DOSYA/DERLEME

FRANSA SAĞLIK SİSTEMİ

*Meral TÜRK**

Fransa sağlık sistemi sunulan sağlık hizmetlerinin çeşitli, coğrafi dağılım sorunu dışında kolay ulaşılabilir, hekimlerin ve başvuranların seçme özgürlüğüne sahip olduğu, tedavi için beklemenin gerekmediği bir sistemdir.

Genel özellikler

Yüzölçümü 547,030 km², nüfusu 62,752,136 olan Fransa, nüfus artış hızı %0.35 olan ve 1 000 kişiye 0.66 mülteci düşen bir ülkedir. Parlamenter, başkanlık tipi cumhuriyetle yönetilen 22 idari bölgeye sahiptir.

Tarım ürünlerinin bolluğu ve çeşitliliği ile Avrupa Ekonomik Topluluğu içinde birinci sırada yer almasının yanı sıra, sanayisi de çok gelişkindir. Endüstri, ülke gelirinin çeyreğini ve ticaret kazancının %80'inden fazlasını karşılar. Devlet 1990'ların başından beri France Telecom, Fransa Havayolları ve bankalar gibi endüstrilerdeki hisselerini elden çıkarmaya başlamıştır. %9.1 oranındaki işsizlik, hala Fransa için sorun oluşturmaktadır. Ekonomik göstergelerden Gayri safi milli hasıla (GSMH) 1.871 trilyon dolar, enflasyon oranı (tüketici fiyatlarında) %2.3 olan Fransa'nın iş gücü 27.88 milyondur. Sektörlere göre iş gücü dağılımı hizmette %71, endüstride %25, tarımda %4 (1999) şeklindedir **(Ülkeler rehberi, 2007)**.

Sağlık göstergeleri

Fransa sağlık sistemi, 2000 yılında, Dünya Sağlık Örgütü tarafından dünyadaki en iyi sağlık sistemi ilan edilmiştir. Daha sonra yapılan tartışmalar bunun nedeninin seçilen göstergeler ve bazı istatistiksel hatalardan kaynaklanabileceğini ortaya koymuştur. Her yıl OECD tarafından dünyanın en zengin 30 ülkesine ilişkin yayınlanan istatistiklerde Fransızların sağlık durumlarının iyileştiği fakat bunun diğer ülkelere göre daha yavaş ilerlediği görülmektedir.

Sağlık göstergelerine bakıldığında bebek ölüm hızı binde 4.2, ortalama çocuk sayısı 1.8 olan Fransa'da beklenen yaşam süresi toplam nüfusta 79.7 yıl, erkeklerde 76.1, kadınlarda 83.5 yıldır. Doğurganlığın yavaşlaması, beklenen yaşam süresinin uzaması nüfusun yaşlanmasına yol açmıştır. Demografik projeksiyonlara göre 2020'den itibaren 60 yaş üstü nüfus 20 yaş altı nüfustan daha kalabalık olacaktır (%27'ye %23) **(Sandier ve ark., 2004).**

Erkekler için 15-44 yaş arası "önlenebilir ölümler" halen önem taşımaya devam etmektedir. Alkol tüketiminde ikinci, tütünde altıncı sırada yer almaktadır. İntihar oranı erkeklerde 100 000 kişide yılda 23.3, kadınlarda 7.6 olarak OECD ortalamalarının üzerindedir. HIV/AIDS'e yakalanan yetişkin sayısı %0.4 (2003 verileri) tür. Ölüm nedenlerinin başında kardiyovasküler hastalıklar (ölümlerin %31.1'i), kanserler (%27.7), kazalar (%8.3) ve solunum sistemi hastalıkları (%8.1) gelmektedir.

Hizmet sunumuna ilişkin istatistikler bir ölçüde sağlık sisteminin durumunu da gözler önüne sermektedir. Hastaneye yatış oranı yüksektir: 2002'de 1000 kişiye 251 yatış düşerken OECD'nin ortalaması 161'dir. Bir milyon kişiye 2.7 nükleer manyetik rezonans cihazı düşmekte ve Türkiye'den sonra 22. sırada gelmektedir. Bu alanda OECD ortalaması 7.3, Japonya'nın ki 35.3'tür. 2002'de genel pratisyenlerin ortalama geliri Fransa'da kişi başına düşen ulusal gelirin 2.78 katı iken, Birleşik Krallık'ta bu rakam 3.5, Amerika Birleşik Devletleri'nde 4.18 kat idi. Fransa'da

**Yrd. Doç., Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.*

hekim başına düşen hemşire 2.1, Birleşik Krallık'ta 4.1, Kanada'da 4.7'dir. Amerika Birleşik Devletleri'nden sonra dünyanın ilaç tüketimi en fazla olan ülkesidir (Fransa için kişi başına 606 dolar, Amerika Birleşik Devletleri için 728 dolar) **(De Kervasdoué, 2006)**.

Fransa Sağlık Sisteminin Gelişimi ve Yönetimi

Tarihsel süreç

Fransa sağlık sistemi vergilerle ve isteğe bağlı tamamlayıcı hastalık sigortaları (özel, vakıf) ile desteklenen ulusal sosyal sigorta sistemi üzerine kuruludur. Sosyal sigorta sistemi ikinci dünya savaşından sonra 1945'li yıllarda yardım sandıklarının gelişmesi ile uygulamaya konmuştur. Başlangıçta işçileri ve ailelerini kapsayan sistemin genişlemesi aşama aşama gerçekleşmiş, 1961'de tarım çalışanları, 1966'da da serbest çalışanlar kapsama alınmıştır. 1974'te genel sigorta şeklinde herhangi bir güvencesi olmayanların da kapsanacağı bir sigorta sisteminin kurulması oylamaya sunulmuştur. Bu sigortadan yararlanabilmek için kişilerin prim ödemesi, eğer gelirleri yetersiz ise il düzeyindeki yerel kurumlardan istekte bulunmaları kararlaştırılmıştır. Fransa sosyal sigorta sistemi ağırlıklı olarak İngiltere'deki Beveridge sisteminden esinlenen, herkesin benzer haklardan yararlanmasını hedefleyen bir sistemdir.

Sosyal Sigorta Sistemi

Zorunlu hastalık sigortası üç temel branşı kapsamaktadır. Genel Rejim (sosyal sigorta) toplumun %84'ünü (endüstri ve ticaret ücretlileri ve aileleri) kapsamaktadır. Tarım rejimi çiftçileri ve ailelerini (toplumun %7.2'si) kapsar. Serbest çalışanların rejimi toplumun %5'ini kapsamaktadır. Fransa'da oturma koşulunu yerine getirenlere yönelik Genel Hastalık Sigortası (CMU) 1999'da oylanmış 2000'de uygulamaya konmuş, toplumun %99.9'u hastalık sigortası kapsamına girmiştir **(WHO, 2004)**. Böylece belirlenen bir gelir düzeyinin altında kazananlar da kapsama alınmıştır (toplumun %1.6'sı).

