

Zasada współtłacenia za świadczenia zdrowotne we Francji

Dodatkowy grosz

Agnieszka Czupryniak



fot. Forum/REUTERS/Gerard Cerles/Pool

Mając na uwadze wypowiedzi różnych uczestników systemu na temat finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i zapoczątkowaną w poprzednich numerach *Menedżera Zdrowia* analizę rozwiązań w innych krajach, a także widząc potrzebę szukania rozwiązań mogących być inspiracją do ewentualnych propozycji zmian w polskim systemie, w niniejszym artykule przedstawiono zasady organizacji i funkcjonowania ubezpieczeń zdrowotnych we Francji.

Wybór systemu francuskiego nie jest przypadkowy. Zakłada on udział pacjenta w finansowaniu świadczeń, oparty jest na istnieniu podstawowego obowiązkowego powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz jego instytucji i uzupełniającego dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Jest więc przykładem umiejętnego połączenia elementu publicznego i prywatnego w służbie pacjentowi i finansom publicznym.

Chroniczny deficyt

Należy jednak pamiętać, że budżet francuskiego ubezpieczenia zdrowotnego jest od wielu lat deficytowy. Deficyt ten wzrósł z 700 mln euro w 1999 r. do 11,6 mld w 2004 r. Dzięki reformom rozpoczętym w 2007 r. spadł do 4,6 mld euro, by w 2009 r. wzrosnąć i wynieść ok. 11,5 mld euro (zakładano 9,4 mld euro). Wpływ na tę ewolucję deficytu miały – obok

ogólnej koniunktury gospodarczej i dochodów do budżetu – budowa koszyka świadczeń i produktów refundowanych, poziom ich refundacji (szczególnie w przypadku leków), struktura wydatków oraz przyjęte reformy.

Ubezpieczenia obowiązkowe

Obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne jest jednym z podstawowych składników wchodzących w skład powszechnych ubezpieczeń społecznych we Francji. Reżim obowiązkowego ubezpieczenia zależy od statutu zawodowego ubezpieczonego¹. W niniejszej publikacji za punkt wyjścia przyjmuje się ogólny, obowiązkowy system ubezpieczenia społecznego. Obejmuje on ryzyko choroby, macierzyństwa, niepełnosprawności i zgonu pracowników najemnych oraz ubezpieczonych podlegających temu systemowi, zapewnia kontrolę wydatków na opiekę zdrowotną, promocje programów profilaktycznych i edukację w zakresie zdrowia.

Prawo do świadczeń z obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego warunkuje odprowadzanie składki w odpowiedniej wysokości bądź liczba przepracowanych godzin w trakcie każdego okresu referencyjnego. Podstawę wymiaru składki stanowi pełne wynagrodzenie. Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 13,85 proc. pensji i składa się z dwóch części: płaconej przez pracodawcę (13,10 proc. wynagrodzenia) oraz przez pracownika (0,75 proc. wynagrodzenia).

Do finansowania świadczeń w naturze, z systemu tego oprócz pracowników mają także prawo emeryci, osoby mające rentę inwalidzką, bezrobotni na zasiłku, renciści wskutek wypadku przy pracy, niepełnosprawni co najmniej w 66,66 proc., określone w przepisach osoby spokrewnione czy związane z ubezpieczonymi, osoby zamieszkujące w sposób stały i regularny we Francji, niemające prawa do świadczeń w naturze finansowanych z odprowadzania składek na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne podlegające w zależności od ich sytuacji materialnej uniwersalnej opiece zdrowotnej.

Świadczenia z ogólnego obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego są we Francji przyznawane przez Podstawową Kasę Ubezpieczenia Zdrowotnego (*Caisse Primaires d'Assurance Maladie* – CPAM). Ubezpieczenie zdrowotne dysponuje siecią 128 CPAM w kraju i czterema kasami generalnymi ubezpieczenia społecznego (CGSS). Od 1 stycznia 2010 r. liczbę CPAM zredukowano do 101.

