



Reforma i problemy ochrony zdrowia nad Sekwaną

# Francja – elegancja

Agnieszka Czupryniak

Francja jest najlepszym krajem do życia – wynika kolejny raz z dorocznego rankingu opublikowanego przez amerykański magazyn *International Living*. Polska znalazła się na 30. miejscu, razem z Węgrami, Koreą Południową i Monako. *Nie ma niespodzianek. Irytująca biurokracja i wysokie podatki nie są w stanie przeważać niezrównanej jakości życia, a zwłaszcza najlepszego na świecie systemu opieki zdrowotnej* – skomentowali wyniki dziennikarze pisma<sup>1</sup>. Francuski system opieki zdrowotnej od 10 lat jest oficjalnie uważany za jeden z najlepszych. Pierwszy raz dała temu wyraz Światowa Organizacja Zdrowia w 2000 r., umieszczając Francję na pierwszym miejscu w opublikowanym corocznym *Raporcie o Stanie Zdrowia na Świecie*.



Zastanawiające jest, na czym polega fenomen tego systemu, uważanego za jeden z najlepszych, a równocześnie mającego swoje problemy, przejawiające się choćby w chronicznym deficycie, który w 2004 r. wynosił 11,6 mld euro, dzięki podjętym reformom spadł w 2007 r. do 4,6 mld, a w 2009 r. ponownie wzrósł do 10,6 mld euro. Według ogłoszonego 9 czerwca 2010 r. raportu dotyczącego wyników finansowych ubezpieczenia społecznego za 2009 r. i prognoz na 2010 r. w tym roku przewiduje się deficyt w wysokości 13,1 mld euro<sup>2</sup>. Mimo to wydatki na opiekę zdrowotną nie maleją i od kilku lat wynoszą 11 proc. PKB, co pozwala Francji utrzymać jedną z najwyższych pozycji wśród państw, których organizacja opieki zdrowotnej oceniana jest bardzo wysoko.

### Elastyczni

Wydaje się, że tajemnica dobrej oceny francuskiego systemu zdrowia tkwi w jego kompleksowej organizacji, m.in. w połączeniu elementów publicznego i prywatnego, jakości usług oraz, a może przede wszystkim, w zdolności władz do poszukiwania i podejmowania nowych rozwiązań mających na celu ulepszenie i dopasowywanie systemu do zmieniają-

cych się potrzeb pacjentów, postępu cywilizacyjnego i stanu finansów.

Oprócz omówionego w nr IV/2010 *Menedżera Zdrowia* ubezpieczenia zdrowotnego, drugim elementem składowym francuskiego systemu ochrony zdrowia są świadczenia udzielane przez personel medyczny w ramach opieki miejskiej<sup>3</sup> i w szpitalach.

Organizacja i funkcjonowanie szpitali jako istotnego uczestnika systemu ochrony zdrowia przyczynia się do dobrej oceny francuskich rozwiązań. Natomiast pozycja, jaką zajmują w wydatkach na opiekę zdrowotną, powoduje, że odgrywają ważną rolę ekonomiczną. Dlatego są przedmiotem reform mających na celu ulepszenie i optymalizowanie kosztów ich funkcjonowania.

### Organizacja, zarządzanie i finansowanie systemu opieki zdrowotnej we Francji

31 grudnia 2007 r. w skład sektora szpitalnego we Francji wchodziło 1001 szpitali publicznych<sup>4</sup>, 782 szpitale prywatne o celu niezarobkowym (część z nich wraz ze szpitalami publicznymi tworzyła tzw. publiczny serwis szpitalny) oraz 1055 szpitali prywatnych o celu zarobkowym.

W 2008 r. na 62 mln mieszkańców liczba łóżek do pełnej hospitalizacji wynosiła 440 243, co w porównaniu z 2007 r. oznaczało spadek o 1,7 proc., natomiast liczba miejsc do niepełnej hospitalizacji i pobytów krótszych niż 24 godziny 58 495 (wzrost o 5 proc. w stosunku do 2007 r.). W 2008 r. odnotowano ponad 25 mln hospitalizacji, w tym 11,9 mln w pełnym wymiarze czasu i 13,2 mln niepełnych, których czas był krótszy niż 24 godziny<sup>5</sup>.

