

PROGRAMA EUROSOCIAL-SALUD

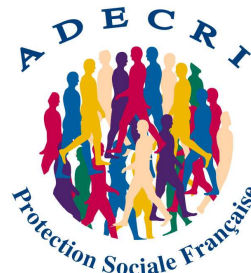
AREA TEMATICA: GOBERNANZA EN SISTEMAS DE SALUD

INTERCAMBIO II.1-1-2007: “REFORMA DEL SECTOR SALUD Y MODELOS/ESTRATEGIAS DE FINANCIAMIENTO EN SALUD: IMPLICACIONES Y PERSPECTIVAS PARA LA COHESIÓN SOCIAL”

INSTITUCIONES RESPONSABLES: INSP (MEXICO), IRD (FRANCIA)

COORDINADOR: DR. ARMANDO ARREDONDO
EMAIL. aarredon@insp.mx

 **FRANCIA**
DOSSIER NACIONAL SOBRE FINANCIAMIENTO Y REFORMA DEL SECTOR SALUD:



Punto focal = Xavier CHAMBARD, xchambard@gipspsi.org, + 33 – 155-30-17-04
www.gipspsi.org

Contacto institucion transferente = Laurence MOUREAU, moureau@adecri.org,
+ 33 – 147-427-149

Experiencia : papel del régimen general de la seguridad social en el financiamiento de la Salud en Francia.

1) RESUMEN EJECUTIVO:

En Francia, el financiamiento de la salud se organiza, articulándose en base a cuatro principales actores:

- los regímenes del Seguro de Enfermedad obligatorio que financian un poco más de tres cuartos de los gastos de asistencia sanitaria;
- el Estado y las colectividades locales (fundamentalmente gastos de prevención, CMU-Cobertura de enfermedad universal- y Ayuda Médica del Estado)
- los organismos de seguro complementario (las mutuas, las compañías de seguro privadas y los organismos de previsión)
- las unidades familiares

Es el seguro de enfermedad obligatorio que es el actor principal del financiamiento de la salud en Francia donde la afiliación a un régimen de seguro de enfermedad es obligatoria. Gestionada por los actores sociales bajo la tutela del Estado, el seguro de enfermedad constituye una de las ramas de la Seguridad social (que también reúne la familia y la vejez). El conjunto de la población está cubierto por el seguro de enfermedad, generalmente sobre una base profesional (asegurado) o familiar (derechohabiente). En Francia, la instauración del seguro de enfermedad se lleva a cabo por varios regímenes. El más importante es el régimen general de la seguridad social. Dicho régimen cubre los asalariados de la industria, del comercio y de los servicios – así como sus familias – o sea un 80% de la población.

El seguro de enfermedad se financia a través de las cotizaciones basadas en los sueldos y en los ingresos de actividades así como – en menor cantidad - mediante impuestos. En lo que se refiere a los asalariados, estas cotizaciones, directamente deducidas del importe del sueldo bruto, se comparten entre el trabajador y la empresa (a excepción de las cotizaciones para la familia, pagadas únicamente por las empresas). En resumen, la financiación de la protección social está constituida por un 70 % de cotizaciones, un 17 % de impuestos y un 13 % de aportes públicos. La parte del Impuesto se incrementó en los últimos años con la instauración de la contribución social generalizada (CSG) –cuyo rendimiento es hoy mayor que el del Impuesto sobre la renta- y de la contribución para el reembolso de la deuda social (CRDS). Estas dos contribuciones se perciben tanto en los ingresos del trabajo como en los del patrimonio.

Estructura del financiamiento del gasto en salud (en %)

	2002	2003	2004	2005
Seguridad social	77,1	77,4	77,3	77,1
Estado y administraciones locales	1,4	1,4	1,3	1,3
Mutuas	7,3	7,2	7,3	7,3
Seguro privado	2,8	2,9	3,1	3,1
Instituciones de previsión	2,6	2,6	2,6	2,5
Familiar	8,8	8,5	8,5	8,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente : *ministerio de la salud, Drees, comptes de la santé (base 2000).*

- 2) DESCRIPCIÓN SINTÉTICA DE LA EXPERIENCIA INCLUYENDO TIPO DE EXPERIENCIA (PLAN, PROGRAMA, POLÍTICA O PROYECTO) Y SUS PRINCIPALES EFECTOS E IMPACTO EN LA MEJORA DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y COHESIÓN SOCIAL PRECISANDO:

La experiencia que propone Francia para este intercambio en el papel del régimen general de la seguridad social en el financiamiento de la Salud.