Zasada współfinansowania

System francuski, oparty na zasadzie solidarności społecznej, gwarantuje dostęp do świadczeń wszystkim obywatelom, jednak w ramach ogólnego obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczenie zdrowotne nie finansuje wszystkich kosztów

” Współtłacenie za świadczenia we Francji doprowadziło do zmniejszenia nadkonsumpcji świadczeń i produktów medycznych, zwłaszcza leków ”

świadczenia. Część ich pozostaje po stronie pacjenta (art. R322-1 w związku z art. L322-2 francuskiego kodeksu ubezpieczeń społecznych).

Wśród wydatków ponoszonych przez pacjenta wyróżnia się:

- *ticket modérateur* (TM) – różnica pomiędzy ustaloną ceną świadczenia a poziomem jej refundacji przez obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne. Nie jest stosowana wobec osób zakwalifikowanych jako chorzy przewlekłe. Wysokość jej zależy od tego, czy pacjent leczy się w ramach skoordynowanego systemu leczenia (ma lekarza pierwszego kontaktu);
- ryczałt za znaczne świadczenia (*actes lourdes*) – 18 euro w przypadku, gdy cena świadczenia wynosi 91 euro lub jest wyższa. Nie dotyczy ubezpieczonych korzystających ze względu na swoją sytuację ze 100-procentowej refundacji kosztów świadczenia;
- ryczałt 1 euro za każdą konsultację i świadczenie realizowane przez lekarza; ale także za badania radiologiczne i analizy laboratoryjne. Udział pacjenta we współfinansowaniu nie może przekroczyć 4 euro na dobę na rzecz tego samego lekarza czy laboratorium i ograniczony jest do 50 euro w roku kalendarzowym;
- franszyzę od czynności wykonywanych przez personel paramedyczny poza hospitalizacją, leki, transport: 50 eurocentów za każde opakowanie leku i każdy akt paramedyczny, 2 euro za transport. Jednocześnie wprowadzono górne limity dla franszyzy – roczne w wysokości 50 euro na osobę, dzienne 2 euro za akt paramedyczny i 4 euro za transport.

Świadczenia w naturze

Decyzja o wpisaniu świadczenia na listę refundowanych z ogólnego obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego należy do Krajowej Unii Kas Ubezpieczenia Zdrowotnego (*L'Union des Caisses d'Assurance Maladie* – UNCAM) po zasięgnięciu opinii Wysokiej Izby Zdrowia (*La Haute Autorité de Santé* – HAS) i Krajowej Unii Instytucji Dodatkowego Ubezpieczenia Zdrowotnego. Minister zdrowia może przeciwstawić się decyzji UNCAM. Ma on także prawo do podjęcia decyzji w sprawie zaliczenia określonych świadczeń do refundowanych ze względu na ochronę zdrowia publicznego, interes terapeutyczny i diagnostyczny danego świadczenia.

Tabela 1. Poziom refundacji kosztów świadczeń i opieki zdrowotnej z ogólnego obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Bazą refundacji – zakontraktowana cena świadczenia zdrowotnego