W 2007 r. we francuskich szpitalach zatrudniano 4 proc. populacji aktywnej zawodowo, w tym 50 proc. pracujących w sektorze zdrowia. Były one również najważniejszym pracodawcą w tym sektorze. W 2007 r. pracowało w nich ponad 1 mln osób, m.in. 171 317 personelu lekarskiego, w tym 106 005 lekarzy na podstawie umowy o pracę, 22 118 internistów i 43 194 lekarzy prowadzących także własne gabinety; 994 366 personelu nielekarzkiego, w tym 702 100 personelu paramedycznego (m.in. położne – 12 353, pielęgniarki – 286 222, pomoc medyczna – 235 146), 44 916 personelu medyczno-technicznego, 109 770 personelu technicznego<sup>6</sup>.

### Zarządzanie

Szpitałem publicznym zarządza dyrekcja przy pomocy rady administracyjnej, komisji technicznej, komisji medycznej i wielu innych. Ze względu na zadania dyrekcji szpitali publicznych istotną rolę odgrywa proces rekrutacji<sup>7</sup> i kształcenia kandydatów na dyrektorów szpitali (DH)<sup>8</sup> i dyrektorów ds. organizacji opieki (DS)<sup>9</sup>. Kształcenie organizuje i przeprowadza Wyższa Szkoła Zdrowia Publicznego z siedzibą

„ Szpitale francuskie znają problem zadłużenia. Jak wskazują wyliczenia banku Delia, w 2008 r. w porównaniu z 2007 r. wzrosło ono o 26 proc., do 20,1 mld euro ”

w Rennes. Organizacją kariery zarządzającej kadry szpitalnej zajmuje się Dyrekcja Szpitalnictwa i Organizacji Opieki (DHOS) Ministerstwa Zdrowia.

W 2008 r. wydatki na system opieki zdrowotnej stanowiły 11 proc. PKB. Wydatki na szpitalnictwo w 2008 r. wyniosły 75,2 mld euro: 57,9 mld w sektorze publicznym i 17,2 mld euro w sektorze prywatnym, tj. 44,1 proc. konsumpcji świadczeń i towarów medycznych. W przeliczeniu na pacjenta stanowiło to 1172 euro na osobę, w tym 903 euro na osobę w szpitalu publicznym (34 proc.) i 269 euro na osobę w szpitalu prywatnym (10 proc.). 90,6 proc. wydatków na szpitalnictwo pochodziło z budżetu podstawowego obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, stanowiły one ponad połowę jego wydatków w 2008 r.<sup>10</sup>. Na 2010 r. ustawa o finansach ubezpieczenia społecznego ustala wydatki na opiekę zdrowotną w wysokości 162,4 mld euro.

### Zadłużenie

Szpitale francuskie znają problem zadłużenia. Jak wskazują wyliczenia banku Delia, w 2008 r. w porównaniu z 2007 r. wzrosło ono o 26 proc., do 20,1 mld euro. W ciągu ostatnich 10 lat wzrosło o 11,8 mld euro. Zwiększenie zadłużenia było konsekwencją prowadzonych inwestycji w wyniku wprowadzenia planu *Szpital 2007*. W 2007 r. szpitale przeprowadziły inwestycje warte 6,8 mld euro. Sam wzrost liczby inwestycji również był rekordowy: 21 proc. w ciągu roku i 100 proc. w porównaniu z 2002 r.<sup>11</sup>.

### Szpitale

Zdając sobie sprawę z roli opieki szpitalnej i wydatków na szpitale, od 2003 r. podjęto wiele reform dotyczących organizacji i finansowania tych placówek w celu zoptymalizowania ich funkcjonowania. Reformy te nakładały się na inne podjęte w ramach zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, jak wprowadzenie systemu opieki skoordynowanej i zwiększania udziału pacjenta w odpłatności za świadczenia, czemu poświęcony był artykuł w poprzednim *Menedżerze Zdrowia*.