A nivel nacional, la gestión del régimen general de la seguridad social se realiza a través de tres entidades:

- la Caja nacional de seguro de enfermedad de los trabajadores asalariados (CNAMTS) para la enfermedad, la invalidez y los accidentes de trabajo, representada en el territorio por 16 cajas regionales de seguro de enfermedad (CRAM) y 128 cajas primarias de seguro de enfermedad (CPAM) y 4 cajas generales de seguridad social (CGSS) en los departamentos ultramarinos.
- la Agencia central de los organismos de Seguridad Social (ACOSS) para la recaudación, representada en el territorio por 104 uniones para la recaudación de las cotizaciones de Seguridad social y de prestaciones familiares (URSSAF) y por las CGSS.
- La Unión de las cajas nacionales de seguridad social (UCANSS) que gestiona determinadas tareas comunes para la totalidad de la red (formación continua, gestión del patrimonio...)

Los recursos del seguro de enfermedad proceden de cuotas basadas – según los regímenes – en los salarios o en los rendimientos profesionales, y en una contribución que afecta a todos los rendimientos (incluso los rendimientos financieros), llamada contribución social generalizada (CSG). En el caso de cuotas basadas en los salarios, el cargo es compartido entre la empresa (cuota empresarial) y el trabajador (cuota salarial).

De manera general, las prestaciones del seguro de enfermedad se atribuyen al cabo de 120 horas de trabajo asalariado, dentro del mes que antecede la solicitud, o de 600 horas dentro de los seis meses anteriores. Estas reglas se adaptan al caso específico de las profesiones autónomas.

En ciertas situaciones como las enfermedades graves, la maternidad o los accidentes de trabajo, se cubren en totalidad o casi totalidad los gastos de salud. En los demás casos, el seguro de enfermedad reembolsa una parte de los gastos (parte que varía según el tipo de prestación) y deja a cargo del enfermo una parte del gasto, llamada “ticket modérateur”. Por eso, sistemas complementarios de cobertura de salud se instauraron progresivamente para asumir la totalidad o parte de los gastos dejada a cargo del paciente por el seguro de enfermedad.

La Cobertura Universal de Enfermedad (CMU) permite a los más pobres residiendo legalmente en Francia o en los departamentos de ultramar, beneficiarse de la protección de enfermedad de la seguridad social. En práctica, la CMU cubre dos categorías de beneficiarios:

- las personas careciendo de todo derecho al seguro de enfermedad o que han agotado los derechos a dicho seguro (situación cada vez más escasa, pero que sigue existiendo todavía),
- las personas que se benefician de una cobertura de salud con el seguro de enfermedad, pero cuyos bajos ingresos no les permiten conseguir un seguro complementario de salud. Se trata entonces de CMU complementaria (CMUC).

En Francia, el coste de una prestación de asistencia sanitaria se desglosa en dos partes:

- la tarifa de responsabilidad; se fija a través de un convenio concertado entre las cajas de seguro de enfermedad y los profesionales de la salud para las consultas y por vía reglamentaria para los medicamentos; sirve de base reguladora para el reembolso realizado a cargo del régimen de base y para el cálculo del eventual “ticket moderador” (parte del costo que corre a cargo del asegurado). El ticket moderador será asumido por el régimen de base o reembolsado por un organismo complementario o dejado a cargo del paciente:
- Los rebases autorizados bajo determinados requisitos, especialmente para específicos procedimientos médicos, quedan también a cargo del asegurado o pueden ser reembolsados por algunas coberturas complementarias.

Las prestaciones no reembolsadas se financian, principalmente, a través de las unidades familiares tal como, por ejemplo, la “automedicación”.

-EN EL CASO DE TRANSFERENTES;

LOS ASPECTOS POSITIVOS (ELEMENTOS O PROCESOS A REPETIR) =

Un sistema de salud solidario con un acceso igual a la asistencia sanitaria cualquiera que sea la renta

El Seguro de Enfermedad garantiza a todos los asegurados, como a sus derechohabientes, la cobertura de sus gastos de asistencia sanitaria, cualquiera que sea su renta y por ende su contribución al Seguro de Enfermedad. La cobertura de enfermedad universal (CMU) completó el acceso universal al Seguro de Enfermedad básico, permitiendo a decenas de miles de personas sin ningún régimen de afiliación, el acceso a la cobertura del régimen general.