Dane na 19.11.2008 r.	Zasada ogólna	Region Alsace-Moselle ⁵	Beneficjenci FSV i ASPA ⁶
wynagrodzenia za świadczenia		poziom refundacji	
wynagrodzenia praktyków: lekarzy, chirurgów – dentystów, położnych	70 proc.	90 proc.	80 proc.
wynagrodzenia przedstawicieli zawodów paramedycznych: pielęgniarki, masażyści-kinezyoterapeuci (rehabilitanci), logopedzi, rehabilitanci wzroku, pedicurzysta-podolog	60 proc.	90 proc.	80 proc.
analizy i badania laboratoryjne			
czynności B (czynności biologiczne)	60 proc.	90 proc.	80 proc.
czynności P (czynności anatomii i cytologii patologicznej)	70 proc.	90 proc.	80 proc.
pobranie próbek przez lekarza, chirurga – dentystę, położną	70 proc.	90 proc.	80 proc.
pobranie próbek przez dyrektorów laboratoriów niemedyceńskich, przedstawicieli zawodów okołomedycznych, pracowników laboratoriów niebędących pielęgniarkami	60 proc.	90 proc.	80 proc.
koszty analiz i badań laboratoryjnych w zakresie serologii HIV i żółtaczki typu C	100 proc.	100 proc.	100 proc.
leki			
leki z białą etykietą ⁷	65 proc.	90 proc.	65 proc.
leki z niebieską etykietą ⁸	35 proc.	80 proc.	35 proc.
leki z białą przekreśloną etykietą, tj. uznane za niemożliwe do zastąpienia, o istotnej roli terapeutycznej i szczególnie kosztowne	100 proc.	100 proc.	100 proc.
preparaty recepturowe (<i>Préparations magistrales</i> – PMR)	65 proc.	90 proc.	80 proc.
preparaty recepturowe na bazie składników gotowych refundowanych w wysokości 35 proc. (PM4)	35 proc.	80 proc.	80 proc.
preparaty recepturowe homeopatyczne (PMH)	35 proc.	80 proc.	80 proc.
inne koszty medyczne			
sprzęt optyczny	65 proc.	90 proc.	80 proc.
protezy słuchowe	65 proc.	90 proc.	80 proc.
opatrunki, dodatki, małe aparaty	65 proc.	90 proc.	80 proc.
sprzęt ortopedyczny	65 proc.	90 proc.	80 proc.
duży sprzęt (orteza, proteza, pojazd dla osoby niepełnosprawnej ruchowo)	100 proc.	100 proc.	100 proc.
produkty pochodzenia ludzkiego (krew, mleko, sperma)	100 proc.	100 proc.	100 proc.
koszty transportu sanitarnego	65 proc.	100 proc.	100 proc.
kuracja uzdrowiskowa indywidualna			
honoraria za usługi świadczone przez lekarzy i przedstawicieli zawodów okołomedycznych	70 proc.	90 proc.	80 proc.
koszty hydroterapii	65 proc.	90 proc.	80 proc.
koszty zakwaterowania i transportu	65 proc.	65 proc.	80 proc.
kuracja uzdrowiskowa wraz z hospitalizacją	80 proc.	100 proc.	100 proc.
hospitalizacja (w szpitalu publicznym lub prywatnej klinice, która ma zakontraktowane świadczenia)			
koszty hospitalizacji	80 proc.	100 proc.	100 proc.
przewiezienie pacjenta z jednego szpitala do innego, z wyłączeniem transportu do domów opieki starczej i rekonwalescji	100 proc.	100 proc.	100 proc.

Materiał źródłowy: <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourser/releve-et-taux-de-remboursement/les-taux-de-remboursement.php>

Z obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego finansowane są świadczenia znajdujące się na liście świadczeń przewidzianej w art. L165-1 francuskiego kodeksu zdrowia publicznego (*Liste des actes et des prestations* – od 2004 r.). W skład listy wchodzi świadczenia wskazane we Wspólnej Klasyfikacji Aktów Medycznych (*Classification Commune des Actes Médicaux* – CCAM²), określone poprzez procedury i techniki w ich ramach stosowane oraz ich ceny będące podstawą refundacji z obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego; świadczenia klinik medycznych, świadczenia chirurgów dentyków, położnych i zawodów paramedycznych wskazane w Ogólnej Nomenklaturze Aktów Zawodowych (*Nomenclature Generale des Actes Professionnels* – NGAP³), określone poprzez procedury i techniki w ich ramach stosowane, oraz ich ceny, będące podstawą do refundacji z obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Produkty i materiały oraz ich ceny będące podstawą do refundacji z obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego wskazane natomiast zostały na liście produktów i świadczeń (*Liste des prestations et produits* – LPP⁴). Dotyczą one produktów i materiałów wykorzystywanych w świadczeniach utrzymania przy życiu (*traitements et matériels d'aide à la vie*), środków dietetycznych, artykułów opatrunkowych, ortez i protez zewnętrznych, implantów i pojazdów dla osób niepełnosprawnych fizycznie.

