

Saude e assistência médica na França : Qual o impacto da assistência médica sobre as desigualdades sociais depois de 2000?

CALASS 2013, XXIV congresso, 29-30-31 agosto 2013, RENNES

Laure Com-Ruelle (comruelle@irdes.fr)

2000 : o sistema de saúde francês é considerado como o mais performante do mundo (OMS 2000) considerando sua influência sobre a vida cotidiana das pessoas

- *Amelioração da saúde (qualidade, equidade),*
- *Capacidade a responder às expectativas da população,*
- *Equidade da contribuição financeira misturada à uma proteção contra o risco financeiro*

2005 e + : recuo constante devido à deterioração do acesso à assistência médica, em um contexto de crise econômica mundial

2012 : 8º lugar entre os 34 países europeus estudados de acordo com o European Health Consumer Index (EHCI 2012)

Multiplos determinantes da saúde da população

- Fatores genéticos, socio-econômicos, ambientais, comportamentais e « psico-sociais »,
 - O sistema de assistência médica em si explica somente uma parte do estado de saúde das pessoas
- ⇒ *Quais são as características do nosso sistema de saúde que têm um impacto, positivo ou negativo, sobre o estado de saúde na França, que seja em relação à organização e qualidade da assistência médica ou mais precisamente sobre seu modo de financiamento?*

- Identificar quais são os problemas do sistema de saúde francês hoje e as características de sua evolução recente
- Identificar em que e em qual medida as evoluções recentes do sistema de saúde francês agem sobre o estado de saúde
- Descrever as características maiores tendo um impacto em termos de :
 - ✓ Qualidade de assistência médica, e sobretudo nos hospitais
 - ✓ Desigualdades sociais e territoriais de saúde (ISTS)

- Identificação das ≠ reformas do sistema de saúde francês na última década
 - Revistas de artigos , relatórios de agências institucionais e publicações tratando da avaliação das políticas públicas
 - Dados oriundos do questionário Eco-Santé France desenvolvido pelo IRDES (Instituto de Pesquisa e Documentação em Economia da Saúde) (<http://www.irdes.fr/EcoSante/France.htm>)
-
- Leitura crítica
 - Questionamentos sobre a performance do hospital e dos princípios de medicina liberal e se concentrando sobre os efeitos em termos de desigualdades sociais de saúde (ISTS)

Indicadores do estado de saúde na França

amaliação global do estado de saúde

- Uma das melhores taxas globais de **expectativa de vida** na União Européia
- Alguns indicadores são mais (ex. **mortalidade por suicídio**, **mortalidade pré-matura dos homens**)
- Fator de grande importância da gestão médica das **doenças crônicas** e das **poli-patologias** que se desonvelvem
- **Amelioração do estado de saúde (longevidade e qualidade de vida) depende muito dos gastos com saúde em si**
- **Gastos de saúde reembolsáveis + 54 %** entre 1992 e 2000, ligados massivamente à um certo estado de saúde, ao **progresso técnico** e sua difusão (+58 points), e não ao **envelhecimento** da população que contribui apenas marginalmente (+6 pontos).
De maneira oposta, **a melhoria do estado de saúde fez baixar os gastos (-10 pontos).**

⇒ desigualdades sociais e territoriais de saúde (*ISTS*)

- **2008** : França é o 1^o país da União europeia em termos do peso dos gastos de saúde em relação ao PIB mas 6^o em relação ao nível de gastos por habitante
- **2011** : Gastos frequentes com saúde (DCS) = 12 % do PIB, ou seja +14,3 % depois do ano 2000, devido à
 - Deformação das estruturas demográficas
 - E progresso das técnicas médicas
- **A parte não reembolsada pela AMO** (Seguro saúde obrigatório) é de $\approx 75\%$
 - Implementação da CMU, da CMU-C e ACS no início de 2000 ⇒ melhoria do acesso aos recursos médicos de pessoas desfavorecidas
 - Desreembolso progressivo de alguns medicamentos vendidos em farmácias
 - Compensado pela alta das afecções de longo tratamento

⇒ **As desigualdades sociais de acesso e procura de tratamento médico** ↗

a maior parte do esforço se concentra nos pacientes

e a renúncia aos tratamentos médicos se degrada a saúde dos indivíduos mais pobres

o sistema de redistribuição funciona mal

➤ **A regulação preservou os profissionais de saúde liberais**

que conservam suas liberdades de instalação ⇒ os « desertos médicos » ↗

e aumentaram seus honorários excedentes

- **T2A no hospital** : incita uma melhor eficiência
mas a qualidade dos cuidados médicos deve ser controlada (indicadores comparativos não contestáveis são disponíveis)
restrições orçamentárias ⇒ risco de produção excessiva ou de não pertinência dos tratamentos, possibilidade mesmo de eventos indesejáveis e graves (EIG)
- Grande variabilidade da procura por tratamentos hospitalares no território Francês

Os atos médicos ambulatoriais e hospitalares têm um risco em si

- **Não hospitalar**, as receitas médicas de antibióticos para as doenças virais, não justificadas, continuam sendo majoritárias, e participam aos fenômenos de resistência
- **Hospital:**
 - A prevalência de infecções nosocomiais (IN) diminui de maneira expressiva
 - * em 2009, os questionários ENEIS estimaram que o número total de **EIG** ocorrendo durante hospitalização a **6,2 para 1000 dias de hospitalização** em medicina ou cirurgia, 2/3 ligados a um procedimento e 1/3 ligados aos produtos médicos, e mais de 4 casos em 10 poderiam ser evitados
 - * e também, 4,5 % das internações hospitalares são causadas diretamente pela ocorrência de uma **EIG**, dos quais 2,1% têm como origem a utilização de medicamentos. Cerca de 6 em 10 casos poderiam ser evitados
 - * IRDES estimou que sobrecusto global de nove categorias de **EIG** à cerca de **682 milhões de € em 2007** sendo 1) problemas psicológicos, 2) as septicemias et 3) as úlceras de decúbito

IRDES Sobrecusto global de nove categorias de EIG

Elementos de sobrecusto e de aumento do tempo das internações hospitalares para alguns tipos de eventos indesejáveis ligados aos tratamentos hospitalares na França em 2007.						
Sobrecusto e aumento do tempo de internação por PSI no l'ENCC 2007						
Eventos indesejáveis ligados aos tratamentos	Efetivos	Aumento do tempo médio de hospitalização (Dias)	Intervalo de confiança a 95 %	Sobrecustos	Intervalo de confiança a 95 %	
PSI 3 - Ulcera de decubito	3 456	11,2	± 0,83	5 612 €	± 656	
PSI 5 - Esquecimento de objeto no corpo	89	2,5	± 3,05	2 156 €	± 2 879	
PSI 7 - Infecções nosocomiais	915	14,7	± 1,84	10 950 €	± 1 690	
PSI 10 - Desordens psicologicas	4 228	7,3	± 0,59	10 273 €	± 629	
PSI 12 - Embolia pulmonar	3 003	5,0	± 0,59	4 300 €	± 578	
PSI 13 - Septicemia	1 852	19,7	± 1,44	20 838 €	± 1 317	
PSI 15 - Laceração ou injeção acidental	1 220	1,2	± 0,88	1 723 €	± 902	
PSI 18/19 - Traumatismo obstétrico	415	0,7	± 0,11	529 €	± 32	
Estimação do sobrecusto e do aumento da tempo de hospitalização por PSI(método de stratificação, PMSI MCO)						
Eventos indesejáveis associados aos tratamentos	Efetivos	Aumento do tempo médio de hospitalização (Dias)	Intervalo de confiança a 95 %	Sobrecustos	Intervalo de confiança a 95 %	Custo Total
PSI 3 - Ulcera de decubito	29 937	9,8	± 0,14	4 568 €	± 101	136 765 563 €
PSI 5 - Esquecimento de objeto no corpo	644	2,2	± 0,42	1 639 €	± 392	1 055 399 €
PSI 7 - Infecções nosocomiais	4 273	14,7	± 0,59	10 821 €	± 537	46 238 384 €
PSI 10 - Desordens psicologicas	26 275	7,4	± 0,16	9 911 €	± 173	260 409 993 €
PSI 12 - Embolia pulmonar	18 968	4,6	± 0,16	3 740 €	± 146	70 945 028 €
PSI 13 - Septicemia	8 368	18,5	± 0,56	18 578 €	± 478	155 457 100 €
PSI 15 - Laceração ou injeção acidental	6 887	1,1	± 0,23	1 356 €	± 239	9 337 096 €
PSI 18/19 - Traumatismo obstétrico	2 933	0,7	± 0,02	525 €	± 5	1 540 334 €
Total das 9 EIG						681 748 897 €