### Reformy 2003 r.

Od 2003 r. w ramach planu *Szpital 2007* wprowadzono wiele istotnych zmian w działalności szpitali publicznych:

- Utworzono „pola działalności szpitalnej”. Nakazano połączenie w nich różnych, do tej pory oddzielnie funkcjonujących oddziałów, jednak związanych ze schorzeniami mogącymi występować łącznie, aby odpowiadały logice gospodarności poprzez zwiększenie dochodów i ograniczenie kosztów działalności.
- Wprowadzono nowe zasady finansowania szpitali publicznych – taryfikacja na bazie działalności – *Tarifcation à l'activité* (T2A). Do 2003 r. sposób finansowania działalności ośrodków zdrowia zależał od natury prawnej jednostki.
- Publiczne szpitale i prywatne ośrodki zdrowia o celu niezarobkowym świadczące publiczne usługi hospitalizacyjne (PSHS) – które podpisały porozumienie z Narodową Kasą Ubezpieczenia Zdrowotnego – od 1983 r. były dotowane z budżetu ubezpieczenia zdrowotnego według rocznego i zamkniętego budżetu (dotacja globalna – DG) obliczanego na podstawie liczby dni przyjęć pacjentów w danym roku i na podstawie wyników roku poprzedniego, zmodyfikowanych według kierunkowego wskaźnika wzrostu wydatków szpitalnych. Wysokość dotacji nie podlegała negocjacji i nie była adekwatna do rzeczywistej działalności szpitali.
- Prywatne ośrodki zdrowia o celu zarobkowym fakturowały bezpośrednio ubezpieczeniu zdrowotnemu ryczałt za świadczenia (wynagrodzenie struktury za zużycie sprzętu) i za akty zrealizowane przez personel medyczny (wynagrodzenie personelu medycznego według stawek 2. sektora) na bazie stawek historycznych, zmiennych w zależności od regionu i negocjowanych z Regionalną Agencją Szpitalnictwa (ARH). Ryczałt za świadczenia wynikał z ilościowych Celów Narodowych (*Objectifs Quantifiés Nationaux* – OQN), skonstruowanych na zasadzie finansowania działalności. W związku z tym prywatne szpitale korzystały z finansowania obliczonego w funkcji prowadzonej rzeczywiście działalności na bazie zmiennych stawek regionalnych.

T2A pozwala finansować szpital na podstawie rzeczywistej jego działalności. Stanowi jednolity model finansowania świadczeń medycznych, chirurgicznych i położniczych (MCO). Każdy akt, praktyka, świadczenie ma przypisaną odpowiednią cenę: wobec tego finansowanie publiczne w systemie T2A zależy od liczby wykonanych świadczeń i ich ceny. Zdecydowano jednak o okresie przejściowym we wprowadzaniu tego systemu. W trakcie jego trwania inaczej skonstruowano zasady taryfikacji dla sektora prywatnego (ex-OQN) i sektora publicznego (ex-DG), co ma zapewnić stopniowe przejście do ujednolicenia zasad finansowania obu sektorów.

### Protesty

Jest sprawą normalną, że nie wszystkim podobały się reformy. Niezadowoleni dali temu wyraz w listo-



fot. REUTERS/Gerard Cerles/Pool/Forum

padzie 2008 r. w liście skierowanym do minister zdrowia. Wyrazili w nim swój sprzeciw wobec, według nich, „restrykcji budżetowych bez założeń osiągnięcia celów medycznych i zdrowia publicznego jasno sprecyzowanych”, „oszczędności w krótkim okresie i za wszelką cenę”, stwierdzając, że „jakość i równy dostęp do świadczeń będzie ograniczony wobec redukcji wydatków”. Mimo to w efekcie wszystkich reform w sektorze zdrowia podjętych w latach 2003–2008 r. deficyt udało się zredukować o 7 mld euro.