Negocjacje

Wysokości stawek kontraktowanych za poszczególne świadczenia i opiekę zdrowotną określane są w trakcie negocjacji instytucji publicznych ubezpieczenia zdrowotnego głównie z przedstawicielami lekarzy i ich związkami zawodowymi. Ustalenia mają odzwierciedlenie w podpisywanym przez strony porozumieniu. Stawki stosowane przez lekarzy i kwota

będąca bazą refundacji przez ogólne obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne zależą od specjalizacji lekarza (ogólny czy specjalista) i sektora działalności (sektor 1 bądź 2, czy też 3).⁹

Pacjent znajduje się poza skoordynowanym systemem leczenia, jeżeli nie wybrał lekarza pierwszego kontaktu, lub jeżeli konsultuje się u lekarzy bezpośrednio, bez wcześniejszego uzyskania skierowania od lekarza pierwszego kontaktu, jeżeli do danego typu lekarza jest ono wymagane.

Refundacja wydatków na świadczenie i opiekę zdrowotną przez obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne wynosi średnio 77 proc. Z pozostałych po stronie pacjenta 23 proc., stanowiących część nierefundowaną z obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, średnio 13 proc. jest finansowane z uzupełniającego ubezpieczenia zdrowotnego pacjentów, którzy je mają, pozostałe ok. 9 proc. z kieszeni pacjenta.

Finansowanie świadczeń zdrowotnych bezpośrednio z kieszeni ubezpieczonych zmniejszyło się w latach 1995–2005. Związane to było w znacznym stopniu ze zwiększaniem refundacji świadczeń przez uzupełniające dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne ubezpieczonych, którzy je wykupili oraz – w mniejszym stopniu – dzięki wprowadzeniu uzupełniającej uniwersalnej opieki medycznej dla najuboższych (CMUC). Mimo to od 2005 r. udział gospodarstw domowych w finansowaniu świadczeń i produktów medycznych ma tendencję wzrostową: 9,4 proc. w 2008 r., wobec 9 proc. w 2007 r. czy 8,9 proc. w 2006 r. Mimo wszystko jednak jego poziom z 2008 r. jest niższy od tego z 1995 r. (9,6 proc.).

Część pozostająca po stronie pacjentów wzrosła w 2006 r., zasadniczo w związku ze zmniejszeniem refundacji z obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego leków oraz z wprowadzeniem systemu opieki

Tabela 2. Refundacja kosztów świadczeń zdrowotnych w ramach skoordynowanego systemu leczenia

Stawki stosowane przez lekarza pierwszego kontaktu (lub osoby go zastępujące czy innego lekarza poza miejscem zamieszkania) wg stanu na 1.07.2007 r.					
Lekarz	Stawka	Baza refundacji	Poziom refundacji	ZWROT przez obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne	Pozostaje po stronie pacjenta
ogólny sektor 1	22 euro	22 euro	70 proc.	14,40 euro	7,60 euro
ogólny sektor 2	dowolna	22 euro	70 proc.	14,40 euro	> 7,60 euro
specjalista sektor 1	25 euro	25 euro	70 proc.	16,50 euro	8,50 euro
specjalista sektor 2	dowolna	23 euro	70 proc.	15,10 euro	> 7,9 euro
psychiatra, neuropsychiatra, neurolog sektor 1	37 euro	37 euro	70 proc.	24,90 euro	12,1 euro
psychiatra, neuropsychiatra, neurolog sektor 2	dowolna	34,30 euro	70 proc.	23,01 euro	> 11,90 euro

Materiał źródłowy: www.ameli.fr

Tabela 3. Refundacja kosztów świadczeń zdrowotnych w ramach leczenia z pominięciem skoordynowanego systemu leczenia