Planlama, Düzenleme ve Yönetim

Hizmetin düzenlenmesi ve sağlık politikasının belirlenmesinden devlet, zorunlu hastalık sigorta kasaları, ve il düzeyindeki kuruluşlar sorumludur.

1996'dan bu yana parlamento her yıl sosyal sigortaların finansmanına ilişkin bir yasa oylayarak ertesi yıla ait Hastalık Sigortası harcamaları (ONDAM) hedefini belirlemekte ve geçmiş senenin raporunu ibra etmektedir. Sağlık Bakanlığı düzenlemenin önemli bölümünü üstlenmiştir. Sağlık harcamalarını hizmet sektörlerine, hastanelere, bölgelere göre paylaştırır; tıp fakültesi kontenjanlarını, komisyonların önerileri doğrultusunda ilaç ve işlem fiyatlarını belirler. Son on yılda, devlet çok sayıda komite ve ajanslar (Halk Sağlığı Yüksek Komitesi, Sağlık Ürünlerinin Güvenliği, Fransa Çevre Sağlığı ve Güvenliği ajansı, Sağlıkta Ulusal Akreditasyon ve Değerlendirme Ajansı) kurmuş ve bazı görevlerini delege etmiştir. Özel ve kamu hastane hizmetlerinin ve bütçelerinin planlanması Bölgesel Hastane Ajansları (ARH) tarafından yapılmaktadır. Yine bölgesel düzeyde Hastalık Sigortası Kasaları Birlikleri (URCAM) üç temel sigorta branşını yönetmektedir.

Bu kurumların dışında iki tip mesleksel organizasyon vardır: Tabipler Birliği, Eczacılar, Diş Hekimleri Birlikleri ve sendikal örgütler. Serbest hekimleri temsil eden altı sendika (CSMF, SML, FMF, UCCSF, MG France) vardır. Genel pratisyenler için sendikalılık oranı %29'dur. Serbest çalışanları temsil edenler Hastalık Sigortası Kasaları, Sağlık Bakanlığı ile meslek icra koşulları ve ücretler konusunda anlaşma yaparlar. 1993'ten beri Serbest Hekimlerin Bölgesel Birlikleri gereksinim belirlenmesi, sağlık sisteminin işleyişinin değerlendirilmesi, eğitim gibi konularda görev almaktadır.

Hastane hizmetlerinin planlanmasında "sağlık haritası" (coğrafik alanlara göre ekipman gereksinimini belirleme) ve daha kalitatif olan bölgesel sağlık örgütlenmesi şeması (SROS) kullanılmıştır. SROS ile kurumların teknik kapasitelerine göre kabul edebilecekleri hasta grupları belirlenmiştir **(Sandier ve ark., 2004).**

Hizmet Sunumu ve Fransa Sağlık Sisteminin Örgütlenmesi

Hizmet sunumu kamu ve özel sektör tarafından gerçekleştirilmektedir. Birinci (ayaktan hizmetler) ve ikinci basamak (yataklı hizmetler) sağlık hizmetleri serbest çalışan hekimler (genel pratisyenlerin %75'i, uzmanların %68'i), diş hekimleri (40 500 diş hekimi) ve kamuda çalışan sağlık personeli tarafından, yerel yönetimlerce yönetilen yaklaşık 1000 dispanserde ve hastanelerde verilmektedir. Hizmet almada herhangi bir sınırlama yoktur ve herkes istediği hekimi seçebilir. Bir filtre sistemi kurulmaya çalışılmaktadır.

İnsangücü

Fransa'daki yaklaşık 1.6 milyon sağlık çalışanı, toplam çalışan kesimin %6.2'sini oluşturmaktadır. 2002'de 1 000 kişiye 3.3 hekim, 6.9 hemşire düşmekteydi. Bu ortalama Avrupa ortalamasından düşüktür. 2040 yılında 100 000 kişiye 250 hekim düşeceği öngörülmektedir **(De Kervasdoué, 2006).** Önceki yıllarda her yıl mezun olan hekim sayısı 8500'lerde iken, günümüzde 3500'e düşmüştür. Hekim açığını yabancı hekimler doldurmaktadır **(Secsanté, 2006).** Hekimler istedikleri yere yerleşme özgürlüğüne sahip olduğundan, hekimlerin dağılımında coğrafik farklılıklar gözlenmektedir. Paris ve Güney Fransa, diğer bölgelere ve kentler köylere göre daha fazla tercih edilmektedir.

Ayaktan Hizmetler

Ayaktan hizmetler serbest hekimler, dispanserler ve hastaneler tarafından verilmektedir. Yoksullar ayaktan bakım hizmetlerini daha çok belediyelerce ya da vakıflarca yönetilen dispanserlerden almaktadır. Serbest çalışan hekimler meslek sendikaları (temsilcileri) ve Hastalık

Sigortaları Kasaları ile 4-5 yıllığına imzalanan Ulusal Sözleşmeler çerçevesinde çalışmaktadır. Serbest çalışan hekimler çoğunlukla yalnız çalışırlar. Grup pratiği uygulaması hekimlerin %38'i tarafından yapılmaktadır. Bazı durumlarda hekimler tarifeden daha yüksek ücret talep edebilirler. Niteliklerine göre genel pratisyenlerin %15'i, uzmanların %35'i tarifesi daha yüksek olan "ikinci sektör"de çalışmaktadır. Genel pratisyenlerin muayenelerinin %25'i evde, %75'i muayenehanede olmaktadır. Bir yılda bir genel pratisyen 1400 farklı hastaya bakmakta ve yaklaşık 4800 konsultasyon ya da vizite yapmaktadır. Hekime ortalama başvuru Fransızlarda yılda 4.7'dir **(Sandier ve ark., 2004).** Hemşirelik hizmetleri serbest çalışan 57 000 hemşire tarafından karşılanmaktadır. Hizmetlerin üçte ikisini evde bakım hizmetleri oluşturmaktadır. 1981'den sonra hasta bakıcılar tarafından da evde bakım hizmetleri verilmeye başlanmıştır. Hastanelerde de verilebilen laboratuvar hizmetleri yaklaşık 4 000 laboratuvar tarafından verilmektedir **(Sandier ve ark., 2004).**

Yataklı Hizmetler

Fransa'da, hastaneler ya kamuya (hastane yataklarının %65'i), ya kar amacı gütmeyen kuruluşlara (%15) ya da özel sektöre (%20) aittir. Fransa'da kamu hastanelerinin uzun bir geçmişi vardır. Özel sektöre ait olanlar küçük cerrahi girişimleri yaparken, kamu ve kar amacı gütmeyenler acilleri, rehabilitasyon, uzun süreli tedavi ve psikiyatrik tedavileri üstlenmektedir. Fransa'da 1 000 kişiye 8.4 yatak düşmektedir ve bunların yarısı akut tedaviye aittir. Bu oran Avrupa ortalamasına yakındır. Hastanelere başvuruların %15'i ayaktan bakım hizmeti almak içindir.

