

FRANCIA

LA ASISTENCIA SANITARIA COORDINADA POR EL MEDICO DE CABECERA

La asistencia médica coordinada por el médico de cabecera fue instaurada por la ley de reforma del seguro de enfermedad de agosto de 2004. Objetivo: mejorar el seguimiento médico de los pacientes gracias a una mejor coordinación de la asistencia.

El dispositivo entró en vigor a la aprobación de la ley. Los asegurados recibieron el formulario para elegir un médico de cabecera a partir de enero de 2005 y en julio del mismo año 20 millones comunicaron la identidad de su médico al organismo gestor del seguro de enfermedad.

Hoy se puede decir que la asistencia médica coordinada por el médico de cabecera ha sido definitivamente aceptada por profesionales de la sanidad y pacientes: 80% de asegurados (40 millones de personas) han declarado la identidad de su médico, que en un 99,5% ejerce la medicina general. 98% de médicos han aceptado la designación efectuada por los asegurados.

En el aspecto financiero, la asistencia sanitaria coordinada contribuye a un mejor control de los gastos sanitarios. Ha contribuido a un uso más racional de la asistencia sanitaria con una disminución del volumen de asistencia, lo que ha permitido aplicar en 2005 y 2006 una revalorización de honorarios para ciertos profesionales de la medicina.

La aplicación del dispositivo de asistencia coordinada por el médico de cabecera ha permitido la creación de condiciones necesarias para el desarrollo de la prevención, de la coordinación de asistencia y la consecución de una mayor eficiencia.

Se observa igualmente una mayor comprensión y aceptación del dispositivo por parte de los asegurados. Según el barómetro del Seguro de Enfermedad realizado por el Instituto de Sondeo "SOFRES", en noviembre de 2006, un 96% de personas entrevistadas manifestaron haber comprendido bien el sistema y un 89% constata que el reembolso de gastos es mayor cuando se opta por el dispositivo de asistencia médica coordinada.

Los asegurados han modificado su comportamiento privilegiando el uso del dispositivo creado por la reforma y consultando en primer lugar al médico de cabecera. Hay que señalar que aunque la asistencia médica haya sido reformada, la aplicación del dispositivo no frena ni entorpece la instauración de tratamientos médicos justificados. Así, un estudio del Seguro de Enfermedad relativo a cuatro tipos de tratamientos: asma, migraña, depresión y acné muestra que el número de tratamientos iniciados en el segundo trimestre de 2006 es igual al dispensado en el mismo periodo del año precedente.

Según el citado barómetro de asegurados, se constata que, desde mayo de 2005, el conocimiento de las modalidades prácticas no ha cesado de progresar:

- La noción de médico de cabecera ha sido “comprendida” por un 96% de personas entrevistadas, es decir una progresión de 5 puntos entre mayo de 2005 y noviembre de 2006.
- La comprensión de la noción de “recorrido de asistencia coordinada” (seguimiento del paciente por el médico de cabecera) ha progresado de 7 puntos entre marzo de 2006 y noviembre de 2006 (o sea, más de 24 puntos entre mayo de 2005 y noviembre de 2006) alcanzando un resultado de 51%.
- Son sobre todo las modalidades prácticas que han sido bien asimiladas por los asegurados puesto que un 89% de personas interrogadas saben que “el reembolso es mayor cuando se consulta previamente al médico de cabecera” (progresión de 22 puntos entre mayo de 2005 y noviembre de 2006).

Sin embargo, la información y los esfuerzos pedagógicos deben continuar en ciertos aspectos que no han sido totalmente comprendidos:

- El acceso directo a los especialistas cuando se padece una enfermedad crónica: actualmente 73% de entrevistados conocen la disposición (+4 puntos entre marzo de 2006 y noviembre 2006) Hay que considerar insuficiente este porcentaje
- La tasa de reembolso si se consulta directamente un especialista sin pasar por el médico de cabecera: solamente un 64% de entrevistados saben que, en este supuesto, se reembolsa el 60% en vez del 70%.

Por ello, el Seguro de Enfermedad continúa sus acciones informativas, principalmente:

- Acerca de las personas que padecen una afección de larga duración: se entrega un folleto informativo, elaborado en colaboración con las asociaciones de pacientes, a cada persona en el momento que se le reconoce el derecho a la cobertura completa (a 100%) por el seguro de enfermedad (se concede en función de la naturaleza de la afección). El folleto da respuestas a las preguntas más frecuentes que se plantea el enfermo y recuerda las modalidades de la asistencia coordinada, principalmente el acceso directo a los especialistas.
- Acerca de los beneficiarios de la cobertura sanitaria universal (CMU) complementaria: el Seguro de Enfermedad va a reforzar igualmente la información de los pacientes beneficiarios de la CMU complementaria sobre el dispositivo de asistencia sanitaria coordinada por el médico de cabecera e incitarlos a declarar un médico de cabecera. Para ello, aprovechará todos los contactos con los asegurados, en particular con ocasión de la renovación anual de los derechos a la CMU complementaria.

Principales características de los pacientes que han escogido médico de cabecera

Este estudio ha sido realizado sobre los 36.334.771 beneficiarios del régimen general (sin contar las secciones locales mutualistas).