Stawki stosowane przez lekarza ogólnego – brak skierowania od lekarza pierwszego kontaktu wg stanu na 31.01.2009 r.					
Lekarz	Stawka	Baza refundacji	Poziom refundacji	ZWROT przez obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne	Pozostaje po stronie pacjenta
ogólny sektor 1	22 euro	22 euro	30 proc.	5,60 euro	16,40 euro
ogólny sektor 2	dowolna	22 euro	30 proc.	5,60 euro	> 16,40 euro
specjalista sektor 1	33 euro maksymalnie ¹⁰	25 euro	30 proc.	6,50 euro	ok. 18,50euro albo 26,50 euro
specjalista sektor 2	dowolna	23 euro	30 proc.	5,90 euro	> 17,10 euro
neurolog sektor 1	49 euro maksymalnie	37 euro	30 proc.	13,82 euro	ok. 23,18euro albo 35,18 euro
neurolog sektor 2	dowolna	34,30 euro	30 proc.	13,01 euro	> 21,29 euro
kardiolog sektor 1	58 euro maksymalnie	45,73 euro	30 proc.	21,01 euro	ok. 24,72euro albo 36,99 euro
kardiolog sektor 2	dowolna	45,73 euro	30 proc.	21,01 euro	> 24,72 euro

Materiał źródłowy: www.ameli.fr

skoordynowanej. Tendencję tę pogłębiło wprowadzenie w 2008 r. franszyzy na wydatki najbardziej dynamiczne (leki, transport chorych, świadczenia przedstawicieli zawodów paramedycznych).

Ubezpieczenia dobrowolne

Uzupełniające, dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne służy refundacji całości lub części wydatków

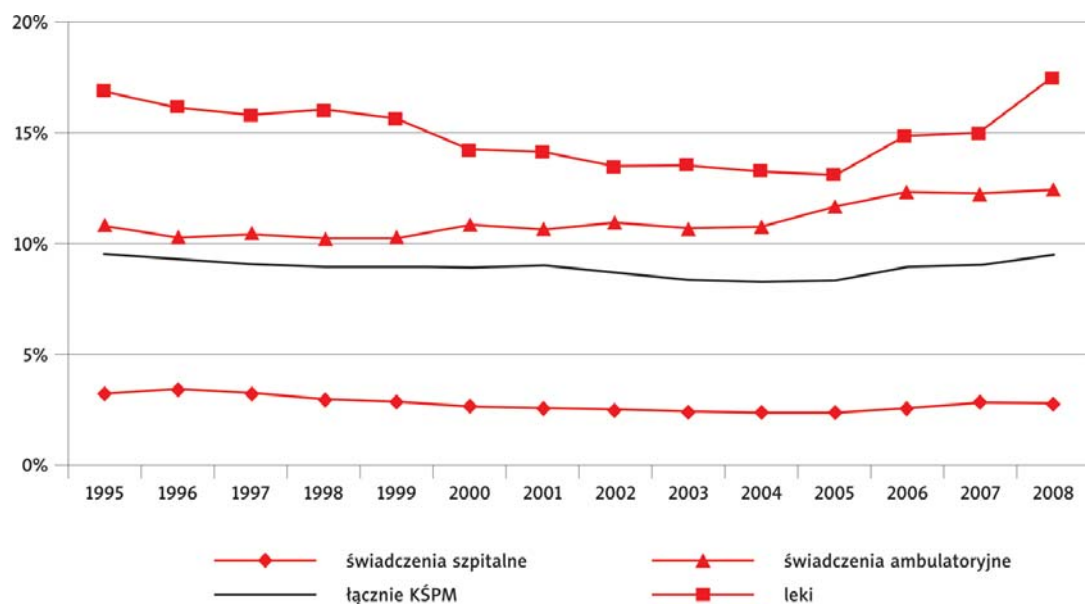
poniesionych w związku z opieką zdrowotną, których nie zwraca obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne. Udział uzupełniających dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w finansowaniu Konsumpcji Świadczeń i Produktów Medycznych (KŚPM) ma tendencję wzrostową. Znajduje to wytłumaczenie w podwyżkach kosztu doby szpitalnej, jakie wprowadzono w latach 2005–2007 oraz stawek świad-