Halk Sağlığı Hizmetleri

Halk sağlığı hizmetlerine yönelik çalışan çok sayıda kurum vardır; çok sayıda olmaları birlikte çalışma ve sorumlulukların paylaşılmasını zorlaştırmaktadır. Devlet çevreye ilişkin yasal düzenlemeleri yapmakta, belediyeler de suların kontrolü, hava kirliliği, atıkların uzaklaştırılması, iyonizan radyasyona yönelik koruma, gürültü ile mücadele, konut, gıda ve endüstriyel sağlığa ilişkin sorumlulukları yerine getirmekle yükümlü tutulmaktadır. Bölgesel düzeydeki uygulamalardan Sosyal ve Sağlık İşleri Müdürlüğü (DRASS) sorumludur. 1998 yılında risk yönetimine ilişkin yasal çerçeve daha da güçlendirilmiştir. Toplumun sağlık gözetimi, gelişimi ve halk sağlığını tehdit eden konuları belirlemek, kamuyu uyarmak ve epidemiyolojik veri tabanını oluşturmak Sağlık Gözetimi Enstitüsü'nün (InVS) görevidir. Mart 2003'te, hükümet halk sağlığı politikasına yönelik bir yasal çerçeve önermiştir; bu çerçeve öncelikli alanlara yönelik stratejik planlama yapılmasını ve bir dizi hedef belirlenmesini önermektedir.

BCG aşısı ücretsiz olarak yapılmaktadır. Özel sektör tarafından da yapılan aşılardan zorunlu olan ve önerilenler Hastalık Sigortası kapsamındadır.

Gebelik ve bebek izlemi serbest çalışan hekimler ya da kurumlar tarafından yapılabilir. Kurumlarda çalışan ebeler izlemleri gerçekleştirir. 14 400 ebenin yaklaşık %80'i hastanelerde çalışmaktadır. 1900 ebe serbest çalışmaktadır. İzlemlerin tamamı Hastalık Sigortası tarafından karşılanır. Okul sağlığı Milli Eğitim Bakanlığı tarafından düzenlenmektedir.

Cinsel yolla bulaşan hastalıkların saptanması ve önlenmesi il meclislerince planlanan hizmetler grubundadır. AIDS ile ilgili hizmetler Hastalık Sigortası tarafından karşılanmaktadır.

Son senelerde hedef gruplara yönelik kanser taramaları yapılmaktadır. 2002'den itibaren 50-74 yaş arası kadınlara iki yılda bir mamografi taraması başlamıştır.

Sağlık Harcamaları ve Finansman

Tahminlere göre, Fransa'da sağlık bakımı harcamaları 30 yıl önce ulusal gelirin %6'sı iken, 2002'de %9.7'sine ve kişi başına satın alma paritesi de 2 736 ABD dolarına ulaşmıştır **(De Kervasdoué, 2006).** Aynı yıl, toplam sağlık harcamalarının %77'sini kamu harcamaları oluşturuyordu. 2002 'de sağlık harcamalarının %73.3'ünü hastalık sigortası, kalan kısmın %13.2'sini isteğe bağlı sigorta, %9.8'ini doğrudan ödemeler ve %3.7'sini ulusal vergiler oluşturuyordu.

1996'dan beri her yıl "hastalık sigortası harcamalarına yönelik bir hedefi" oylayan parlamento global hedef belirlendikten sonra, bunu dört bütçe kalemine bölmektedir: kent hizmetleri (serbest çalışan hekimler), kamu hastaneleri (bölgelere göre), klinikler ve mediko-sosyal sektör. Sosyal Sigorta tarafından öngörülen ödenek bölgelerine göre kamu hastanelerine Sağlık Bakanlığı tarafından dağıtılır. Özel kliniklerin harcamaları ulusal düzeyde bakanlık tarafından belirlenen bir yıllık objektif çerçevesinde belirlenir ve belirlenen bütçe aşıldığında tarifelerin düşürülmesi dahil önlemler konusunda tartışılır. Özel çalışan hekimler hizmet başı ücretlerini alırlar. Hastanede çalışan hekimler ise maaşlı olarak çalışırlar, 1986'dan bu yana sistem içinde kalmalarını sağlamak üzere hastane içinde özel hasta bakmalarına olanak sağlanmıştır.