- El 80% de los afiliados al régimen general mayores de 16 años han escogido un médico de cabecera. Se observa que la tasa de adhesión aumenta con la edad: el 95% de las personas de 71 a 80 años de edad han declarado a su médico de cabecera, frente al 59% en el caso de los 16 a 20 años. En el tramo de edad de los 31-40 años se pasa a una tasa del 75% de asegurados con médico de cabecera, es decir, 11 puntos más que los 21-30 años.
- El 83% de las mujeres frente al 76% de los hombres han nombrado a un médico de cabecera. Esta diferencia la encontramos en casi todos los tramos de edad: un 80% frente a un 69% en los 31-40 años, y un 85% en los 41-50 años.
- Las personas afectadas por una enfermedad de larga duración son las más numerosas en escoger a un médico de cabecera: son un 91%; de los cuales, un 96% tienen de 71 a 80 años de edad. Se observa igualmente una diferencia hombre-mujer más leve que sobre la totalidad de la población (un 92% de mujeres frente a un 90% de hombres).
- Los beneficiarios de la cobertura universal de enfermedad (CMU) complementaria son menos propensos a declarar un médico de cabecera: sólo un 66% lo ha hecho. En estos beneficiarios encontramos las mismas características que las de la población en general: el 50% de los más jóvenes han declarado un médico de cabecera cuando, de los más mayores, lo han hecho un 86%; las mujeres también son más numerosas en haber adoptado el sistema: un 70% frente a un 61% de hombres.
- Finalmente, la tasa de afiliados que han declarado a un médico de cabecera varía según los departamentos: son más numerosos en los departamentos de los Países del Loira, del Este y del Norte de Francia (entre un 81 y un 86%). Son más numerosos en el Sur, el Sur-Oeste y la Isla de Francia (entre un 68 y un 78%).

Principales características de los médicos de cabecera

- El 95% de los afiliados han escogido a un generalista como médico de cabecera.
- El 98% de los médicos generalistas son médico de cabecera. El 2% de los generalistas no han escogido esta orientación debido a la especificidad de su actividad; se trata, mayormente, de médicos que ejercen en una clínica o que desarrollan una actividad más especializada, como por ejemplo, la práctica de ecografías.
- Los médicos generalistas tienen, en término medio, 574 pacientes que los han declarado como médico de cabecera. Los hombres tienen más pacientes que las mujeres: 615 frente a 461.
- Los médicos generalistas del sector 1 (honorarios concertados), osea el 91,5% de los generalistas, tienen, en término medio, más pacientes declarados que los médicos con honorarios libres (sector 2): 587 frente a 490.

- Sólo el 0,5% de los pacientes han escogido a un médico especialista como médico de cabecera.

Se ha preservado el acceso a la medicación y se ha reforzado el papel del médico de cabecera

El Seguro de Enfermedad ha analizado las recetas de los nuevos tratamientos basándose en cuatro clases de patologías de gravedad media, competencia del médico generalista, y comparando el 2º trimestre de 2006 con el 2º trimestre de 2005: este primer análisis pone de relieve que el acceso a los cuidados es idéntico de un año a otro.

En efecto, sobre los cuatro temas estudiados el número de tratamientos nuevos no ha variado de forma significativa de un año a otro, y se constata que el papel del médico de cabecera sale reforzado.

Un mejor dominio de los gastos del Seguro de Enfermedad

La organización de la trayectoria de la asistencia coordinada se ha traducido por un menor recurso a las especialidades clínicas (no en acceso directo), cuya actividad ha bajado un 4% en volumen. Sin embargo, en términos financieros esta evolución continuó siendo controlada, principalmente por los médicos del sector 1, debido a las medidas específicas de acompañamiento que fueron aplicadas en 2006.

Evolución de los honorarios de ciertas especialidades clínicas en los 9 primeros meses del año 2006

| Especialidades | Sector 1 | Sector 2 | Evolución general |
|-----------------------|-----------------|-----------------|--------------------------|
| ORL | +1,6% | +1,1% | +1,3% |
| Reumatología | 5,7% | +1,6% | +3,9% |
| Reeducador funcional | +1% | -1,6% | -0,1% |
| Psiquiatra | -0,4% | -2,2% | -0,8% |
| Dermatólogo | -0,5% | -4,1% | -2,2% |

Además, los honorarios de los pediatras aumentaron un 2,9% (3,6% en el sector 1) en los 9 primeros meses del año. En término medio, la progresión de los honorarios para la totalidad de los especialistas es de un 2,8%.

La moderación de la actividad de los especialistas clínicos no se ha traducido por un gran aumento de la actividad de los médicos generalistas. En el caso de éstos se observa una ralentización de la actividad total (-0,2%), con una progresión de sus honorarios de un 1,3% en término medio, siempre durante el mismo periodo. Esta cifra no integra el efecto pleno de la revalorización de la consulta (1 euro) aplicado en el mes de agosto, y también se explica por un contexto epidémico leve.

Finalmente, los esfuerzos realizados por que los médicos asuman el control han permitido un ahorro de 1.300 millones de euros en dos años.