### Reformy 2007 r.

13 lutego 2007 r. rozpoczęto realizację planu *Szpital 2012*, skierowanego zarówno do placówek publicznych, jak i prywatnych. Jego celem jest pomoc państwa w sfinansowaniu projektów modernizacji szpitali. W założeniu ma się to przyczynić do wzrostu dynamiki inwestycji szpitalnych oraz modernizacji szpitali. W planie przewidziano na ten cel 10 mld euro. Projekt mógł otrzymać dofinansowanie w wysokości średnio 50 proc. wartości. Przyznane w dwóch transzach w 2007 r. i 2009 r. fundusze łącznie wyniosły 2,2 mld euro dla 640 projektów wybranych z 2 tys. wnioskujących. 85 proc. inwestycji dotyczyło nieruchomości, 15 proc. systemu informatyzacji szpitalnej. Szpitale publiczne otrzymały 84,3 proc., prywatne 9,8 proc. finansowania.

### Zdrowe terytorium

17 kwietnia 2008 r. ogłosił założenia kolejnej reformy szpitalnictwa. Jej główne linie dotyczyły zmiany struktury szpitalnictwa publicznego, zmiany organi-

zacji zarządzania szpitalem, wprowadzenia możliwości współpracy pomiędzy szpitalami oraz uelastycznienia statusu prawnego pracowników szpitali.

Reforma – wprowadzona w życie 23 czerwca 2009 r. – w ambicji jej twórców ma na celu zapewnienie wszystkim Francuzom równego i sprawiedliwego dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej. W związku z tym wprowadza wiele zmian na płaszczyźnie funkcjonowania szpitali, jakości przyjęcia pacjenta i bezpieczeństwa świadczeń, współpracy pomiędzy szpitalami, efektywności szpitali i organizacji terytorialnej opieki zdrowotnej.

W ramach modernizacji organizacji i funkcjonowania szpitalnictwa założono:

1) udoskonalenie funkcjonowania szpitali m.in. poprzez:

- redefinicję misji serwisu publicznego, zagwarantowanie równego dostępu do świadczeń, przejrzystość i jednolitość ceny bez względu na status szpitala udzielającego świadczeń w ramach serwisu publicznego;
- uproszczenie statusu szpitali: na poziomie szpitali publicznych – wprowadzenie jednej kategorii centrów szpitalnych, które zastąpią dwie istniejące: centra szpitalne i szpitale lokalne; na poziomie szpitali uczestniczących w serwisie publicznym – wprowadzenie określenia prywatnych ośrodków zdrowia o interesie zbiorowym;
- wzmocnienie zarządzania szpitalem publicznym poprzez utworzenie rady nadzorczej, która zastąpi radę administracyjną, oraz zarządu jako następcy rady wykonawczej, a także zwiększenie odpowiedzialności dyrektora, który będzie stał na czele

zarządu i przewodniczącego komisji medycznej oraz dookreślenie ich zadań;

- uelastycznienie zasad organizacji wewnętrznej szpitala publicznego poprzez zmniejszenie liczby obowiązkowych komisji, pozostawienie jednej obowiązkowej struktury organizacyjnej w postaci „pól działalności” oraz zwiększenie roli i odpowiedzialności ich kierowników;
- złagodzenie zasad i kryteriów dostępu do zakupów w ramach zamówień publicznych;
- złagodzenie zasad kryteriów dostępu do konkursu na dyrektorów szpitali poprzez dopuszczenie do konkursu osób niemających statusu urzędnika państwowego, np. lekarzy czy osób z doświadczeniem w sektorze prywatnym, uproszczenie procedury nominacji;
- złagodzenie zasad nominacji dyrektorów generalnych w szpitalach uniwersyteckich: nominacja od Rady Ministrów na podstawie wniosku/raportu ministra ds. zdrowia oraz ds. szkolnictwa wyższego i badań;
- ułatwienie rekrutacji personelu medycznego poprzez zastosowanie nowych typów umów;

2) polepszenie jakości przyjęć pacjenta i bezpieczeństwa świadczeń poprzez zwiększenie wymagań w zakresie jakości i bezpieczeństwa świadczeń zarówno w szpitalach publicznych, jak i prywatnych, w tym wprowadzenie programu działań ze wskaźnikami do realizacji i obowiązku publicznej corocznej sprawozdawczości osiągniętych wyników;