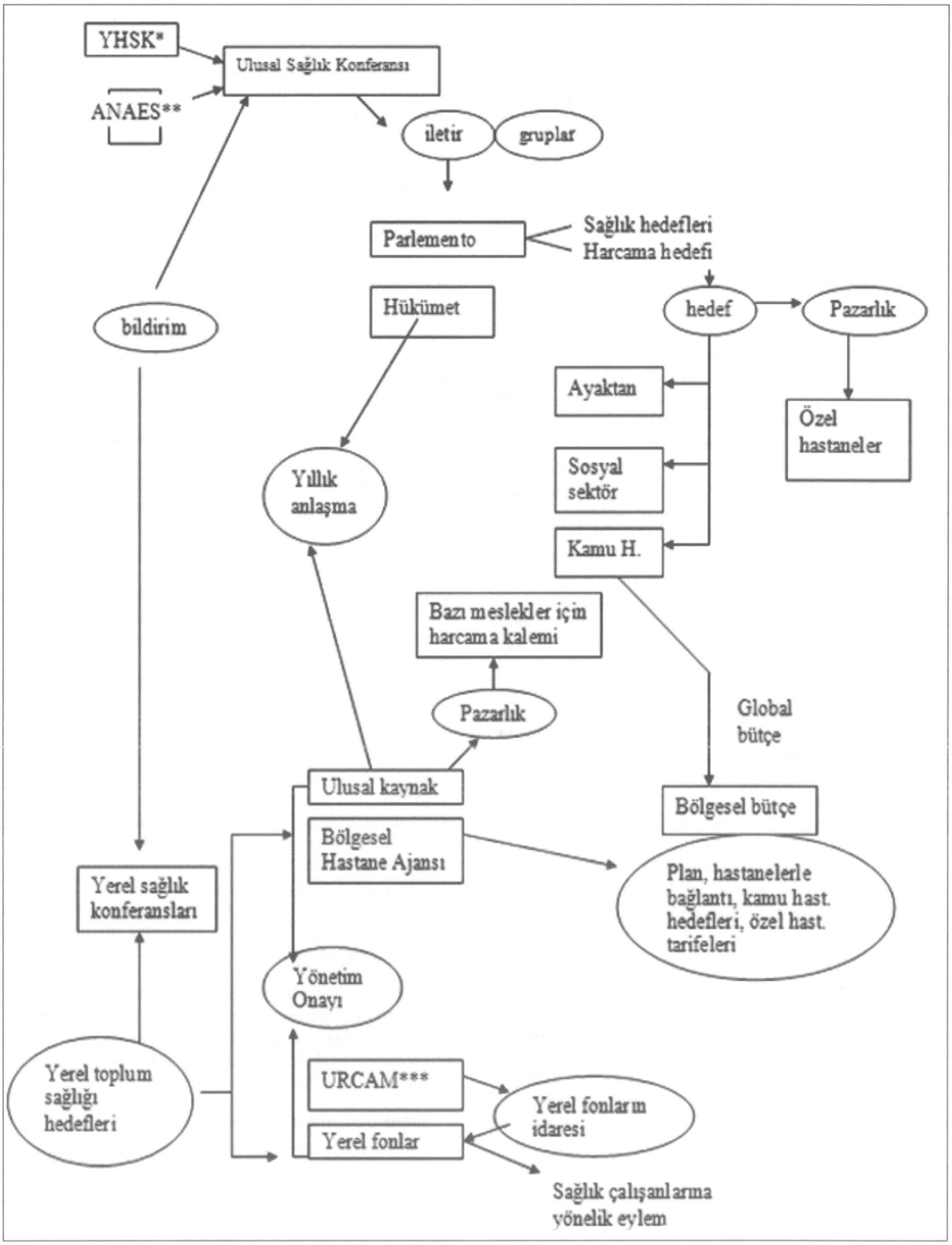
Finans kaynakları

Sosyal sigortanın hastalık sigortası branşı prim ve vergilerle finanse edilmektedir: primler temel olarak ücretlilerin brüt ücretleri üzerinden patronlar ve ücretliler (%2.8) tarafından ödenmektedir. Diğer finans kaynakları Genel Sosyal Katkı (GSK, bir çeşit gelir vergisi-kaynakların %34,5), vergiler (doğrudan %3.9, dolaylı %5.9), **(Tanti-Hardouin, 2001).** Diğer branşlarda benzer finansman şekline sahiptir. 2000'de GSK ve vergiler hastalık sigortası kaynaklarının %45'ini oluşturmuştur **(European Commission, 2006).**

Sigorta kapsamı

Sigortaya kaydolmak çalışanlar ve çalışmış olanlar için zorunludur. Öğrenciler ve 2000'den itibaren bir sigortaya tabii olmayanlar da (toplumun %2'si) Genel Hastalık

Şekil 1. Fransız sağlık sisteminin örgütlenmesi



*Yüksek Halk Sağlığı Komitesi
**Ulusal Sağlık Akreditasyon ve Değerlendirme Ajansı
***Bölgesel Hastalık Kasaları Birlikleri

Güvencesi adı altında Genel Hastalık Sigortası Rejimi kapsamına alınmıştır. Sigortalar farklı olsa da kapsamları birbirine yakındır. Genel Hastalık Sigortası genel pratisyen ve uzman masrafları, bakım ve protezleri, ilaçları, medikal gereçleri, laboratuvar tetkikleri, hastaneye yatışları, cerrahi girişimleri, fizik tedavi giderlerini ve bazı durumlarda yol giderini karşılamaktadır. Analık durumunda, gebelik, doğum ve sonrasındaki tıbbi giderler, ilaç giderleri, araç gereç ve hastaneye yatışlar ve bebeğin doğum sonrası izlemi de kapsam içindedir.

Sağlık sigortası çalışmakta olan üyelerine bir hastalık ya da kaza nedeniyle işten kalma durumunda ya da analık izni sırasında nakit para yardımı sunmaktadır. Özel durumlarda benzer uygulama serbest çalışanların sigortası tarafından da yapılmaktadır.

Üçlü Geri Ödeme Sistemi

Uygulamada, genel olarak, hasta önce ödemeyi yapar, sonra kısmen ya da tamamını geri ödeme şeklinde Hastalık Sigortası'ndan alır, bu ödeme şekline "üçlü geri ödeme" sistemi denir **(Soyer, 1992; Belek, 2001).** Geri ödemenin olabilmesi için verilen hizmetin, ilacın Hastalık Sigortası listelerinde yer alması gerekir. Hizmet tarifesi hizmetleri kendi aralarında hiyerarşize ederek ve "anahtar-birim"e göre hesaplanan bir katsayı ile çarpılarak hesaplanır. Anahtar-birim ulusal kasalar ile mesleki sendikalar arasındaki anlaşmalarla belirlenir. Bu kural hastaneye yatışlarda ve biyoloji, eczane ve Genel Sağlık Güvencesi kapsamında geçerli değildir. Günlük hastaneye yatış bedeli ise hastanenin genel bütçesi belirlendikten sonra bir denge hesabı ile belirlenir. Hastalık sigortası rejimleri sağlık hizmet harcamasının bir kısmının karşılanmasını sigortalıya bırakmaktadır; bu hastanın ödemek zorunda olduğu pay yüzdesine "moderatör bilet" adı verilir. Harcamaları kısmak amacıyla uygulamaya konmuş olan bu pay, pratisyenler ve hekim dışı personelden alınan hizmetlerde %30-40, eczane için %35-65, laboratuvar tetkikleri için %40, hastaneye yatışta %0-20 arası, tıbbi gereçler için %35'tir. Bazı başvurularda, düşük gelirlilerde ve uzun süreli yatışlarda bu pay farklı olabilmektedir. Düşük gelirlilerde bu pay Genel Hastalık Sigortası tarafından üstlenilmektedir. Eğer vizite ücreti ya da tıbbi gereçlerin fiyatları belirlenen fiyatların üzerinde ise fark yine sigortalı tarafından ödenir **(Sandier ve ark., 2004).**

Toplumun önemli bir kesimi hastalık sigortalarının karşılamadığı hizmetlerin karşılanması için yardım sandıkları ya da özel sigorta kurumlarına başvurmaktadır. Bu ek kapsam isteğe bağlıdır ve bireysel ya da mesleki çerçevede yapılabilir. Bu sigortalar "üçlü geri ödeme" sistemine göre geri ödemeleri sağlık kurumları ya da kişilere yaparlar. Son yıllarda isteğe bağlı ek hastalık sigortası yaygınlaşmış, 2000'de toplumun %85'i isteğe bağlı hastalık sigortası kapsamında iken, bu rakam günümüzde %95'in üzerine çıkmıştır. Genel Sağlık Sigortası düşük gelirli kişilere prim ödetmeksizin ücretsiz ek koruma sunmaktadır. 2002'de yıllık 6744 avro tavan ücret altında olan yaklaşık %8'lik bir toplum kesimi bu kapsamdan faydalanmıştır (**European Commission, 2006).**

Uygulama örnekleri:

Olgu 1. Üçlü ödeme sistemine tabi olmayan genel pratisyen.

