.

e-egészségügy

Franciaországban egy 2004-es törvény rendelkezései alapján indították el az elektronikus betegdokumentációt (DMP), mely 2011-ben már alkalmazásban volt az ország bizonyos területein (Alsace, Aquitaine, Franche Comté és Picardie). Az orvosi dokumentáció mellett a 2007. január 30-i törvény (L.161-36-4-2) előírásai alapján létrejött a gyógyszerdokumentáció (DP) is, melynek kiterjesztésére 2008. december 2-án született határozat.

Az országban minden DMP tárolása a Megosztott Egészségügyi Informatikai Rendszerekkel foglalkozó Hivatal (ASIP-Santé) feladatkörébe tartozik. A betegek szabadon dönthetnek elektronikus betegdokumentációjuk felállításáról, mely nem kötelező jelleggel történik, így a DMP-rendszer fokozatos bevezetése még jelenleg is tart. 2014. július 16-án az ország 468 intézményében folytattak elektronikus betegdokumentációt, és összesen 475 792 beteg rendelkezett DMP-vel. A DMP alkalmazása régiókra lebontva nagy eltéréseket jelez. Alsó-Normandiában két intézményben, az ország központi részén 105 intézményben kezelik elektronikusan a betegek adatait.

A szakemberek egészségügyi kártyája lehetővé teszi az orvosok számára, hogy azonosításuk révén, hozzáférjenek a betegek orvosi vagy gyógyszer dokumentációjához, ugyanakkor az adatok titkosításának is az eszköze, illetve elektronikus aláírásként is szolgál. A kártya nélkül nem lehet DMP-t indítani, megtekinteni vagy információkkal kiegészíteni. A hozzáférések regisztrálva vannak a DMP-ben, így a beteg is értesülhet a dokumentációján végrehajtott módosításokról, és minden szakember visszakeresheti saját bejegyzéseit. Csak a kezelőorvos és a beteg számára nyílik mód az összes hozzáférés áttekintésére.

A beteg 22 számjegyű országos egészségügyi azonosítójával, jelszavával és egyedi alkalmazásra jogosító kódjával fér hozzá dokumentációjához. Míg az elektronikus orvosi dokumentáció kiterjesztése még jelenleg is csak lassan halad előre, elektronikus gyógyszer dokumentációval (DP) 2013 végére már a francia lakosok fele rendelkezett. DP-t 22 300 patikában, a gyógyszerészeti hálózat 98 százalékában nyitottak, és az év folyamán a kórházi gyógyszertárak gyógyszerészei számára is megnyílt a DP-hez való hozzáférés lehetősége előmozdítva a különböző ellátási szintek közötti együttműködést.

Ugyancsak a 2004. augusztus 13-i törvény teremtette meg a lehetőségét a kezeléseket vagy a gyógyszerek elektronikus felírásának, de az elektronikus gyógyszerrendelés bevezetése lassan halad előre.

Egészségügyi reformok

Az utóbbi évek egészségügyet érintő legnagyobb szabású intézkedése a "Kórház, a betegek, az egészség és a térségek" elnevezésű egészségügyi törvény volt, mely 2009. július 21-én lépett hatályba.

A törvény az egészségügyi intézmények állami kötelezettségvállalásának megerősítését, szervezeti felépítésük nyitottabbá tételét és a térségi szintű együttműködés előmozdítását célozta. Az állami

egészségügyi intézmények megváltozó irányításában definiálta a felügyeleti tanács, az igazgatóság, az igazgató, az orvosbizottság és a csökkentett számú kötelező jelleggel felállított bizottságok szerepkörét, feladatait. A feladatok ellátására specializálódott pólusok fontos egységeit képezik az intézményeknek, amelyek vezetői megerősített hatáskörrel rendelkeznek az adott pólus belső szervezete és eszközei fölött. A pólussal kapcsolatos szerződés a belső irányítás kiemelt eszköze.

A törvény az állami kórházak közötti együttműködés fokozására térségi kórházközösségek létrehozását irányozta elő, amelyekben a részvétel önkéntes. A térségi kórházközösség tagintézményei szerződésen alapuló közös stratégiát követve megosztják egymás között az ellátással kapcsolatos kompetenciákat és tevékenységeket, miközben mindegyikük megtartja költségvetését és közjogi személyiségét. Az állami és a magán intézmények közötti együttműködés is önkéntesen történik. Közöttük együttműködési csoportosulás jöhet létre.

A betegek számára nyújtott terápiás oktatást, mint országos prioritást, mely részét képezi az előírt betegútnak, felvették az egészségügyi jogszabálygyűjteménybe, meghatározták az ezzel kapcsolatos kompetenciákat.

A törvény rendelkezései közül a térségek egészségügyi ellátását irányító Regionális Egészségügyi Hatóságok felállítása az egészségügyi struktúrát meghatározó rendelkezés volt. 2010. április 1-jén 26 Regionális Egészségügyi Hatóságot állítottak fel azzal a céllal, hogy egyenlő hozzáférést biztosítsanak az egészségügyi szolgáltatásokhoz az egész lakosság számára. A hatóságok az egészségügyi erőforrások hatékonyabb felhasználásával lehetőséget teremtenek az egészségbiztosítási kiadások jobb beosztására, egyesítik az egészségügy állami szolgálatait, összegyűjtenek minden, a régiókban és a megyékben egészségpolitikával foglalkozó állami szervezetet, köztük a korábbi Regionális Kórházi Hatóságokat, a megyei és regionális egészségbiztosító pénztárakat stb., ezáltal egyedülálló területi közvetítők az egészségügynek, az idősügynek és a fogyatékkal élők ügyének, valamint az egészségbiztosításnak. Ellenőrző szerepet gyakorolnak az állami kórházak anyagi erőforrásai és teljesítménye fölött. A regionális szervek szerepe meghatározó a térségi kórházközösségek kialakításában.

Franciaország egészségügyi rendszerét 2012. május 17. óta Marisol Touraine miniszter irányítja. A miniszter 2014. október 15-én nyújtotta be a minisztertanácsához az egészségügyi törvénytervezetet (Projet de loi de Santé, 2014), amely radikális megoldást készít elő az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés megkönnyítésére, meghatározó szerepet szán a betegségmegelőzésnek és a lakosság egészségügyi ellátással, betegjogokkal kapcsolatos tájékoztatásának, és intézkedéseket vetít előre a folyamatos ellátást szolgáló betegutak kiépítéséhez.

A reform három prioritást élvező területe a betegségmegelőzés előtérbe helyezése, az ellátás igénybevételének megkönnyítése és az innovációk felkarolása a színvonalas ellátás biztosítása érdekében.

A betegségmegelőzés keretében ajánlások történnek arra, hogy a gyermekek számára is jelöljenek ki kezelőorvost, és népegészségügyi intézkedések sora szolgálja a lakosság egészségének javítását: pl. prevencióra fókuszáló új népegészségügyi intézet felállítása, az obezitás megelőzése táplálkozási tanácsadással, a fiatalok szeszesital fogyasztását ösztönző magatartás szankcionálása, aktív fellépés a dohányzással szemben.

Az ellátás igénybevételének megkönnyítését a harmadik fél általi fizetés kiterjesztése szolgálja azzal, hogy a betegeknek így módon nem kell megelőlegezniük ellátásuk költségeit.

Anyagi okok miatt a francia lakosok körülbelül egyharmada nem veszi igénybe az indokolt egészségügyi szolgáltatásokat. A harmadik fél általi fizetés eddig még csak részlegesen valósult meg az egészségügyi rendszerben (CMU-C). Az intézkedést több szakaszban kívánják megvalósítani, 2015-ben először a kiegészítő biztosítás megkötéséhez nyújtott segélyre (ACS) jogosultak számára, és 2017-ben minden biztosított számára.

A törvénytervezet szociális tarifák alkalmazását tartja indokoltnak a szemüvegek, hallókészülékek és a fogászati ellátás igénybevételéhez az ACS-re jogosultaknak. Országos hívószámot kíván bevezetni az ügyeleti ellátás eléréséhez, és egészségügyi tájékoztatást nyújtó szolgálat felállítását készíti elő, mely a prevencióval vagy az egészségmegőréssel kapcsolatos információkat is fog közölni, és segítséget fog nyújtani a betegek számára a lakóhelyükhöz közel lévő szakemberek kiválasztásához.

A betegek tájékoztatást fognak kapni az intézményektől ellátásuk költségeiről, és nagyobb szerepet fognak betölteni az ellátásukkal kapcsolatos döntéshozatalban.

A térségeknek olyan erős kórházakra van szükségük, melyek képesek a lakosság igényeinek megfelelő, komoly célokat kitűző projektek megvalósítására. Ennek a kihívásnak az egymástól elkülönülő és tevékenységükben széttagolt kórházak külön-külön nem tudnak eleget tenni. Az állami kórházak együttműködésének előmozdítására a kórházak térségenként való csoportokba szervezése a cél, mivel ily módon az intézmények közös egészségügyi projekteket tudnak kialakítani és feladatvállalásaikat is együtt tudják teljesíteni.

A lakosság elöregedése és a krónikus betegségek elterjedése szükségessé teszi, hogy számos egészségügyi szakember vegyen részt a betegek vagy az életvitelükhöz gondozásra szoruló személyek ellátásában. A térségi ellátás öt területet fog át: a lakóhelyhez közeli ellátást, az ügyeleti ellátást, a prevenciót, az elmeegészségügyet és a szolgáltatások fogyatékosokkal élő számára való hozzáférhetővé tételét. A regionális egészségügyi hatóságok (ARS) fokozott jogi hatáskörrel és anyagi lehetőségekkel fognak rendelkezni ezeknek a feladatoknak a megvalósításához.

Nagyobb mértékben vonják be a szakdolgozókat, paramedikális dolgozókat a betegek ellátásába. Klinikus ápolói munkakört fognak bevezetni: az ezt a hivatást gyakorlók a továbbiakban diagnózist állíthatnak fel, rendelhetnek gyógyszert, részt vehetnek a prevenció tevékenységben a betegek több szakterületet átfogó ellátása keretében. Egyes szakdolgozók feladatköre kibővül: a gyógyszerészek, szülésznők részt vehetnek a hozzájuk tartozó célcsoportok vakcinálásában.

A szolgáltatók szembenállása miatt a reformtervezet parlamenti tárgyalását április végére halasztották.

Források

- Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. Assurance Maladie. 2013.04.19.
<http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/cmu-et-complementaires-sante/aide-a-l-acquisition-d-une-complementaire-sante/objectif-et-avantages-de-l-acs.php>
- Brigham, K. – Durand-Zaleski, I. : Consideration of health care reform postponed. The Health Systems and Policy Monitor, 2014.12.19.
<http://www.hspm.org/countries/france25062012/livinghit.aspx?Section=7.2%20Future%20developments&Type=Section#19Considerationofhealthcarereformpostponed>

-
- Chevreul K, Durand-Zaleski I, Bahrami S, Hernández-Quevedo C and Mladovsky P. France: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010; 12(6): 1–291.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/135809/E94856.pdf
 - CLIO Santé. E-prescription : comment déployer la prescription électronique. Ordre National des Pharmaciens, 2012.01.01.: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Publications-ordinales/E-prescription-comment-deployer-la-prescription-electronique>
 - CMU Complémentaire. Assurance Maladie. <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/cmu-et-complementaires-sante/cmu-complementaire/les-conditions-pour-en-beneficier.php>
 - Comprendre les tarifs des médecins: Le secteur 1 et le secteur 2 http://sante-medecine.commentcamarche.net/contents/systeme-sante/01_comprendre-les-tarifs-des-medecins-le-secteur-1-et-le-secteur-2.php3
 - Dossier Pharmaceutique : la force de l'usage. Rapport d'activité. Ordre National des Pharmaciens, 2013.
2014.06.23.:<http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Communiqués-de-presse/Dossier-Pharmaceutique-la-force-de-l-usage>
 - Eurostat: <http://ec.europa.eu/eurostat/>
 - INSEE: Institut National de la Statistique et des Études Économiques <http://www.insee.fr/fr/>
 - Franc,C. – Pierre,A.: Compulsory private complementary health insurance offered by employers in France: Implications and current debate. *Health Policy*, 2014.12.14.
 - Le Panorama des établissements de santé. DREES 2012
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etabsante2012.pdf>
 - Les conditions d'accès au DMP. Dossier médical personnel. Espace professionnel de santé:
<http://www.dmp.gouv.fr/professionnel-de-sante/en-savoir-plus-sur-le-dmp/conditions-acces-au-dmp>
 - Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans les établissements de santé. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes,2014.07.31.
<http://www.sante.gouv.fr/les-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-dans-les-etablissements-de-sante.html>
 - Mosques, J.: Impact of multidisciplinary group practices in primary care on Efficiency – Evaluation of a French experiment of integrated primary care organization. 11th Annual Meeting HTAi Washington DC, June 16, 2014. <http://www.htai2014.org/temp/20147425465/OR273.pdf>
 - National Authority for Health (Haute Autorité de Santé): Pricing & Reimbursement of drugs and HTA policies in France. France, march 2014. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/pricing_reimbursement_of_drugs_and_hta_policies_in_france.pdf
 - OECD Stat. <http://stats.oecd.org/index.aspx>
 - Or, Z.: Implementation of DRG Payment in France: Issues and recent developments. *Health Policy*, 2014,117,2, 146-150.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851014001353>
-

- Or,Z.: Improving care coordination for elderly people. In Online HiT, Chapter 7, Section 7. SPM: The Health Systems and Policy Monitor. France, 2014:
<http://www.hspm.org/countries/france25062012/countrypage.aspx>
- Plan cancer 2014-2019. Institut National du Cancer:<http://www.e-cancer.fr/le-plan-cancer>
- Projet de loi de Santé. Changer le quotidien des patients et des professionnels de santé. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Dossier de Presse. 2014.10.15. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/151014 - Dossier de Presse - Loi de sante.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/151014_-_Dossier_de_Presse_-_Loi_de_sante.pdf)
- Ameli.fr.: Remboursement des médicaments et tiers payant. 2014:
http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/medicaments-et-vaccins/remboursement-des-medicaments-et-tiers-payant/quel-remboursement-pour-vos-medicaments_hainaut.php
- Sécurité Sociale. L'Assurance Maladie.:<http://www.ameli.fr/index.php#>
- WHO HFA database <http://data.euro.who.int/hfad/>