Tabela 4. Ewolucja finansowania świadczeń i produktów medycznych przez poszczególnych uczestników systemu: obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne, państwo, uzupełniające dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne i gospodarstwa domowe

w proc.	1995	2000	2004	2005	2006	2007	2008
obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne *	77,1 proc.	77,1 proc.	77,1 proc.	77,0 proc.	76,3 proc.	76,1 proc.	75,5 proc.
państwo i CMU-C	1,1 proc.	1,2 proc.	1,4 proc.	1,3 proc.	1,4 proc.	1,4 proc.	1,3 proc.
uzupełniające ubezpieczenie zdrowotne:							
towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych (mutuelles)**	7,3 proc.	7,7 proc.	7,6 proc.	7,7 proc.	7,8 proc.	7,7 proc.	7,7 proc.
komercyjne spółki ubezpieczeniowe**	3,3 proc.	2,7 proc.	3,1 proc.	3,1 proc.	3,2 proc.	3,3 proc.	3,5 proc.
spółki ubezpieczeniowe non profit	1,6 proc.	2,4 proc.	2,6 proc.	2,5 proc.	2,4 proc.	2,5 proc.	2,5 proc.
łącznie	100,0 proc.	100,0 proc.	100,0 proc.	100,0 proc.	100,0 proc.	100,0 proc.	100,0 proc.

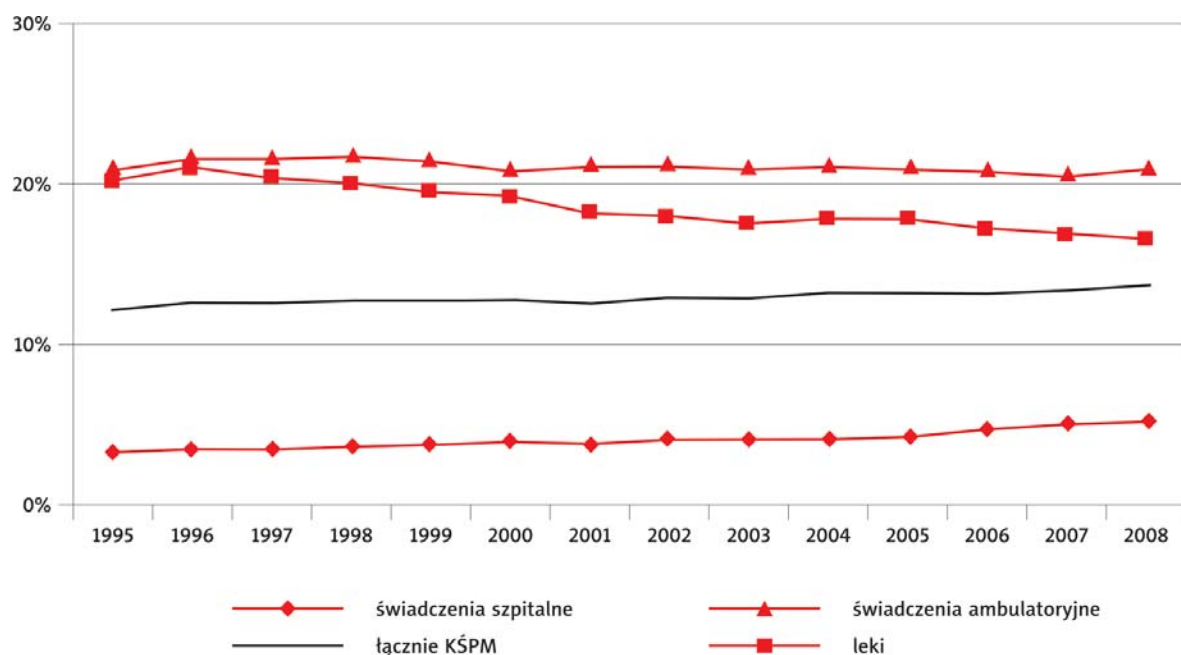
* W tym deficyt szpitali publicznych, **W tym świadczenia CMU-C wypłacane przez te instytucje.

Materiał źródłowy: Document du travail – Compte nationaux de la Santé. DREES Ministerstwo Pracy, Stosunków Społecznych, Rodziny, Solidarności i Miasta, Ministerstwo Zdrowia i Sportu, Ministerstwo Budżetu, Finansów Publicznych, Administracji Publicznej i Reformy Państwa; IX 2009; str. 20.