25 avro olan ödemenin tamamını sigortalı yapar. Sigortalıya yapılacak geri ödeme baz olarak 20 avro -1 avroluk katkı payı olacaktır. "Klasik" geri ödeme oranı %70 olduğundan, hastalık sigortası sigortalıya 20 x %70- 1 = 13 avro ödeyecektir.

Olgu 2. Üçlü ödeme sistemine tabi olan genel pratisyen.

Ödenecek olan miktar 25 avro.

Hekim üçlü ödemede olduğu için, eğer ek bir sigortası yoksa sigortalı 25 avrodan hastalık sigortasının payını çıkarıp, yani 20 avrox %70 = 14 avroyu çıkartıp 11 avro ödeyecektir. Burada 1avroluk katkı payının ödenmesi ve sigortalıdan alınması gerekmektedir. Hastalık sigortasına karşı böyle bir borcu olacaktır. Bu normalde üçlü ödemeye tabi olmayan bir sonraki ödeme sırasında alınacaktır.

2005 yılında katkı paylarının miktarının 700 milyon avro olacağı öngörülürken 400 milyon avro olduğu tahmin edilmektedir. Uygulanan tarifeler 20 avrodan başlayıp 60 avroya kadar çıkmaktadır. Bu ücretler başvurunun gece, tatil günü ya da acil olmasına göre de değişebiliyor. 2005 yılında yeni ücretlendirme şekline göre aile doktorlarının "eşgüdümlü hizmet" (sevk) zincirinde uygulanmak üzere 7200 tıbbi hizmet çeşidi, hastalık sigortasınca ödenen tıbbi araç gereçler (kullanılan malzemeler, pansumanlar, atel bandı, gözlük, kemik implantları, tekerlekli sandalye) listelenmiş; homojen yatış listeleri (HYL) ve biri kamu diğeri özele ait olmak üzere, iki farklı tarife belirlenmiştir.

Ücretlerin ödenmesi

Serbest ve özel hastanelerde çalışan sağlık çalışanlarının kazançları sağlık sigortası ile mesleki sendikaların birlikte belirlediği tarife üzerinden hizmet başına ödeme şeklinde olmaktadır. Geri ödemesi yapılacak ilaçların ücretleri de sağlık ürünlerinin ve ilaç laboratuvarının Ekonomi Komitesi tarafından belirlenir. Kamu hastaneleri ve kar amacı gütmeyen kurumlar yıllık genel bütçeye tabi iken, özel kurumlar hizmet başına kazanç sağlamaktadır.

Kamu hastanelerine sosyal sigorta tarafından öngörülen bir ödeme yapılmaktadır. Kar amacı gütmeyen özel kurumlar iki ödeme şekli arasında seçim yapabilmektedir (kamu hastaneleri ya da özel hastanelerin ödeme sistemine göre).

Sağlık harcamalarında artış

1970'lerden beri, sağlık sisteminin finansmanı tartışma konularının başında yer almıştır. Harcamaların yüksek olması hasta memnuniyeti ve sağlık düzeyi açısından pozitif etki gösterirken, harcamaların kontrolü hükümetler için sorun oluşturmaya başlamıştır.

Hastalık sigortasının gelirleri ülke koşullarını izlemektedir. Giderler 2000 ve 2001'de %5'in üzerinde

bir artış göstermiştir. Bu artış farklı sektörlerin giderlerinde kendini göstermiştir: hastaneler; mediko-sosyal kurumlar, kentteki sağlık hizmetleri ve özellikle ilaç giderleri. 1978'den 2000'e genel fiyat indeksi 2.8, ayaktan bakım 2.1, ilaçlar 1.5 kat artmıştır.

Sosyal güvenliğin açığı her ne kadar harcamalar artmış olsa da öncelikle toplanan paranın eksikliğine bağlıdır. Sağlık giderinin artışı yapısal olup üç temel faktörle açıklanmaktadır:

1. Toplumun yaşlanması: Fransızların %75'i hastanede özellikle kamu hastanelerinde ölmekte, ölüm oldukça pahalıya malolmaktadır.

2. Hem tedavi edici hem koruyucu hekimlik alanındaki gelişmeler

3. Tıpta kronik hastalıkları açıklamaya yarayan ama tam iyileştirmeden tedavisi ile ilgilenen yetersiz gelişme. Uzun ve pahalı olan 30 kronik hastalık sigorta tarafından %100 karşılanmakta; böylece toplumun %13'ü sağlık bütçesinin %50'sini kullanmakta.

Obezite, psikiyatrik hastalıklar, yeni çıkan enfeksiyonlar-prion, hava ve gıda yoluyla bulaşan hastalıklar, ilaçların yan etkilerine bağlı iatrojen patolojiler gibi sosyoekonomik, çevresel, davranışsal ve genetik kökenli çokbileşenli hastalıklar giderek artış göstermektedir.

Sistemi etkileyen değişiklikler, reformlar

1958'den itibaren dönemin bakanının ismi ile anılan Debré reformu ile üniversite hastaneleri açılmış, tam gün çalışma getirilmiş, hastane içinde özel hasta bakma hakkı tanınmıştır. Özel hastaneler de devletin vesayeti altına girmiştir.

1970'ten itibaren hastanelere ilişkin planlamalar, değişikliklerin (yatak sayısını artırma, ekipmanda değişiklik...) izin almadan yapılmamasına karar verilmiştir. 2003'e dek bu izinler coğrafik alanlara göre ekipman oranını belirleyen "sağlık haritası"na göre verilmiştir. Böylece 1975 ile 1998 arasında kısa süreli kullanılan yatak kapasitesi %25 azaltılmıştır. Harcamaların kontrolü açısından yatak azaltılmasının çok fazla bir etkisinin olmadığı farkedilmiştir.

Planlamanın diğer bir boyutu 1971'de hekim sayısı üzerinde yapılan kontenjan belirlemesi olmuştur. Sonraki on yıl içinde azalan hekim sayısı 1975 ve 2000 arasında yoğunluk 1000 kişiye 3.3 hekim şekline dönüşmüştür. 1988-97 arası serbest çalışan hekimler erken emekliliğe özendirilmiş ve çoğu hekimi cezbetmiştir.

1970'lerden bu yana hizmet üreticilerinin davranışını etkilemek üzere yapılan bir diğer uygulama serbest hekimlerin reçete yazma gibi davranış profillerinin istatistiksel olarak çıkarılması olmuş, ama bunun makro ekonomik düzeyde bir etkisi olmadığı da farkedilmiştir.

1990'ların sonuna doğru, eşitlik kaygısı önemli bir kapsam değişikliğine, Genel Hastalık Güvencesi (CMU) ne götürmüştür. Bu reform hizmete ulaşmanın önündeki engelleri kaldırmaya yönelik olup harcamaların kontrolüne dayanan genel eğilime ters düşmüştür. 1996'da yine dönemin bakanının adıyla anılan Juppé Reformu ile üç temel değişiklik yaşama geçirilmiştir: sistemin geneli kapsaması Fransa'da oturma kriterine (üç aydan fazla ikamet etme, metropol ve deniz-aşırı dahil) bağlanmış, finansmanda prim ödeme yerine vergiye geçilmiş, harcamaların ve sağlık hedeflerinin belirlenmesi parlamentoya bırakılmıştır. Genel Hastalık Sigortası'nın getirdiği başka bir yenilik geliri belirlenen bir eşiğin altında olanlara tamamlayıcı sigorta hakkının da tanınması olmuştur **(Grimaldi, 2005)**. Genel Sosyal Katkı bazı primlerin yerini almış, yasal olarak vergi kapsamında, sosyal sigorta özellikle de hastalık sigortası, aile tazminatları ve yaşlılık sigortasının finansmanına yönelik kullanılmıştır. Kesintiler yatırımlar, mal varlığı ve oyun gelirleri üzerinden yapılmıştır. Sigorta kapsamındaki "hizmet paketi" tıbbi gereçlerin teknolojik gelişme sonucu artmasına rağmen değişiklik göstermemiştir. İlaçlar açısından 1996'dan beri jenerik ilaç yazımı desteklenmektedir. Eczacılara reçetelerdeki ilaçları jenerik üzerinden değiştirebilme yetkisi verilmiştir.

Bu değişiklik sürecinde her zaman tartışma konusu olan yetki sahipliği yine gündeme gelmiştir. Kamu hastaneleri ve ilaç politikasına ilişkin kararlar devlete, özel sektör, serbest çalışan hekimlere ilişkin belirlemeler de kasalara verilmiştir. Kasaların finansmanına ilişkin politikayı belirleme (ödeme şekli ve sosyal kesintiler) Juppé reformu ile rolü güçlenen devletin olmuştur. 2000 yılı için sosyal sigorta finansmanına ilişkin yasa oylaması sırasında hastanelerin tümünün (özel klinikler dahil) politikasını belirleme de devlete bırakılmıştır. Buna karşılık serbest çalışan hekimlerin vizite ücretlerini belirleme ve harcama hedeflerini görüşmek Ücretli Çalışanların Hastalık Sigortası Ulusal Kasası (CNAMST) na devredilmiştir. Bu reform sadece 2000 yılı için uygulanmıştır.

Juppé reformu (1996) ayrıca hekimlerle Hastalık Sigortası arasındaki ilişkiye iki önemli boyut kazandırmıştır: Önce, yıllık olarak belirlenen bir harcama hedefi doğrultusunda hekimlerin vizite ve reçete yazma etkinliklerine, hedef aşıldığı takdirde cezai yaptırımlar getirebilecek düzeyde kısıtlama getirilmesi. Bu uygulama hekim sendikaları (en önemlisi CSMF) tarafından "muhasebeci hakimiyeti" olarak nitelendirilmiş ve karşıt bir strateji geliştirerek 1996 ile 2002 arasında hiçbir anlaşmaya yanaşmamışlardır. 2002'deki hükümet değişikliğine dek bu şekilde sürmüştür.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine yönelik değişiklikler içinde hastaneye yatış giderlerini ayaktan cerrahi müdahale ve alternatif yatış şekilleri üzerinden azaltma ve farklı hizmet vericileri daha iyi koordine edebilecek bir ağ kurulması da yer almaktadır. Diğer yandan, devlet özellikle önleyici hizmetler açısından halk sağlığı planları şeklinde hedefe yönelik müdahaleler geliştirmiştir.

2004 yılında ne oldu?

2004 yılının bir önceki yıl gibi toplum sağlığı açısından başarılı bir yıl olduğu belirtilmektedir. Trafik kazalarında azalma, tütün tüketiminin düşürülmesi gibi başarılar elde edilmesine rağmen sosyal sigortalardaki açığın büyümeye devam ettiği ifade edilmektedir. 2003'te yapılan bir reform bu döneme damgasını vurmuştur: hizmet başı ödeme (T2A) reformu; 1986'dan beri beklenen bu reformun yapısal bir değişiklik getirdiği fakat ekonomik olarak bir değişiklik yaratmadığı belirtilmektedir. Tarifeler veri tabanına çıkan örnekteki maliyet ortalaması üzerinden hesaplandığından hastane harcamalarının toplamı üzerinde herhangi bir etki göstermediği de ifade edilmektedir **(De Kervasdoué, 2006).**

2004 yılının başında hastalık sigortasının açığının önemli ve yapısal olduğu kabul edilmiş ve yılda 3 milyar avro olarak hesaplanmıştır. Hiçbir şey yapılmazsa bu açığın 2005 yılında 18 milyara avroya ulaşacağı, bunun da ulusal zenginliğin %1'inden fazlasına denk geleceği ortaya konmuş, "son şans " reformu hükümete sunulmuştur; bu reform bir yazım oyunuyla geçmiş yılların açığını 2015 ve 2024 yıllarının kuşaklarına ödetmeye dayandığı; yani 2004'ün aktif nüfusu sağlık harcamamalarının bir bölümünü çocuklarına ve torunlarına ödetmeyi hedeflediği söylenmektedir. Hesapları dengelemeye yarayacağı söylenen yeni vergiler, devlet bütçesinden hastalık sigortası bütçesine bir milyar avronun transferi, cepten ödemelerden gelecek 700 milyon avro, ilaç endüstrisine vergi gibi başka önlemler de uygulamaya konmuştur **(De Kervasdoué, 2006).**

Sağ eğilimli hükümetin bakanı tarafından "son şans" olarak nitelendirilen 2004 reformu, 2007'ye dek 15 milyar avro tassarruf etmeyi hedefleyerek şu değişiklikleri önermişti **(Grimaldi, 2005):**

- Konsültasyon başına 1 avroluk katkı.

- İmkanı olan emeklilerden şu anda ödediklerinden daha yüksek ödeme yapmaları.

- Sağlık hizmeti adına işletmelerden alınan miktarların artırılması.

- Savurganlığı ve aşırı kullanımın azaltılması (özellikle ilaçta).

- Pahalı ilaçların geri ödemesinin sınırlanması.

- Sağlık sigortası kartları ile yasadışı uygulamaların önlenmesi.

- Bilgisayarda medikal dosya oluşturulması ve hastaların konsültasyon sayısını artırmalarını önlemek üzere dosyanın tüm Fransa sağlık çalışanlarınca ulaşılabilir olması.

- Hizmete ulaşımın kontrolünü sağlayan bir sistemin kurulması.