La cobertura de la asistencia sanitaria constituye las prestaciones en especie. La tasa de reembolso medio es bastante elevada, y cambió sólo un poco en los últimos diez años.

Tasa media de reembolso observada

	1990	2001
Asistencia sanitaria en consultorios privados	78, 9%	78%
- Honorarios médicos	82, 9%	79, 8%
- Auxiliares médicos	84,7 %	84, 4%
- Farmacia	72,6%	74%
Establecimientos	97, 5%	97, 7%
Total de las prestaciones en especie	89 %	88,3 %

Fuente : informe de la « commission des comptes de la sécurité sociale » de septiembre 2003.

En cuanto a las prestaciones en metálico, son proporcionales a la renta, porque sirven para compensar la pérdida de renta (subsidio diario, pensión de invalidez).

Cada francés percibe más o menos, un promedio de 2 000 € al año de prestaciones del Seguro de Enfermedad.

Un sistema de salud eficiente

- El 99% o sea la casi totalidad de los franceses se beneficia del Seguro de Enfermedad, entre los cuales cerca del 85% a cargo del régimen general.
- Cerca de 6 millones de personas están cubiertas al 100%, para las afecciones de larga duración.
- 4,3 millones de personas se benefician de la cobertura de enfermedad universal (CMU).
- Se instruyen mil millones de solicitud de reembolso al año gracias a la tarjeta Vitale (carte Vitale), introducida en el 2000.
- El 79 % de los médicos de cabecera, el 65% de los enfermeros y el 68% de los kinesiterapeutas han procedido por teletransmisión.
- En 2003, se expedieron por vía electrónica unos 800 millones de hojas de asistencia.
- El 70% de los reembolsos se hace por vía electrónica.

Gasto centrado en el hospital y fuerte crecimiento del medicamento

Cada francés se gasta un promedio de 2 580 Euros al año por los gastos corrientes de asistencia sanitaria :

- El 27 % de este importe se dedica al pago de honorarios y cerca del 50% al pago del hospital.
- El 5% de las personas cubiertas por el Seguro de Enfermedad moviliza el 60% de los reembolsos.
- Los gastos médicos reembolsados por la Seguridad Social representaron 125 mil millones de Euros para 2003 :
 - El 51,5 % para los hospitales, clínicas públicas y privadas,
 - El 18,3 % para los honorarios médicos,
 - El 15,2% para los medicamentos,
 - El 7,4% para los subsidios diarios de enfermedad.

El simple medicamento representó un gasto de asistencia sanitaria de 18,5 mil millones de Euros, con más de 2,5 mil millones de envases reembolsados.

LOS ASPECTOS NEGATIVOS =

Desde algunos años, se está planteando un debate sobre la búsqueda de un modo de financiación para aliviar las cotizaciones basadas en los ingresos de actividades. Estas, en efecto, pesan sobre el coste del trabajo con el riesgo de perjudicar el empleo.

3) IDENTIFICACIÓN DE LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN MATERIA DE PRODUCCIÓN Y FINANCIAMIENTO EN SALUD, TANTO EN LO GENERAL COMO EN LO PARTICULAR.

La estructura de financiación del Seguro de Enfermedad se modificó profundamente a lo largo del último decenio. Poco a poco, se alejó de un sistema apoyándose sólo en las cotizaciones procedentes de las retribuciones y rentas profesionales.

La creación de la contribución social generalizada (CSG) en 1991 permitió ampliar la base de la renta sobre la cual se financia el Seguro de Enfermedad.

Como nuevo instrumento de financiación, este impuesto tiene como meta sustituirse a algunas cotizaciones salariales.

Así, no sólo los activos sino también los jubilados y algunas rentas del patrimonio están sometidos a la contribución social generalizada (CSG)

El Seguro de Enfermedad está financiado por :

- Las cotizaciones de empresa : 47, 2%
- CSG : 33,8%
- Transferencia del Estado : 6,7%
- Tasaciones afectadas : 2%
- Cotizaciones de trabajadores: 2,7%
- Otros : 7,6%

La parte financiada por los activos es preponderante : representa directamente el 75% de las recetas. Pero con el descenso previsto de la parte de los activos en la población francesa debida al envejecimiento de los niños del « Baby Boom », pueda que se planteen ciertas dificultades financieras por el Seguro de Enfermedad.

4) DETERMINACIÓN DEL ROL Y PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS EN LOS NUEVOS ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO EN SALUD.

Una contribución de los asegurados al Seguro de Enfermedad variable según su renta

Al principio, el acceso al Seguro de Enfermedad resultaba de una actividad profesional, y del abono de cotizaciones (caracterizando el asegurado), o del grado de parentesco con el asegurado (noción de derechohabiente).

Sobre esta base, se llegó poco a poco a un proceso de generalización de la Seguridad Social desde las Ordenanzas de 1945, para extender el campo de los regimenes obligatorios al conjunto de la población.

Hoy, la financiación del Seguro de Enfermedad se apoya esencialmente en las cotizaciones sociales proporcionales a la renta del trabajo y en la contribución social generalizada (CSG), sentada en una base muy amplia, compuesta por los rendimientos del trabajo y la renta de sustitución, así como por las rentas del patrimonio y la inversión o de ganancias de juegos.

Por consiguiente, un asalariado que percibe una renta íntegra de 1 300 € al mes contribuye con casi 2 891 € al año, a la financiación de la Seguridad Social. Por lo que se refiere a un ejecutivo con una renta de 3 000 € al mes contribuye con el importe de 6 673 € al año. Estas cifras

incluyen las cotizaciones patronales que forman parte de la contribución de los asalariados, siendo su peso considerado por la empresa a la hora de fijar los sueldos.

Para los jubilados, las personas sujetas al impuesto, la tasa de cotización es inferior (y nula para las personas no sujetas al impuesto). Una pensión íntegra de 1 000 € al año implica una contribución de financiación al Seguro de Enfermedad de 480 € al año.

Contribución mensual al Seguro de Enfermedad según la renta o la pensión (en euros)

Renta del trabajo

	Sueldo mensual íntegro		
	1 300	3 000	5 000
CSG (fracción Seguro de Enfermedad)	65	150	250
Cotización de trabajadores al Seguro de Enfermedad	10	22	37
Cotización de empresa al Seguro de Enfermedad	166	384	640
Contribución total al Seguro de Enfermedad	241	556	927

Pensión de jubilado (jubilado sujeto al impuesto)

	Pensión mensual íntegra		
	1 000	2 000	3 000
CSG (fracción Seguro de Enfermedad)	39	79	118
Contribución total al Seguro de Enfermedad	39	79	118

- 5) DETERMINACIÓN DEL ROL DE TODOS LOS AGENTES GUBERNAMENTALES Y PRIVADOS EN EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD A PARTIR DE LA REFORMA.

Un reparto institucional histórico entre el estado y los actores sociales

El preponderante papel del Estado

- ▶ **por su función legislativa**, el Estado garantiza su control sobre el conjunto del sistema. Se trata de determinar los principios fundamentales de la seguridad social a través de la Ley :
 - creación de un Régimen, definición del campo de aplicación y de los principios propios ;
 - determinación de la base reguladora de la financiación
 - definición de las grandes características de las prestaciones.

- ▶ **por su poder reglamentario**, el Estado fija las tasas y los modos de recaudación de los ingresos y los modos de cálculo de las prestaciones.

- ▶ **El Estado ejerce la tutela** sobre las personas y acciones, tutela que ha evolucionado ampliamente a favor de los instrumentos de concertación que son los convenios de objetivos y de gestión concertados con las Cajas nacionales, los conciertos suscritos con los hospitales y el medicamento.

- ▶ la generalización del seguro de enfermedad y la evolución de su financiación han conducido al **refuerzo del papel del Estado**.

El objetivo de generalización ha inducido la intervención del Estado, por una parte, **para la fijación y la armonización de las normas** y, por otra parte, para **garantizar el balance financiero entre las distintas ramas**, especialmente por medio de subidas de cotizaciones, de empresas y trabajadores, o por la rebaja de prestaciones así como por la creación y la atribución de un ingreso fiscal afectado al Seguro de enfermedad (la “CSG”)

Como consecuencia de esta evolución, el Parlamento, anualmente, vota sobre la financiación de la Seguridad Social (**Leyes de financiación de la Seguridad Social**) desde la Ley Constitucional de fecha 22 de febrero de 1996.

La Ley de financiación de la Seguridad Social fija las grandes orientaciones para el futuro año y especialmente, el **objetivo nacional de gastos de asistencia sanitaria (ONDAM)**. El “ONDAM” sirve después de referencia para la acción del Gobierno y del Seguro de Enfermedad dentro de sus relaciones con los actores componentes del sistema de asistencia sanitaria (profesionales de la salud, establecimientos sanitarios...)

La presencia histórica de los actores sociales

Los actores sociales gestionan los organismos de la seguridad social al nivel nacional y local, a través de su participación en los Consejos de Administración de estas cajas. Los modos de participación han frecuentemente evolucionado en el curso de la historia social del Estado. En 1982, se ha restablecido la preeminencia de los trabajadores asalariados y en el mismo tiempo se ha restaurado la elección de sus representantes.

Desde 1996, los Textos vuelven a establecer la estricta paridad entre Administradores del Régimen general: los Administradores representando las empresas y los autónomos son designados por las organizaciones profesionales de empresas.

Los Administradores de los trabajadores asalariados son en consecuencia designados por cinco confederaciones sindicales de trabajadores asalariados representativas al nivel nacional (CGT, CFDT, FO, CGC, CFTC).

La clarificación de los papeles entre el estado y los actores sociales

Si las políticas del hospital y del medicamento son competencia del Estado, lo que se refiere a la asistencia en los consultorios médicos privados pertenece a los Convenios concertados entre las Cajas de Enfermedad y los sindicatos de los profesionales particulares de la salud. El campo de aplicación de estos convenios ha sido regularmente ampliado para dar más competencias a los actores convencionales. Así, el convenio con los médicos puede tratar de la Formación Continua, de la evaluación y de referenciales de prácticas, de las diferenciaciones en remuneraciones en función de las prácticas, del ejercicio en redes y de la coordinación de la asistencia.

Agencia central de los organismos de seguridad social

La ACOSS es el organismo nacional de la rama recaudación de la seguridad social, que federa el conjunto de las Urssaf (Union para la recaudación de las cuotas de seguridad social y subsidios familiares). Además de la recaudación de las cuotas, asume también la gestión de los flujos financieros y de la tesorería de la seguridad social. Aunque no generen directamente prestaciones, al contrario de otras ramas, la ACOSS y las Urssaf constituyen el núcleo central de un conjunto de dispositivos novadores, como la gestión de las exoneraciones a favor del empleo o el desarrollo de los empleos familiares.

La Agencia central de los organismos de seguridad social federa los organismos encargados de la recaudación de las cuotas del régimen general. De este modo, la rama recaudación reúne:

- 102 Urssaf en Francia metropolitana,
- 4 cajas generales de seguridad social en los departamentos de ultramar,
- 8 centros de tratamiento informático.

El papel principal de la rama recaudación cubre tres grandes ámbitos:

- Asegura la colecta de las cuotas y de ciertas contribuciones esencialmente destinadas al régimen general de la seguridad social. Las contribuciones colectadas por la rama recaudación son, entre otras, la contribución social generalizada (CSG) y la contribución al reembolso de la deuda social (CRDS).
- Organiza el reparto y la transferencia de los fondos así colectados entre las varias ramas del régimen general de la seguridad social (enfermedad, accidentes de trabajo, familia y vejez).
- Asegura la gestión de la tesorería de la seguridad social.
- Dicho papel incumbe especialmente a la ACOSS que centraliza las cuotas recaudadas por las Urssaf.

Caja nacional de seguro de enfermedad de los trabajadores asalariados (CNAMTS)

Creado en el año 1945, el régimen general del seguro de enfermedad – cuya Caja Nacional es la CNAMTS - se basa en tres principios fundamentales : la igualdad de acceso a la asistencia

sanitaria, la calidad de los servicios médicos y la solidaridad. Hoy día, cubre a 50 millones de asegurados y sirve unos 120 millones de euros de prestaciones de enfermedad, maternidad y accidente de trabajo.

El mayor asegurador de Francia

Régimen obligatorio, el Seguro de Enfermedad es la rama de la Seguridad social que cubre los riesgos de enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, invalidez y muerte, a favor de los trabajadores asalariados y de sus derechohabientes. Así, es el mayor asegurador social de Francia.

En efecto, cubre casi el 85 % de la población – o sea unos 50 millones de afiliados – y sirve el 80 % de las prestaciones de enfermedad.

El Seguro de Enfermedad asume el reembolso de la asistencia sanitaria y el pago de los ingresos de sustitución (subsidio diario por enfermedad, maternidad o accidente de trabajo y enfermedades profesionales).