Materiał źródłowy: Document du travail – Compte nationaux de la Santé. DREES Ministerstwo Pracy, Stosunków Społecznych, Rodziny, Solidarności i Miasta, Ministerstwo Zdrowia i Sportu, Ministerstwo Budżetu, Finansów Publicznych, Administracji Publicznej i Reformy Państwa; IX 2009; str. 21.

Ryc. 1. Ewolucja poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych w części pozostającej po stronie ubezpieczonego



Materiał źródłowy: Document du travail – Compte nationaux de la Santé. DREES Ministerstwo Pracy, Stosunków Społecznych, Rodziny, Solidarności i Miasta, Ministerstwo Zdrowia i Sportu, Ministerstwo Budżetu, Finansów Publicznych, Administracji Publicznej i Reformy Państwa; IX 2009; str. 20.

Ryc. 2. Ewolucja poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych z uzupełniającego dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego

czeń dziennych (*tarifs journaliers de prestations* – TJP) w szpitalach publicznych. Od stycznia 2010 r. nastąpiła kolejna podwyżka ceny doby szpitalnej. W 2008 r. zwiększenie udziału uzupełniających dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w finansowaniu opieki zdrowotnej nastąpiło wskutek wprowadzenia ryczałtowego udziału pacjenta (18 euro za akty medyczne, których koszt przekracza 91 euro). Wpływ na to miało również zmniejszanie wysokości

refundacji leków z obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

Aktualnie uzupełniające ubezpieczenie zdrowotne pokrywa 13 proc. z 23 proc. kosztu świadczenia, produktu medycznego leżącego po stronie pacjenta i nier refundowanego z obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

Według niedawnych badań IRDES, 93 proc. Francuzów ma uzupełniające dobrowolne ubezpieczenie

zdrowotne. Około 15 proc. obywateli uzyskujących dochody niższe niż 840 euro miesięcznie najczęściej nie wykupiło prywatnego uzupełniającego ubezpieczenia dodatkowego. Mają jednakże ochronę w postaci uniwersalnej uzupełniającej opieki zdrowotnej (CMUC).

Pomimo kryzysu gospodarczego składki na uzupełniające dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne w 2008 r. były dość duże i wyniosły 8,8 proc. w ramach wykupywanych przez Francuzów ubezpieczeń majątkowych i osobowych.

Wysokość refundacji kosztu świadczeń z uzupełniających dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych zależy od proponowanych gwarancji. Generalnie instytucje ubezpieczeniowe oferują następujące formuły: 100 proc., 200 proc. lub 300 proc. stawki bazowej obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

Cena uzupełniającego dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego zależy od wieku, stanu zdrowia ubezpieczonego i ewentualnie jego miejsca zamieszkania (w zależności od regionu występują różne trudności ze znalezieniem lekarza kontraktowego, co wpływa na cenę ubezpieczenia). Wynosi od 10,3 proc. dochodu gospodarstwa domowego w przypadku osób ubogich, do 3 proc. w przypadku osób

dobrze zarabiających. Średni roczny koszt uzupełniającego dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego w 2007 r. sięgał 722 euro.

Z powodu kryzysu finansowego i dającego się zaobserwować przerwania refundacji kosztów świadczeń medycznych, w szczególności udzielanych w ramach opieki miejskiej, na uzupełniające dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne, a także w związku ze zwiększaniem udziału instytucji uzupełniającego dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego w finansowaniu CMU, tj. ubezpieczenia dla najuboższych (od 1,75 proc. od 2004 r., przez 2,5 proc. od 2006 r. i 5,9 proc. od 2009 r. liczonych od udzielonych polis) wzrastają ceny polis zdrowotnych bądź zmieniają się oferowane przez nie gwarancje.

Mimo to zarówno obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne, jak i uzupełniające dobrowolne mają w systemie francuskim jasno określoną rolę. Podobnie nie budzi wątpliwości udział pacjentów we współpłaceniu za świadczenia. Mając na uwadze, że najubożsi mają ochronę państwa, w niektórych przypadkach współpłacenie za świadczenia działa pozytywnie, bo dyscyplinująco, doprowadzając do zmniejszenia nadkonsumpcji świadczeń i produktów, zwłaszcza leków.