2005 ve 2006 Reformları

Reform sırasında vergi artışları ve geri ödemelerin azalması sürmüştü. 2005'te yayınlanan Sosyal Sigorta yıllık raporunda son yıllarda maliyetin yüksek olması nedeniyle sigortalıların ve sağlık çalışanlarının davranışlarını değiştirmek üzere yapılanların çok az etkili olduğu belirtiliyordu. Hastalık harcamaları 2001 ile 2004 arasında %19 artarken yurtiçi hasılanın sadece %10.1 arttığı, hükümetin bir anlamda toplamadığı parayı dağıttığı yapılan yorumlardandır. Genel sigortanın 2006'daki açığı 8.9 milyar avro değil, 11.7 milyar avro olmuştur.

2006 yılı aile doktorluğu reformunun uygulamaya konduğu yıl olmuştur. Uygulama çok karmaşık olduğu için halkın anlaması, hastalık sigortası kasalarının ve ek sigortaların uygulaması oldukça zor olmaktadır. Başlangıçta oldukça basit görünen uygulama aşağıdaki kombinasyonlar üzerine kuruludur:

- Her Franasız bir aile doktoru seçerek düzenli bir hizmet alacaktır. İlk önce aile doktorunu görecek, aile doktoru gerekirse onu "ilgili" bir doktora sevkedebilecektir. Bazı uzmanlar, örneğin jinekolog, oftalmologlara doğrudan gidilebilecek. Bazı kronik hastalıklar için "bir hizmet planı" aile doktoru ile ilgili uzmanlar arasında yapılabilecektir.

- Aile doktoru seçmemiş ya da aile doktorundan geçmeyenler "eşgüdümsüz hizmet"lere ait uygulamaya tabi olacaklar, yani geri ödemesi daha az olacaktır.

- Ödeme ve geri ödemeler doktorun 1 veya 2. sektörden olmasına göre farklılık gösterecektir.

En çok tartışılan uygulamalardan biri 1 avroluk katkı payı olmuştur. Dönemin bakanı Raffarin, bu katkının hastaların "sorumluluklarını" hissettireceğini savunmuştur. 1 Ocak 2005'ten sonra hastaneye dışarıdan her başvuruda uygulanmıştır **(De Kervasdoué, 2006).**

Reform ile hedeflenenin "sevk zincirini" yerleştirerek biraz tasarruf sağlamak olduğu yazılıyordu. Sigortalı ile hekim arasındaki ilişkinin şekillenmesinin ilk adımları 1999'da "danışman" (referan) hekim uygulaması ile atılmıştı. Hizmet başı ödeme yerine Avrupa'daki gibi yıllık bir ödeme aldıkları için bu uygulamaya danışman hekimler, meslek sendikaları karşı çıkmışlardı. Yeni anlaşmada "taraflar liberal bir tıp uygulamasını korumaya ve kasa hekimliğine geçmemeye karar vermiş oldular" denmektedir. 2005 sözleşmesi sonuç olarak 80 yıldır, kullanıcılar tarafından kontrol edilmeyi, hizmet başınadan farklı bir ödemeyi hiç bir zaman kabul etmeyen Fransa Hekimleri Sendikası (CSMF)'nın zaferidir şeklinde yorumlanmaktadır. Uygulamada tedavi ve reçete "ilgili hekim" tarafından değil aile doktoru tarafından sonuçlandırılacaktır. Acil durumlarda, ikamet adresinden uzakta olduğunda, aile doktorunun yerine başkası baktığında kişi aile doktoruna başvurmadan hizmet alabilecektir. Sigortalı aile doktorunu seçmekte ve istediği anda değiştirmekte serbesttir. Bu seçim 16 yaşından

büyükler için geçerlidir. Kişi, sevk edileceği hekimi de seçmekte serbest olup aile doktoru öneride bulunabilecektir.

1 Ocak 2005'ten beri ek sağlık sigortalarının yaptıkları "sorumluluk sözleşmeleri"ne göre her başvuru için ödenen 1 avro'luk katkı payını, sevk zinciri dışında alınan hizmetleri ödememektedir. Ödemekle zorunlu oldukları hizmetler; aile doktorunun vizitesi ve sevk ettiği "ilgili hekim"in vizitesi, aile doktoru tarafından yazılan ilaçların %30-65'ini, aile doktoru ya da sevk edildiği doktorun yaptırdığı tetkiklerin %35'i, iki koruyucu hizmet bedeli olarak belirlenmiştir **(De Kervasdoué, 2006).**

Reformların hastanelere etkisi

Sağlık bütçesinin %50'sinin hastane giderlerine ayrıldığı Fransa'da son iki yıldır kamu hastanelerini etkileyen reformların hem finansman hem örgütlenme açısından derin yaralar açtığı belirtilmektedir.

Hastane için temel değişiklik işlem başına ödemenin uygulamaya konmasıdır. Artık, her işleme bir kod ve avro cinsinden bir ücret denk gelmektedir. Böylece hastalar doktor tarafından kar/maliyet açısından bireysel olarak değerlendirilebilecektir. Bundan böyle karlı olan ve olmayan hastalar ortaya çıkacaktır. Karlı hastaya örnek olarak kısa süreli hastane yatışı olan cerrahi müdahale yapılmış bir hasta, ya da günlük olarak yatmadan dializ ya da kemoterapi alan hasta düşünülebilir. Karlı olmayan hasta ise sosyal ve psikolojik sorunları nedeniyle eve dönüşü çabuk olmayan kronik bir veya daha fazla patolojisi olan hastadır.

Hastanelere geçmişte görevlerini yerine getirmeleri için verilen genel bütçe uygulamasının artık geçerliliği kalmamıştır. Genel bütçenin anlamı bir bakıma dayanışmanın desteklenmesi olmuştur. Genel bütçeye karşı öne sürülen argüman mevcut durumun getirdiklerinin gerçek durumu gözönünde bulundurmayacak şekilde kemikleşmesine yol açacağı idi, oysa bütçe bir hastanenin aktivitesine göre yeniden değerlendirilebilirdi. la Pitié-Salpêtrière Hastanesi'nin Diabet Kliniğinin şefi olan Profesör Grimaldi imzaya açtığı ve 1200 klinik şefinin imzaladığı dilekçesinde "günde bir hastadan az ameliyatın olduğu bir yerde 400 ameliyathane varsa", bunların kapatılması için pazar ekonomisine geçmeye gerek olmadığını" belirtmektedir **(Grimaldi, 2005)**.

Her hastanın ekonomik değerlendirmesini yaparak, aynı zamanda hastane doktorlarına gelir ve gider dengesini tutturma zorunluluğu da getirilmektedir. "Hastane 2007" reformu çok sayıda olumsuz etkiye neden olacak gibi görünmektedir. Hizmet (işlem) başına ödeme tıbbi başvuruların endikasyonlarını dikkate almadan gereksiz tetkiklerin yapılmasını kolaylaştıracağı öngörülmektedir (özellikle ekografi ve doppler gibi radyolojik tetkikler). Hizmetin niteliği de dikkate alınmayacak; çünkü nitelik sorunu nedeniyle iki kez hastaneye yatışı olan hasta aynı patoloji nedeniyle bir kez yatan hastadan daha "karlı" olacak; nitelikli bakımın yatış süresi niteliksiz hizmete göre daha uzun olacaktır. Bu durumda hastaların bir an önce iyileşsin iyileşmesin çıkarıp gerekirse yeniden yatırma yönüne gidilecektir.