Données : Etude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC) 2007 et Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI-MCO) 2007

Source : Questions d'économie de la santé n° 171 intitulé : "Surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital", IRDES, décembre 2011

Renúncia por razões financeiras ao tratamento médico em função das categorias sociais em 2010

De acordo com o Questionário de Saúde e proteção Social (ESPS) 2010 do IRDES :

➤ **15,1 %** das pessoas de 16 anos ou mais declararam ter renunciado à tratamentos médicos por questões financeiras nos últimos 12 meses,

➤ frequentemente:

- ✓ mulheres,
- ✓ desempregados,
- ✓ baixos rendimentos,
- ✓ sem seguro saúde,
- ✓ pior estado de saúde.

Renúncia aos tratamentos por motivos financeiros em função das características sociais em 2010		
	Taxa ponderada (en %)	Índice de renúncia * idade e sexo comparáveis
Total	15,1	1,00
Homem	11,5	
Mulher	18,4	
16 a 39 anos	14,7	
40 a 64 anos	17,6	
65 anos ou mais	10,6	
Ocupação principal da pessoa		
Desempregado	27,9	1,77
Outros inativos	25,0	1,46
Rendimento mensal por unidade de consumo, repartição em quintilos*** (Índice OCDE)		
Premio quintilo [0 a 876 €]	25,4	1,70
Segundo quintilo [876 a 1 200 €]	18,6	1,24
Presença de um seguro saúde complementar (CC) particular CMU complementar (CMU-C)		
Beneficiários da CMU-C	19,7	1,20
Não beneficiários nem de uma CC particular nem da CMU-C	32,6	2,36
Nota de estado de saúde percebida		
0 à 4 / 10	28,3	2,16
5 à 6 / 10	19,6	1,41

Source et calculs :
Enquête ESPS
2010, IRDES
Champ :
Population
générale, France
métropolitaine,
adultes (≥ 18 ans)
vivant en ménage
ordinaire

- **Escolhas cruciais:**
 - Quais evoluções para o sistema de reembolso ?
 - Qual taxa de prevalência obrigatória nos somos prontos à aceitar?
 - Como racionalizar a oferta de tratamentos e sua gestão ?
- **Procurar ganhos de eficácia :**
 - ❖ Não hospitalar,
 - ❖ Hospitalar
- **Revolucionar a regulação do sistema de saúde:**
 - Uniformisar os princípios da medicina liberal:
 - ✓ liberdade de instalação,
 - ✓ novos modos de remuneração
 - ✓ favorizar a telemedicina
- No momento em que o governo instalar uma « estratégia nacional de saúde », a questão da prioridade **prioridade ao financiamento da saúde** comparativamente a outros setores deve ser abordada.

- A evolução recente do sistema de saúde na França coloca em evidência certos impactos que ocasionam uma redução da equidade
- Alguns autores preconizam que o esforço de regulação dos gastos com saúde não pesa unicamente do lado da demanda mas também do lado da oferta.
- Renforçar a pertinência da prevenção e da educação no contexto da saúde
- Garantir a pertinência dos tratamentos e articular melhor os percursos dos tratamentos
- Favorisar a participação dos usuarios

Obrigado pela atenção!

Cf. Relations santé et système de soins (y compris iatrogénie et renoncement aux soins),
contribution de [Com-Ruelle Laure](#) et [Dourgnon Paul](#),
In Ouvrage France – Santé 2014, DREES, à paraître fin 2013