3) udoskonalenie narzędzi współpracy pomiędzy szpitalami poprzez:

- możliwość tworzenia szpitalnych wspólnot terytorialnych – CHT na bazie wolontariatu z delegacją kompetencji do ośrodka wybranego na siedzibę wspólnoty, jednakże przy zachowaniu odrębnych budżetów i osobowości prawnej szpitali w tym uczestniczących. W założeniu jeden ze szpitali zachowa istotną platformę techniczną (ostry dyżur, położnictwo), pozostałe zaś zdefiniują swoje zadania. Dzięki takiej organizacji (platforma techniczna i specjalizacja) szpitale będą mogły uzupełniać się w proponowanych usługach. Szpitale w ramach CHT będą miały z obowiązkowe kompetencje, by móc działać i występować wspólnie, a równocześnie – kompetencje zmienne, uzależnione od potrzeb konkretnej placówki i społeczeństwa na danym terenie;
- możliwość tworzenia grup terytorialnych współpracy sanitarnej (GCS) na bazie wolontariatu przez szpitale publiczne i prywatne, lekarzy prowadzących własne gabinety i ośrodki leczniczo-opiekuńcze. W ramach współpracy publicznego z prywatnym sektorem zdrowia przewiduje się wprowadzenie „umów usług publicznych” (*contrat de service public*). Wyznaczą one rolę i miejsce klinik prywatnych w terytorialnej opiece zdrowotnej. Przygotowują bowiem pełną ofertę usług medycznych dla pacjen-

tów danego terytorium, nie można pominąć istniejącej oferty klinik prywatnych. W ten sposób zostanie zauważona i uznana przez publiczny sektor zdrowia oferta sektora prywatnego. Celem tego jest zapewnienie stałej, ciągłej dostępności do świadczeń zdrowotnych (*permanence de soin*).

4) zwiększenie efektywności szpitali m.in. poprzez utworzenie narodowej agencji wsparcia w celu zwiększenia efektywności ośrodków zdrowia (Anap) z zadaniem pomocy szpitalom w polepszaniu jakości i zwiększaniu wydajności usług.

5) ułatwienie dostępu do opieki wysokiej jakości, m.in. poprzez organizację oferty świadczeń na różnych poziomach:

- w ramach pierwszego kontaktu – wzmocnienie roli lekarza ogólnego jako koordynującego opiekę i orientującego pacjenta w systemie, zdefiniowanie roli farmaceuty jako udzielającego pierwszej pomocy i współpracującego ze środowiskiem medycznym;
- na poziomie świadczeń ambulatoryjnych – określenie ciągłości świadczeń ambulatoryjnych;
- na poziomie regionalnego usytuowania lekarzy – wprowadzenie specjalnych umów i warunków w celu zachęcenia lekarzy do osiedlania się i praktykowania na terenach geograficznych zdefaworyzowanych, w których występuje niedobór lekarzy;
- na poziomie współpracy pomiędzy profesjonalistami – m.in. zdefiniowanie ram prawnych telemedycyny.

6) prowadzenie działań zapobiegawczych w sektorze zdrowia publicznego poprzez:

- zwiększanie świadomości pacjentów w zakresie zdrowia publicznego;
- wprowadzenie ograniczeń i zakazów w kwestii sprzedaży alkoholu i tytoniu niepełnoletnim;

7) zmianę organizacji terytorialnej systemu opieki zdrowotnej poprzez wprowadzenie Regionalnych Agencji Zdrowia – ARS.

Regionalne Agencje Zdrowia funkcjonują od 1 kwietnia 2010 r. Powołano je w celu zapewnienia jednolitej realizacji polityki zdrowotnej w regionie, lepszego zaspokojenia potrzeb lokalnej populacji i zwiększenia wydajności lokalnego systemu opieki zdrowotnej. ARS zastąpiły następujące instytucje, przejmując całkowicie albo częściowo ich uprawnień:

- Agencje Regionalne Szpitalnictwa (ARH) – utworzone w 1996 r. jako zgrupowania interesu publicznego, których zadaniem była koordynacja organizacji szpitalnictwa publicznego i prywatnego w regionie;
- zdecentralizowane serwisy Ministerstwa Zdrowia: Regionalne Dyrekcje ds. Sanitarnych i Socjalnych (DRASS), Departamentalne Dyrekcje ds. Sanitarnych i Socjalnych (DDASS) czy na Gwadelupie, Gujanie i Martynice Dyrekcje Zdrowia i Rozwoju Społecznego (DSDS);

- Unię Regionalnych Kas Ubezpieczenia Zdrowotnego i Regionalnych Kas Ubezpieczenia Zdrowotnego (CRAM).

Regionalne Agencje Zdrowia są państwowymi instytucjami publicznymi o charakterze administracyjnym pod opieką ministra właściwego ds. zdrowia, ds. ubezpieczenia społecznego, osób starszych i osób niepełnosprawnych. Mają dwie podstawowe misje: pilotowanie realizacji polityki zdrowotnej i regulację oferty zdrowotnej w sektorze ambulatoryjnym, szpitalnym i opiekuńczo-lecznym. Wykonują następujące zadania w regionie: realizacja polityki zdrowia publicznego we współpracy z serwisami odpowiadającymi za zdrowie w pracy, w szkole i na uczelni oraz za ochronę macierzyństwa i wczesnego dzieciństwa; kontrola stanu sanitarnego w regionie, przestrzegania zasad higieny, interweniowanie w sytuacji zagrożenia sanitarnego, edukacja pacjentów; ocena kształcenia przedstawicieli zawodów medycznych i wspieranie ich w momencie rozpoczęcia praktyki zawodowej; uczestnictwo w kontroli świadczeń medycznych i przydziałów produktów zdrowotnych; prowadzenie regionalnego programu ubezpieczenia zdrowotnego, zwłaszcza w zakresie zarządzania ryzykiem; wydawanie zezwoleń na działalność ośrodków zdrowia i świadczeniodawców w sektorze zdrowia; wydawanie zezwoleń na utworzenie i działalność ośrodków i świadczeniodawców w zakresie usług opiekuńczo-leczniczych i kontrola ich działalności. W ramach sektora zdrowie – środowisko ARS ma kompetencje w zakresie wody i żywności (jakość wody do spożycia przez ludzi, w kąpieliskach, basenach, miejscach połowów hobbystycznych, ochrony źródeł wody), środowiska mieszkalnego (jakość powietrza w mieszkaniach, walka z mieszkaniem w niegodnych warunkach), środowiska zewnętrznego (natężenie hałasu, zanieczyszczenie powietrza, odpady związane z działalnością medyczną, wpływ działalności człowieka na stan zdrowia).

## Komisje regionalne

Przy każdej ARS funkcjonuje konferencja regionalna zdrowia i autonomizacji (niezależności), uczestnicząca w opracowaniu polityki zdrowotnej w regionie, a ponadto dwie komisje koordynujące publiczną politykę zdrowotną (pierwsza do spraw prewencji, zdrowia dzieci szkolnych, zdrowia w miejscu pracy oraz ochrony macierzyństwa i dzieciństwa, druga zaś do realizacji pomocy opiekuńczo-leczniczej).

Zmiany wprowadzone w 2009 r. i aktualnie realizowane w zakresie organizacji i funkcjonowania szpitalnictwa oraz pozostałe w zakresie organizacji opieki zdrowotnej są dużym wyzwaniem dla Francji, a administracja wiąże z nimi nadzieje na przyszłość, m.in. dotyczące zmniejszenia deficytu w sektorze zdrowia, zmniejszenia zadłużenia szpitali, dostosowania jakości usług i ich oferty do zmieniających się potrzeb społeczeństwa i postępu technicznego. Dzisiaj jest jednak za wcześnie, by oceniać efekty wprowadzonych rozwiązań w szpitalnictwie, gdyż dopiero rok 2010 przyniesie pierwsze wyniki.