¹Wyróżnia się 10 reżimów: ogólny; rządowych urzędników cywilnych oraz wojskowych; samorządu terytorialnego, specjalny przedsiębiorstw (dla m.in. górnictwa, notariatu, sektora elektryczności i gazownictwa, transportu kolejowego, autonomicznego transportu paryskiego, Banku Narodowego, itd.); marynarzy, Francuzów przebywających za granicą; studentów; Senatu i Zgromadzenia Narodowego; rolników; samozatrudnionych; osób wykonujących wolny zawód.

²http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CCAMV19.pdf

³http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/NGAP-20100212.pdf

⁴http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/lpp-20100120.pdf

⁵Wysokość refundacji stosowana wobec osób przynależących do system lokalnego w regionie Alsace-Moselle.

⁶Wysokość refundacji stosowana wobec osób korzystających z zasiłku specjalnego funduszu starości [*allocation supplémentaire du Fonds Spécial Vieillesse* (FSV)] czy też zasiłku solidarności na rzecz osób starszych [*Allocation de solidarité pour les personnes âgées* (ASPA)].

⁷Leki z białą etykietą refundowane są w 65 proc. przez ubezpieczenie zdrowotne. Dotyczy leków, których użyteczność medyczna (rola terapeutyczna – SMR) w procesie wydawania zezwolenia na wprowadzenie na rynek – została uznana za istotną czy znaczną i jest wspólną koniecznością stosowanie leku, np. antybiotyki. Refundacja 100 proc. (etykieta biała przekreślona) dotyczy leków, które uważa się za niemożliwe do zastąpienia innym preparatem i szczególnie kosztowne, np. używane w leczeniu raka i cukrzycy.

⁸Leki z niebieską etykietą refundowane są w 35 proc. przez ubezpieczenie zdrowotne. Dotyczy to leków przeznaczonych do leczenia chorób doraźnych i nieokreślanych jako poważne, których to leków użyteczność medyczna (rola terapeutyczna – SMR) nie została uznana za istotną ani

ważną, np. poprawiające komfort zdrowotny, likwidujące symptomy chorobowe.

⁹Do sektora 1. zalicza się lekarza, który podpisał porozumienie i stosuje stawki zakontraktowane na dane świadczenia zdrowotne. Nie ma on możliwości stosowania stawek wyższych niż zakontraktowane, chyba, że na szczególną prośbę ubezpieczonego w uzasadnionych przypadkach, np. przyjęcie poza godzinami pracy, specjalne otwarcie gabinetu. W takich przypadkach jednak przekroczenia stawek zakontraktowanych nie są refundowane przez ubezpieczenie zdrowotne. Do sektora 2. zalicza się lekarza stosującego wolne honoraria, ale który jednocześnie przystąpił do porozumienia ustalającego stawki kontraktowe za dane świadczenia zdrowotne. Ubezpieczenie zdrowotne refunduje koszty świadczeń lekarzy z sektora 2. na bazie stawki zakontraktowanej. Lekarze, bez względu na specjalizację i miejsce wykonywania usługi, mogli samodzielnie, swobodnie decydować o przynależności sektorowej. Mając jednak na uwadze duży odpływ lekarzy do sektora 2., w 1990 r. dostęp do niego został zamknięty, co powoduje, iż wszyscy lekarze od 1990 r. praktykują na zasadach sektora 1. Niemniej zasada to przewiduje wyjątek dla lekarzy będących dawnymi dyrektorami klinik oraz szpitali ogólnych i specjalistycznych. Ci ostatni, mając podpisany kontrakt z ubezpieczeniem zdrowotnym, mogą stosować wolne honoraria, jednak refundacja następuje na bazie stawki zakontraktowanej. Do sektora 3. zalicza się lekarzy, którzy nie podpisali kontraktu z ubezpieczeniem zdrowotnym. Jest ich ok. 500 osób.

¹⁰Stawka maksymalna w niektórych przypadkach wynika z wyjątkowej możliwości przekroczenia stawki przez lekarza sektora 1. Dopuszczalne przekroczenie stawki zakontraktowanej wynosi wówczas 7 euro. Jego koszt nie jest refundowany przez obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne.