Calass 2006, Milano

Venerdì 6 ottobre 2006

PROGGRAMMAZIONE SANITARIA ET INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA NELLE CURE PRIMARIE

Il sistema di cure primarie in Francia: tra cambiamento e resistenza

Yann Bourgueil & Julien Mousquès

Research Institute and Documentation in Health Economics

Web : www.irdes.fr

E-mail : bourgueil@irdes.fr

mousques@irdes.fr

IRDES

10, rue Vauvenargues

75 018, Paris. France

Tel: 33(0) 153934310

Fax: 33(0) 153934362

Piano

1. **Il sistema sanitario francese: un modello ibrido (misto, pluralistico e liberalista)**

2. **Cure primarie o cure ambulatorie ?**

3. **Quali passati cambiamenti ?**

4. **Quali previsti cambiamenti ?**

5. **Insegnamenti e prospettive future per le cure primarie ?**

1. Il sistema sanitario francese : un modello ibrido (misto, pluralistico e liberalista)

Un modello misto di organizzazione della protezione sociale, intermedio tra sistemi sanitari di stampo Beveridge & Bismarck

- Un orientamento iniziale di ispirazione piuttosto bismarkiana
- Ma un'ambizione di universalità ed uniformità, e delle riforme successive, che hanno spostato l'equilibrio da un sistema assicurativo professionale ad un sistema universale

Un modello pluralista di finanziamento della spesa sanitaria: copertura assicurativa obbligatoria contro le malattie (AMO) + copertura assicurativa complementare contro le malattie (AMC)

- Pazienti anticipano le spese & compartecipano
- Ma meccanismi di agevolazione dell'accesso alle cure: dispensa dall'anticipio e dalla compartecipazione… E ampia diffusione presso la popolazione (92%) dell'assicurazione complementare con una pluralità di organismi coinvolti => Compartecipazione finale a carico dell'assistito modesta

Un modello pluralista nell'offerta di cure (molteplicità di erogatori) & liberalista nelle modalità di accesso alle cure => finanziamento publico dell'offerta privata

1. Il sistema sanitario francese : tre livelli di organizzazione & pianificazione

Nazionale

Regionale (26 regioni)

Dipartimentale/Provinciale (97 dipartimenti/provinci)
o
Locale (36 360 comuni)

1. Il sistema sanitario francese : quatro tippo di attore

Due magiorre & titolare delle competenze di organizzazione & pianificazione

Assicurazione obbligatoria contro le malattie

Lo Stato

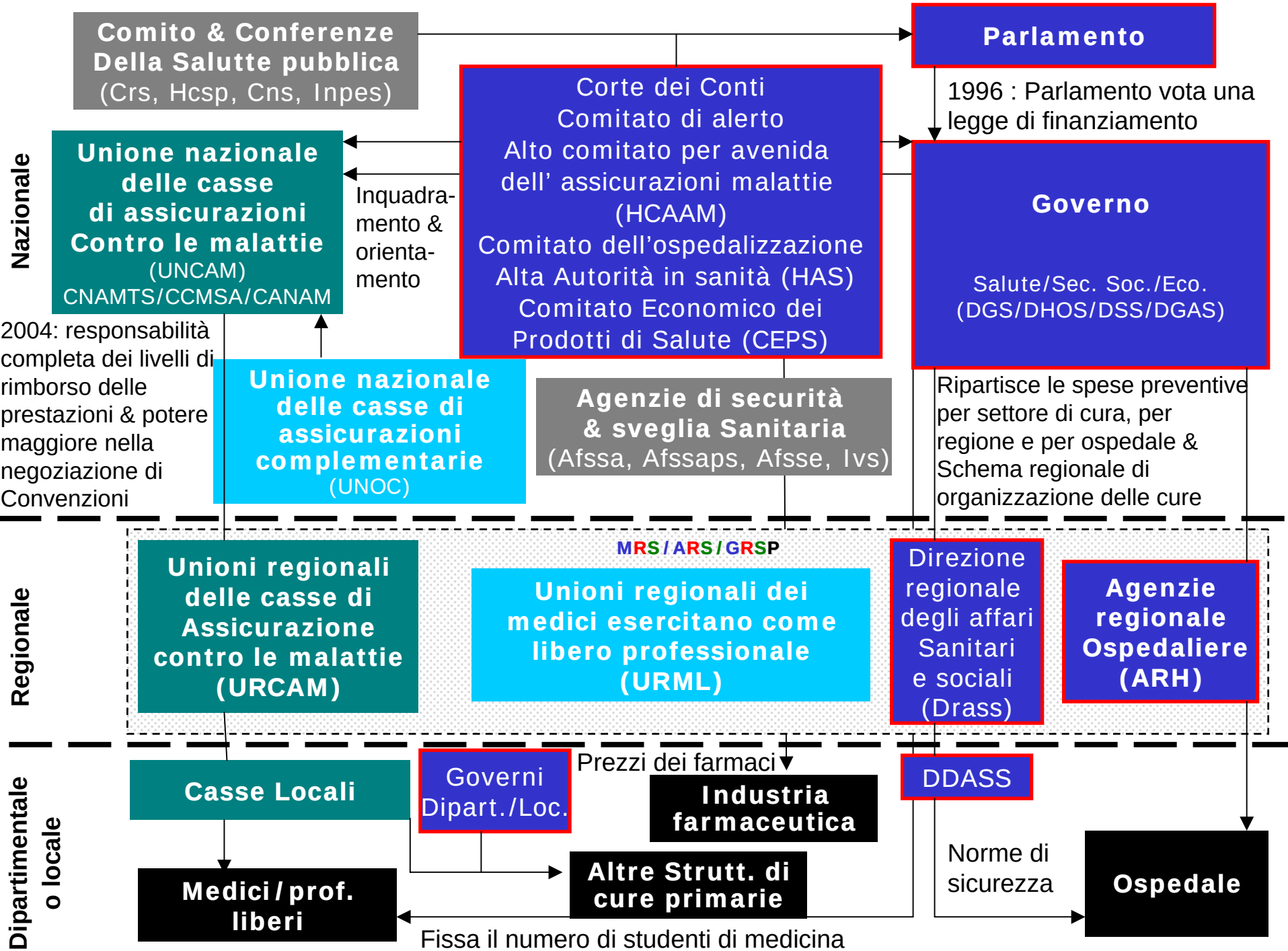
- **Parlamento**
- **Governo**
- **Amministrazioni**
- **Comitati, Consigli, Agenzie…**

Altri comitati, conferenzie, agenzie… per aiutare la decizione pubblica

Agenzie di securità & sveglia Sanitaria, Evaluazione & accreditazione, Salutte pubblica…

Altri attori

Medici, altri liberi professionisti Assicurazione complementarie…


Comito & Conferenze Della Salutte pubblica (Crs, Hcsp, Cns, Inpes)
Parlamento
1996 : Parlamento vota una legge di finanziamento
Corte dei Conti
Comitato di alerto
Alto comitato per avenida dell' assicurazioni malattie (HCAAM)
Comitato dell'ospedalizzazione
Alta Autorità in sanità (HAS)
Comitato Economico dei Prodotti di Salute (CEPS)
Nazionale
Unione nazionale delle casse di assicurazioni Contro le malattie (UNCAM) CNAMTS/CCMSA/CANAM
Inquadra-mento & orienta-mento
Governo
Salute/Sec. Soc./Eco. (DGS/DHOS/DSS/DGAS)
2004: responsabilità completa dei livelli di rimborso delle prestazioni & potere maggiore nella negoziazione di Convenzioni
Unione nazionale delle casse di assicurazioni complementarie (UNOC)
Agenzie di securità & sveglia Sanitaria (Afssa, Afssaps, Afsse, Ivs)
Ripartisce le spese preventive per settore di cura, per regione e per ospedale & Schema regionale di organizzazione delle cure
Regionale
MRS / ARS / GRSP
Unioni regionali delle casse di Assicurazione contro le malattie (URCAM)
Unioni regionali dei medici esercitano come libero professionale (URML)
Direzione regionale degli affari Sanitari e sociali (Drass)
Agenzie regionale Ospedaliere (ARH)
Dipartimentale o locale
Casse Locali
Governi Dipart./Loc.
Prezzi dei farmaci
Industria farmaceutica
DDASS
Norme di sicurezza
Ospedale
Altre Strutt. di cure primarie
Medici / prof. liberi
Fissa il numero di studenti di medicina