Analiza organizacji, funkcjonowania i reform systemu opieki zdrowotnej we Francji pozwala stwierdzić, że sektor ten ewoluuje dzięki wprowadzaniu nowych rozwiązań. Te zaś są wynikiem dyskusji, analiz, obserwacji i doświadczeń. Nie wszystkie działania okazują się dobre czy przynoszą oczekiwane efekty. Wówczas podejmuje się kolejne zmiany, mając na uwadze sytuację gospodarczo-społeczną i rozwój cywilizacyjny. Wydaje się, że najważniejsza jest kreatywność, wola ulepszania systemu, dialog z jego uczestnikami, szybkość reakcji na zmieniające się warunki ekonomiczne i odwaga podejmowania reform. A efekty tych reform nie są najgorsze, skoro ponad 60 proc.<sup>12</sup> pacjentów pozytywnie i bardzo dobrze ocenia francuski system opieki zdrowotnej, od lat uważany za jeden z najlepszych na świecie. ■

## Przypisy

<sup>1</sup><http://internationalliving.com/2009/01/qofl2009/>

<sup>2</sup><http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/ccss201006.pdf>

<sup>3</sup>Lekarze i przedstawiciele zawodów paramedycznych prowadzący własne gabinety, którzy przystąpili do umowy z Narodową Kasą Ubezpieczenia Zdrowotnego.

<sup>4</sup>Szpitale publiczne we Francji obejmują: a) regionalne centra szpitalne (CHR) – jednostki wysoko wyspecjalizowane w różnych dziedzinach medycyny; b) uniwersyteckie centra szpitalne (CHU) – szpitale, które podpisały porozumienie z uczelniami medycznymi, łączące działalność edukacyjną z lecznictwem; c) narodowe centra szpitalne (CHN) – w liczbie trzech: narodowe centrum okulistyki, narodowy szpital penitencjarny, szpital Saint-Marice; d) centra opieki zdrowotnej (CH) – szpitale oferujące usługi w dziedzinie opieki medycznej chirurgii i położnictwa (MCO); e) szpitale lokalne (HL) – jednostki o niskiej specjalizacji, zatrudniające głównie lekarzy ogólnych; f) szpitale psychiatryczne; g) szpital wojskowy (HIA) – podlegający i w pierwszej kolejności przyjmujący wojskowych, jednakże dostępny dla wszystkich pacjentów.

<sup>5</sup>Drees, L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et partielle, Édition ÉTUDES et RÉSULTATS nr 716 – luty 2010,

<http://www.sante-sports.gouv.fr/l-activite-des-etablissements-de-sante-en-2008-en-hospitalisation-complete-et-partielle.html>

<sup>6</sup>DHOS. Les chiffres clés <http://www.sante-sports.gouv.fr/hopital/>

<sup>7</sup>Rekrutacja osób na kandydatów na DH i DS odbywa się w formie konkursowej. Konkursy organizuje minister zdrowia. Prawo francuskie przewiduje 2 rodzaje konkursu: konkurs wewnętrzny i konkurs zewnętrzny. Przystąpienie do konkursu obwarowane jest kryteriami wieku, kwalifikacji/wykształcenia, statusu, stażu zawodowego i obywatelstwa.

<sup>8</sup>Kształcenie kandydatów na DH trwa 27 miesięcy. Walidacja szkolenia następuje po 2. roku. Obejmuje ona egzaminy z przedmiotów wykładanych w trakcie szkolenia, walidację stażu szpitalnego i pracy pisemnej. Trzy ostatnie miesiące szkolenia poświęcone są specjalizacji. Po uzyskaniu walidacji DHOS Ministerstwo Zdrowia przystępuje do przydziałów DH do publicznych ośrodków zdrowia w celu objęcia funkcji.

<sup>9</sup>Kształcenie kandydatów na DS trwa 12 miesięcy.

<sup>10</sup>Drees, Les comptes nationaux de la santé 2008.

<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/seriestat137.htm>

<sup>11</sup><http://www.acteurspublics.com/article/06-04-09/la-dette-des-hopitaux-approche-les-20-milliards>

<sup>12</sup>La troisième édition du baromètre de l'Institut Paul Delouvrier- BVA, <http://www.delouvrier.org/themes/delouvrier/pdf/LaTribune2005.pdf>