Hastane bütçesinin %70'i personel ücretine gittiği için reformda sonraki aşama personel azaltmaya doğru gideceği söylenmektedir. Bu bir kamu hastanesi için belli bölümlerin kapatılması, personelin azaltılması, hizmetin azaltılması şeklinde kendini gösterebilir. Personelin statüsünü de değiştirmeyi hedefleyen reform temelde sözleşmeli personel statüsünü önermektedir **(Grimaldi, 2005).**

Son Söz

Fransa sağlık sistemi temelde kamu sigortacılığına dayanırken sağlık endüstrisi hem özel hem yabancı sermayeye dayandığından kamudan gelen kaynağın özele akıtılması ile yapısal bir çelişki barındırmaktadır. Grimaldi'ye göre, bu çelişkiyi çözmek için ya daha fazla özelleştirme, yani pazar düzenlemesi, ya da daha fazla kamu hizmeti ve özel sektörün kamu tarafından kontrol edilmesi yoluna gidilmesi gerekiyordu. Juppe planı ikinci çözümü denemiş, fakat sağ hükümetler tarafından bir daha denenmemek üzere terkedilmiştir **(Grimaldi, 2005).**

Bölgeler arası olduğu gibi bölge içi de önemli eşitsizlikler göze çarpmaktadır. Arz ve talebin artması harcamaların giderek artmasına yol açmıştır. Hizmet başı ödeme ile karakterize, hekim seçiminde sınırsız özgürlüğün varolduğu sistemde talep üzerine gidilmesi Hastalık Sigortası'nın başlangıcından beri yapılan bir uygulamadır. Hizmeti alanların da sorumluluğunu "moderatör bilet" şeklindeki katkı payı ile artırarak talep değiştirilmeye çalışılmıştır. Böylece 1980'lerden itibaren 90'ların ortasına dek Hastalık Sigortası tarafından karşılanan harcamaların oranı giderek azalmış; son dönemlerde artık sabitleşmiştir.

Şu anda özelleştirme mantığı ve bu yönde alınan önlemler gündemdedir:

1. İşsizlik ve birçok şirketin muafiyeti toplanan primlerde düşüşe neden olurken giren parada herhangi bir artış yapılmamaktadır. Sağlık hizmetinde ihtiyacın artışı nedeniyle de vergi aracılığı ile bunun karşılanması zorunlu görünüyor.

2. Ek sigortalara, yardım sandıklarına, özel sigortalara bırakılan kısmın artışı ile geri ödemelerin azalması. Özel sigortalar, hizmette daha önemli bir yer tutmaya başlamakla sağlık sisteminin yönetiminde de söz sahibi olacaklardır. Geri ödemelerde azalma cepten ödemelerin artışı ile paralel gitmektedir: konsültasyon başına 1avro, pahalı hizmetler için 18 avro muafiyeti, sigorta tarafından ücret aşılması nedeniyle ücretleri geri ödenmeyen uzmanlara başvurunun serbest bırakılması (cepten ödeme 7 avro).

3. Uzun süreli hastalıkların tedavisinin karşılanmasının tartışılmaya başlanması. Örneğin tüm diabetiklerin tedavilerinin karşılanması değil sadece hastalığın komplikasyonunu karşılamak gibi...

4. Ek hizmetler ve bazı sağlık hizmetlerinin özele devredilmesi. Hastanelerde bu yemek, temizlik gibi hizmetleri kapsıyor. Evde bakım hizmetlerinin bir kısmı yardımcı araç gereçleri (solunum, beslenme, metabolik) satan firmaların aracılığı ile gerçekleşmiş durumda. Bu sektörde NESTLE, AIR LIQUIDE gibi firmalar hemşire, diyetisyenleri işe alıyorlar; böylece insülin pompalarının verilmesi önceleri hastanenin diabet servislerince yapılırken şimdi firmalara devredilmiş durumda. Sonuçta maliyet sosyal sigorta için ikiye katlanıyor!

5. Hiç tartışmaya açılmayan "Hastane 2007" reformu hastanelerin özelleştirilmesinde atılan ilk adımdır.

Fransa sağlık sistemi yaşı, gelirleri ve sağlık durumları ne olursa olsun ülkede yaşayan herkesi sosyal bir finansman ile kapsamaya çalışmaktadır. Fransa sağlık sisteminin zayıf yanlarından biri ayrı olarak hizmet verenlerin hizmette sürekliliği ve koordinasyonu sağlayamamalarıdır. Bu hizmette aşırı ve gereksiz kullanıma yol açtığı gibi, uygun olmayan bakım hizmetlerinin verilmesine de yol açabilmektedir. Yapılan bir çalışma Tip 2 diabetiklerin sadece %40'ının önerildiği şekilde yılda bir kez göz muayenesinden geçtiklerini göstermiştir. Hekimler arası koordinasyon olmadığı gibi genel pratisyen-hastane arasında da bağlantı yoktur. Fransa sağlık sistemi kurumsal olarak karmaşık olduğu için devlet, hastalık sigortası kasaları ve sağlık çalışanları arasında gerilime yol açmaktadır. Gelecekte, bu farklı kesimleri herbirinin rolünü netleştirerek birleştirmenin çözüme götüreceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

Belek İ. (2001) Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlığın Ekonomi Politiği, Sorun Yayınları, İstanbul.

De Kervasdoué J, Pellet R. (2006) Carnet de santé de la France 2006, Ed. Dunod, la Mutualité Française, Paris.

European Commission, (2006) MISSOC-INFO 02/ 2006- Long-term Care in Europe, , http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/missoc_info_en.htm, erişim 11.10.2006

Grimaldi A. (2005) Contre la reforme hopital: Proposition pour une alternative. www.fondation-copernic.org/spip.php?article24, erişim 11.10.2006

Sandier S, Paris V, Polton D. (2004) Systèmes de santé en transition, France, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe de la part de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Copenhague.

Soyer A. (1992) Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Personelinin Temel Sorunları, Türk Tabipleri Birliği Yayını.

Secsanté. La (2006) Reforme du Financement Des Hôpitaux: Analyse Critique et propositions. Attac-santé Journée de Travail Raporu, http://www.france.attac.org/spip.php?article6323, erişim 11.10.2006

Tanti-Hardouin N. (2001) La Santé en France Radiographie d'un systeme, Points de Départ, Ed Foucher, Paris.

Ülkeler rehberi, (2007) http://www.ulkeler.net/fransa.htm# 01, erişim 8.6.2007

WHO, (2006) http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHFRA/system, erişim 11.10. 2006.