2. Cure primarie o cure ambulatoriale ?

Cure ambulatoriale vs. cure primarie

- **Offerta di cure** : principalmente privata per le cure primarie e secondarie territoriali, erogate da medici & altri liberi professionisti, con pagamenti per prestazione. Principalmente pubblica per le cure secondarie o terziarie all'ospedale
- **Accesso alle cure** : grande libertà (includi medici specialisti, nell'ambulatoriale o nell'ospedale) fino ad ora... ma dal 2006 fine del libero accesso gratuito ai medici specialisti con iscrizione voluntaria presso un MG & l'accesso al specialista su orientamento

=> Debolezza di una cure primarie "formale"

2. Cure primarie o cure ambulatoriale ?

Caratteristiche delle cure ambulatorie : offerta compartimentalizata

- **Offerta** principalmente **privata** per le cure primarie e secondarie territoriali
- Erogate da **medici**: generici (60.000) e specialisti (60.000, a.e.: pediatri, ginecologi…)…
- …& altri **liberi professionisti medici**: infermieristiche (57.000), dentisti (40.500), farmacisiti (22.700 farmacie), ostetriche (14.400, sorveglianza prenatale e post-natale), analisi biologici (4.000 laboratori)
- …. & **altre ausiliarie mediche**: cinesiterapisti-rieducatori (40.000), ortofonisti (10.000), ortottici per la rieducazione visuale (1.500), podologhi (8.500)
- Esercitano come **liberi professionisti convenzionati** con le Casse di assicurazione malattie, con **libertà d'installazione** (ecceto: farmacie) & **pagamento per prestazione** (a tariffe concordate e regolamentate, anche se alcuni medici, detti di settore 2, possono praticare degli aumenti di onorario all'interno di massimali fissi)…
- .... in **studi privati**, principalmente **da solo**, particolarmente per gli professionisti di medicina clinica (e.a. MG)…
- Nota bene (1): activita di liberi professionisti non medici, e.g. infermieristiche , dipende degli prescrizione/orientamenti degli medici
- Nota bene (2): visite ambulatoriali esterne all'ospedale

2. Cure primarie o cure ambulatoriale ?

Caratteristiche delle cure ambulatorie : largo squilibrio della distribuzione

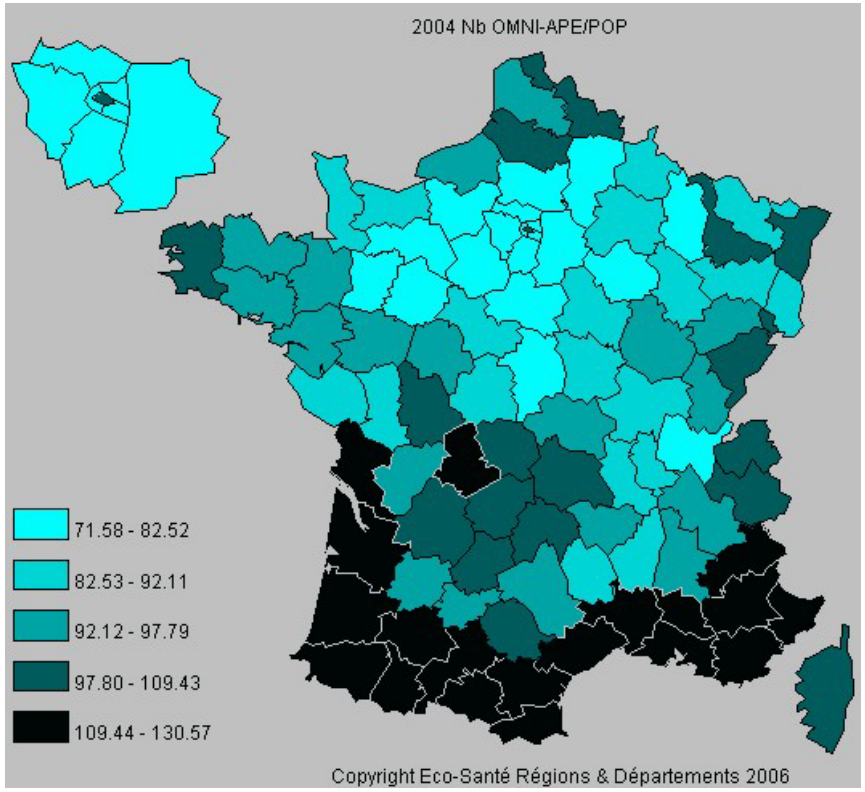
Risorse Umane degli MG :

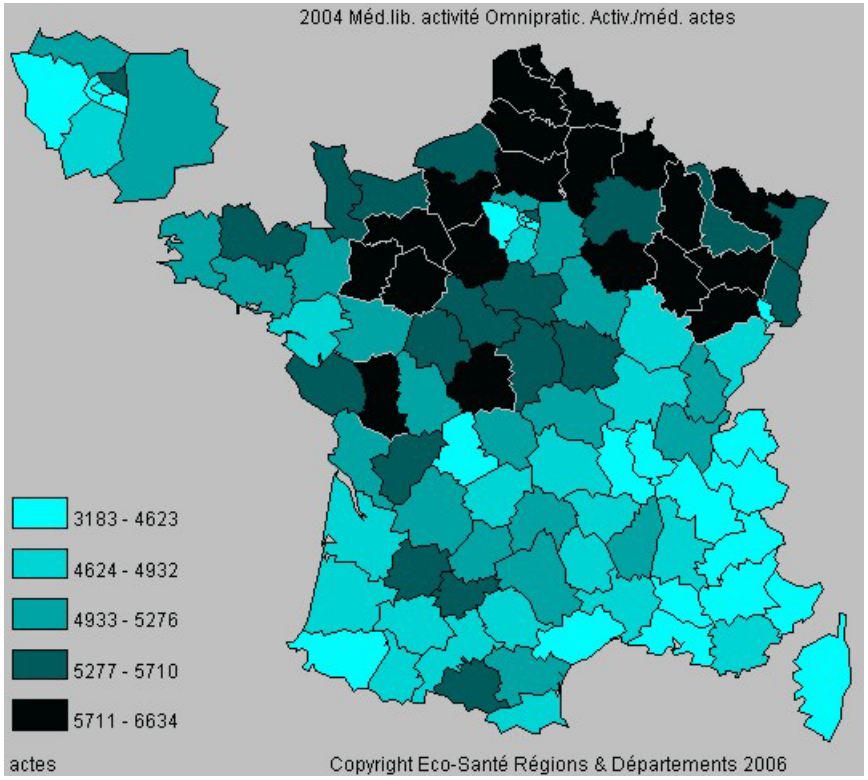
- Densità stabile (dopo una ampia crescita), ma aspetiamo una diminuzione, vecchia & feminizata pop.
- Alcuni dei quali sono però medici ad esercizio particolare, ovvero omeopatia o agopuntura, senza erogare necessariamente cure generali

Attività degli MG: 83% consulti, 16% visite, 1% technici prestazioni

Spese degli MG: 2/3: Prescrizione, 1/3 : Onorario.

=> Negativa correlata tra onorario (o actività) e densità di MG

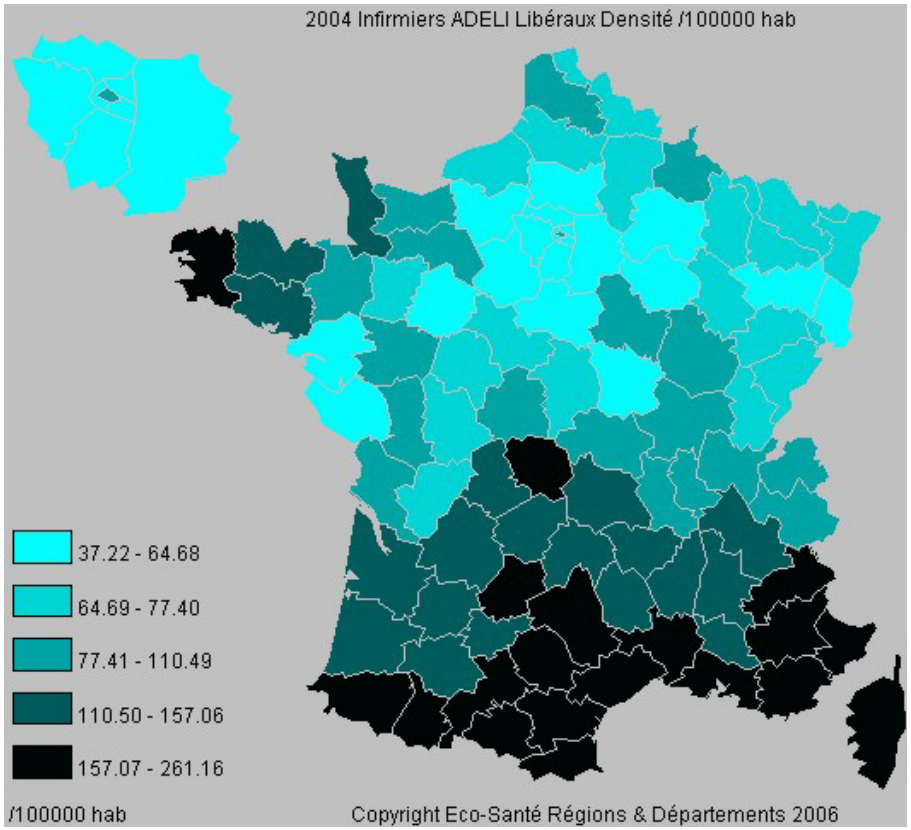


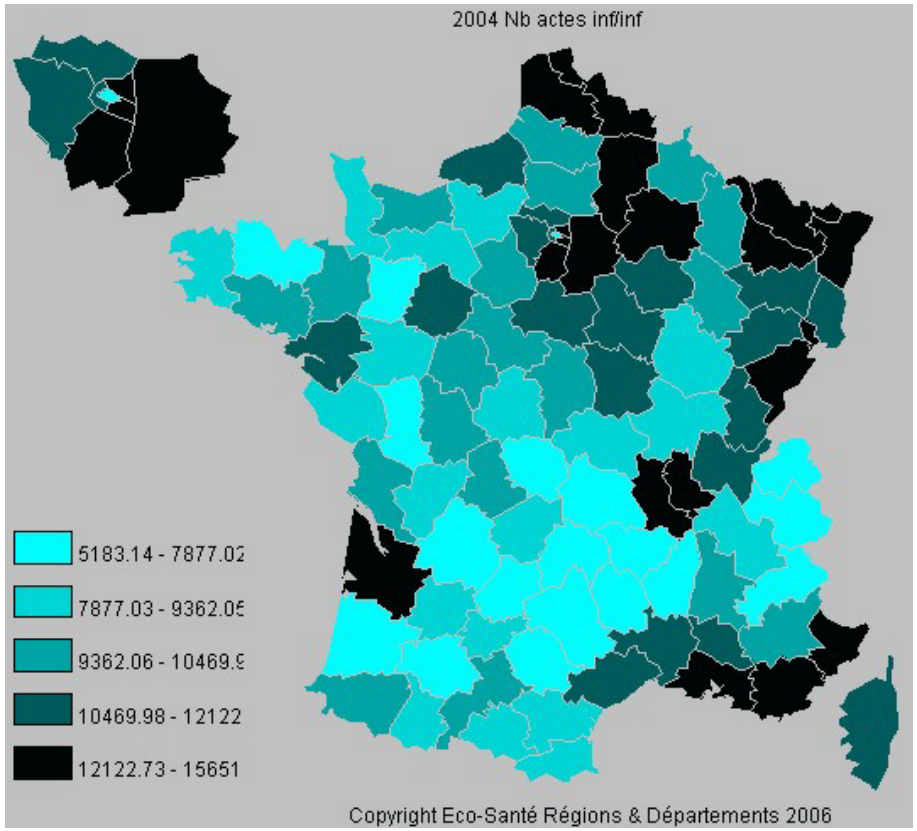


2. Cure primarie o cure ambulatoriale ?

Caratteristiche delle cure ambulatorie : largo squilibrio della distribuzione

L'esempio degli infermieristiche





3. Quali passati cambiamenti ?

70S-80s. **Regolamentazione della domanda** (crescenti forme di compartecipazione alla spesa) e dell'offerta (contingentare il numero di medici, programmazione ospedaliera, controllo dei prezzi delle prestazioni)

90s. **Miglioramento dell' organizzazione e della gestione**: uno spostamento di potere dal livello nazionale verso il livello regionale

90s. **Miglioramento della qualità e della sicurezza**

90s. **Razionalizzazione e l'orientamento della domanda**

2004. **Organizzazione e coordinamento nell'accesso alle cure** & responsabilizzazione dei pazienti (iscrizione presso un MG & orientamento, cartella clinica nazionale del paziente - DMP) + Articolazione tra AMC et AMO + Nuova governance istituzionale (UNCAM, HAS…)

3. Quali passati cambiamenti ? La regionalizzazione

Agenzie Regionali Ospedaliere (ARH, 1996): gestiscono l'ospedalizzazione pubblica e privata (strumento di pianificazione: lo SROS - Schema regionale di organizzazione delle cure)

Unioni Regionali delle Casse di Assicurazione contro le malattie (URCAM, 1996): coordinano l'azione delle casse e adottano una politica regionale di gestione dei rischi (promozione e valutazione delle azioni di coordinamento delle cure, negoziazione, firma e applicazione degli accordi di buona pratica clinica; azioni di prevenzione e di educazione)

Unioni Regionali dei Medici che esercitano in regime libero professionale (URML, 1996): associazioni elettive di medici locali per analizzare il funzionamento del sistema di cura, valutare i bisogni medici, coordinare i medici territoriali con gli altri professionisti della sanità

Missione regionale in sanità (MRS, 2004): costituita tra l'ARH e le URCAM, al fine di migliorare l'articolazione dei settori ospedalieri ed ambulatoriali (ripartizione territoriale dei professionisti, coordinamento tra le cure primarie ed ospedaliere, sviluppo di reti assistenziali,, supporto ai programmi di prevenzione)

Conferenze regionali della sanità: che riuniscono tutti gli attori regionali per missione l'analisi dei bisogni di cura e delle priorità assistenziali a livello regionale

=> A livello regionale inizia a profilarsi un'architettura istituzionale in grado, teoricamente, di orientare e gestire il sistema di cure

3. Quali passati cambiamenti ? Miglioramento della qualità e della sicurezza

Elaborazione e diffusione di “raccomandazioni per la pratica clinica” (1993): riferimenti medici opponibili, raccomandazioni per la pratica clinica, visite informative presso il singolo medico (es. per la presa in carico dell’ipertensione, del diabete, ecc)., finanziamenti di progetti per il miglioramento della qualità delle cure, campagne nazionali d’informazione e di educazione alla salute degli assicurati (es. uso di antibiotici, rischi connessi all’obesità, ecc);

Valutazione, certificazione e formazione medica continua: un “obbligo senza sanzione” (1996-?)

Opzione di medico generico di riferimento (1998).

Tre livelli contrattuali (2002) : un accordo quadro, firmato dall’insieme dei professionisti convenzionati (impegni comuni a tutti i mestieri); delle convenzioni per singole professioni (tariffarie proprie e regole di pratica personalizzate, ovvero “accordi di buon uso delle cure”); dei contratti individuali, detti di “salute pubblica ", che offrono una rimunerazione forfetaria ai medici pronti a prendere impegni di buona pratica.

Programmi di salute pubblica su tematiche ritenute prioritarie mediante apposite leggi (es. asma, salute mentale, cancro, presa in carico del dolore, insufficienza renale cronica, resistenza agli antibiotici, ecc., 2002)

3. Quali passati cambiamenti ? Razionalizzazione e l'orientamento della domanda

Introduzione di un libretto sanitario individuale (che fu un insuccesso)

Reti assistenziali territoriali, finanziato per l'AMO/ARH + fondi di miglioramento della qualità per le cure ambulatorie (150 + 106 millione d'€ nel 2005, l'obiettivo nazionale di spesa sanitaria : 135 miliardi), che coordinate le cure primarie ed ospedale per certe patologie croniche, cure palliative, emergenza-urgenza, pazienti vecchi... (1996).

Introduzione della figura di medico generico di riferimento (1998), un primo tentativo di medico "gatekeeper" alla francese, che nel 2003 ha coinvolto 6051 medici generici, ovvero l'11% dei medici in regime liberale per un totale di 1.080.000 pazienti, per poi essere superata nell'ambito della riforma del medico curante dell'agosto 2004

Iscrizione volontaria presso un MG & accesso al specialista su orientamento + incentivo basato su un ricorso alle cure concordato, ovvero l'introduzione di maggiorazioni tariffarie, tetti, rimborsabilità minori in caso di non adesione dell'assicurato sia al meccanismo del medico curante sia a percorsi di cura predefiniti

Cartella clinica nazionale del paziente (2007 ?)

4. Insegnamenti e prospettive future per le cure primarie

Insegnamento per le cure primarie:

Nessuna pianificazione delle cure ambulatorie (vs ospedale)

Nessuna riforma strutturala degli rapporti con i medici convenzionati (libertà dell'installazione; libertà della prescrizione; valutazione, certificazione e formazione sull'una base volontaria)

… ma cambiamenti incrementali:

(1) Tentativi di managed care, con gli reti sanitari, finanziati per l'AMC… ma resistenze della Sinistra => Reti assistenziali territoriali (certe cure) finanziati per l'AMO

(2) Il medico generico di riferimento (remunerazione forfetaria annua per paziente: 46 €) **al medico curante** (remunerazione forfetaria annua per paziente in assicurato con malattia cronica: 40€) => iscrizione degli pazienti e orientamento tra medici specialisti

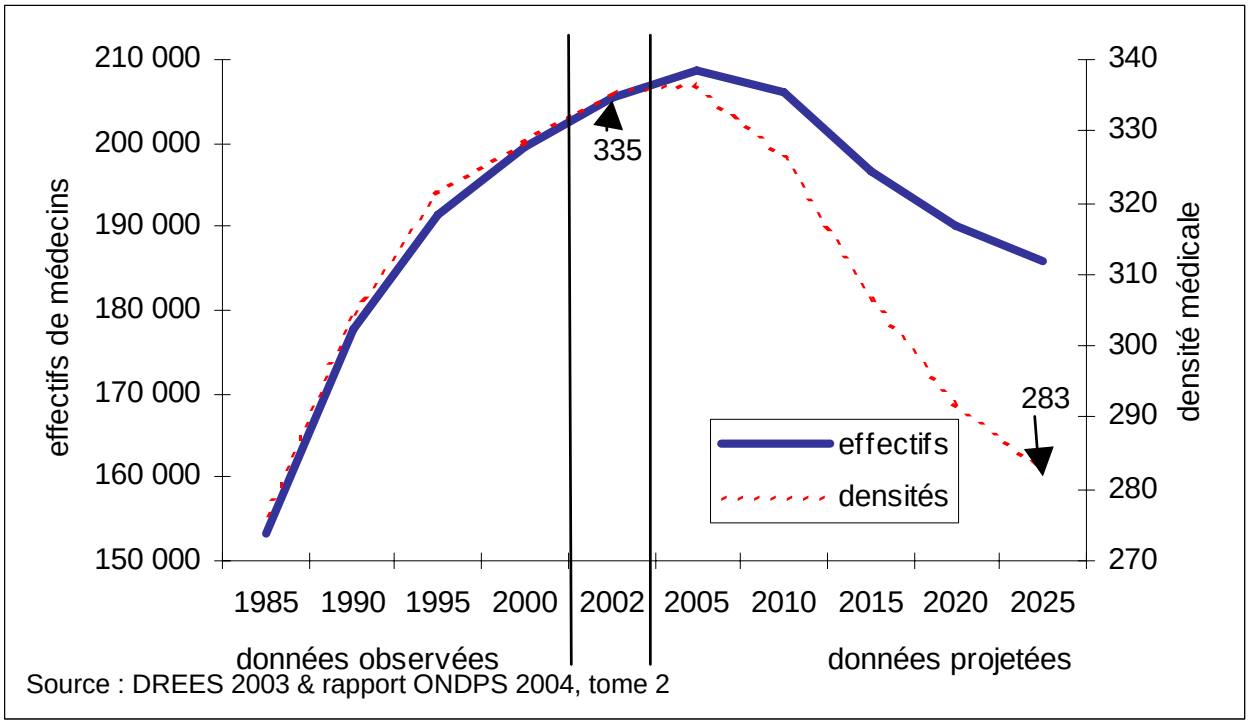
(3) Sviluppo della regionalizzazione, soppratutto all'ospedale (pianificazione molto piu precisa)

4. Insegnamenti e prospettive future per le cure primarie

Prospettive future e sfide

- **Una riduzione del numero di medici**. Anche se la densità di medici francesi è al momento superiore alla media europea, delle difficoltà a livello locale, per certe specialità ed in certe Regioni, sono prevedibili fin da 2020
- L'invecchiamento della popolazione, **l'incertezza sui bisogni** di cure così come la presa in carico della non-autosufficienza sono un altro argomento di preoccupazione
- Una modificazione (solamente retorica ?) di ruoli degli MG

Riduzione del numero di medici di 9 % tra 2002 e 2025 (densita -16 %)



Source : DREES 2003 & rapport ONDPS 2004, tome 2

4. Insegnamenti e prospettive future per le cure primarie

Uno contesto favorevole ai cambiamenti nell'organizzazione e pianificazione delle cure primarie ?

Le nostre anticipazione

Scenario uno : sviluppo dello ruolo degli MG curanti

- **Medicina di gruppo e contratti locali** tra Casse e medici sulla qualità (= GMS-QOF; GMF, FHN; esp. regionale in Italia). Ma con quali tipo di contratto ?
- **Delegazione/cooperazione** (MG -> infermieristiche) (= nurse prescribing, advanced practice nurse)
- **Sviluppo della MG nella formazione universitaria e medica continua**
- **Aumentazione del numero di MG e diminuzione del numero di medici specialisti**

Scenario due :

- **Grande libertà di tariffe dei prestazione** degli MG e organizzazione/pianificazione di **"managed care"** per gli AMC
- **Aumentazione del numero di medici specialisti e diminuzione del numero di MG**

4. Insegnamenti e prospettive future per le cure primarie

“Primary care: so much innovation, so little change?”

(**Abelson J., Hutchison B., Lavis J., “Primary care in Canada : so much innovation, so little change”, *Health Affairs*, volume 20, n°3, mai-juin 2001**)

Senza riforma di struttura solamente cambiamento alla margina ?

Creazione dell’AMO (1945)

⇒ **Organizzazione e pianificazione** delle cure ambulatorie, per l’AMO (cotisazione sociali), **senza logica territoriali** (base popolazionale)

⇒ **Conttrato con gli medici privati (Convenzione Nazionale) sull’una base individuale et liberalistà (pagamento alla prestazione, libertà di instalazione, libertà di prescrizione...)**

Riformi Debre di 1958 (centri universati ospedalieri) => Stattuto sociali e simbolico degli MG depreciato (versus medici specialisti)

⇒ **Cambiamenti incrementi e difficile a coordonare**

⇒ **Ma punti di sforza con la presenza degli medici specialisti nelle cure ambulatorie**

⇒ **Una rifondazione conceptuale delle cure primarie (pagamento alla capitazione, specialisti all’ospedale...) ?**