El importe anual de las prestaciones pagadas alcanza los 120 mil millones de euros. El 52 %, o sea más de la mitad, representa los gastos de hospitalización en hospitales públicos y privados y en establecimientos médicosociales. Los medicamentos constituyen la segunda partida de gastos más elevada, con más de 2 mil millones de envases reembolsados por un total de 16 mil millones de euros.

Entre los asegurados cubiertos, se cuentan 7 millones de personas afectadas por una enfermedad de larga duración (enfermedad cardiovascular, diabetes, tumor maligno, etc.) que se benefician, en concepto de dicha enfermedad, de un reembolso del 100 % de todos los gastos ocasionados por ella.

Por último, 4,3 millones de personas de bajos ingresos se benefician de una cobertura del 100 % a través de la Cobertura de Enfermedad Universal Complementaria (CMUC) asumida por el Seguro de enfermedad u otros organismos.

Mil millones de reembolsos por año

El Seguro de Enfermedad tramita unos mil millones de solicitudes de reembolso por año, con una progresión anual del 5,5 % desde el año 1999. Los establecimientos médicos y los profesionales de la salud tele transmiten más del 74 % de las solicitudes, a través de la tarjeta Vitale o de otros medios de tele transmisión.

Gracias a la informatización – el Seguro de Enfermedad es uno de los mayores usuarios de materiales informáticos – los reembolsos transmitidos por la tarjeta Vitale se realizan en un plazo de una semana.

Por otro lado, casi las dos terceras partes de los asegurados no deben adelantar el importe de los gastos sanitarios (llamado “tiers payant”) y alrededor del 60 % de ellos ve una simplificación de sus reembolsos, al encargarse el Seguro de Enfermedad de la transmisión directa de las hojas de reembolso al organismo de seguro complementario (mutua, seguro privado...).

Un organismo descentralizado

En términos jurídicos, la CNAMTS es un establecimiento público, con carácter administrativo, tutelado por el Ministro de Salud y de Solidaridades y el Ministro de Economía y Hacienda.

Define las orientaciones estratégicas de la rama enfermedad de la Seguridad Social y encabeza una red descentralizada que agrupa :

- 128 Cajas Primarias del Seguro de Enfermedad (CPAM) en la Francia metropolitana
- 4 Cajas Generales de Seguridad Social (CGSS) en los departamentos de ultramar
- 16 Cajas Regionales del Seguro de Enfermedad (CRAM)
- 22 Uniones Regionales de Cajas del Seguro de Enfermedad (URCAM)
- 3 Uniones de Gestión de Establecimientos de Cajas del Seguro de Enfermedad (UGEAM)

Para acoger a los afiliados, dispone de 5.500 oficinas de información repartidas por todo el territorio nacional que atienden a 40 millones de usuarios al año, y de 76 centros de informaciones telefónicas que contestan al 94 % de las llamadas, con un promedio de 2 millones de llamadas por mes.

El Seguro de Enfermedad emplea a 107.000 asalariados entre los cuales se cuentan 2.800 informáticos, 2.500 inspectores profesionales (médicos, odontólogos, farmacéuticos), 620 delegados del seguro de enfermedad y 276 inspectores ingenieros en los riesgos profesionales.

Un oficio: gestor del riesgo

Además de la gestión de los reembolsos, la CNAMTS, el actor central del sistema de asistencia sanitaria, define políticas de gestión del riesgo para mejorar el estado sanitario de la población, aumentar la calidad del servicio prestado por el sistema sanitario, potenciar su eficacia y controlar la evolución de los gastos sanitarios velando, al mismo tiempo, por la adecuación de dichos gastos con los recursos públicos que le están asignados.

Con este fin, desarrolla una importante política de convenios con más de 250.000 profesionales de la salud, define y promueve acciones de prevención e información hacia los asegurados, interviene en la cobertura colectiva de la asistencia sanitaria, y participa en la organización del conjunto de la oferta sanitaria.

Regímenes complementarios de salud y cobertura universal de enfermedad.

Regímenes complementarios de salud

Más del 50 % de las personas tiene cobertura por una mutua, en el marco de las empresas, con financiamiento compartido entre el trabajador y la empresa. Algunos seguros privados e instituciones de previsión gestionan también unos regímenes complementarios de salud. Según los contratos concluidos y el importe de las cuotas, los afiliados tienen reembolsos más o menos importantes del “ticket moderador” (parte de los gastos no reembolsada que queda a cargo del afiliado).

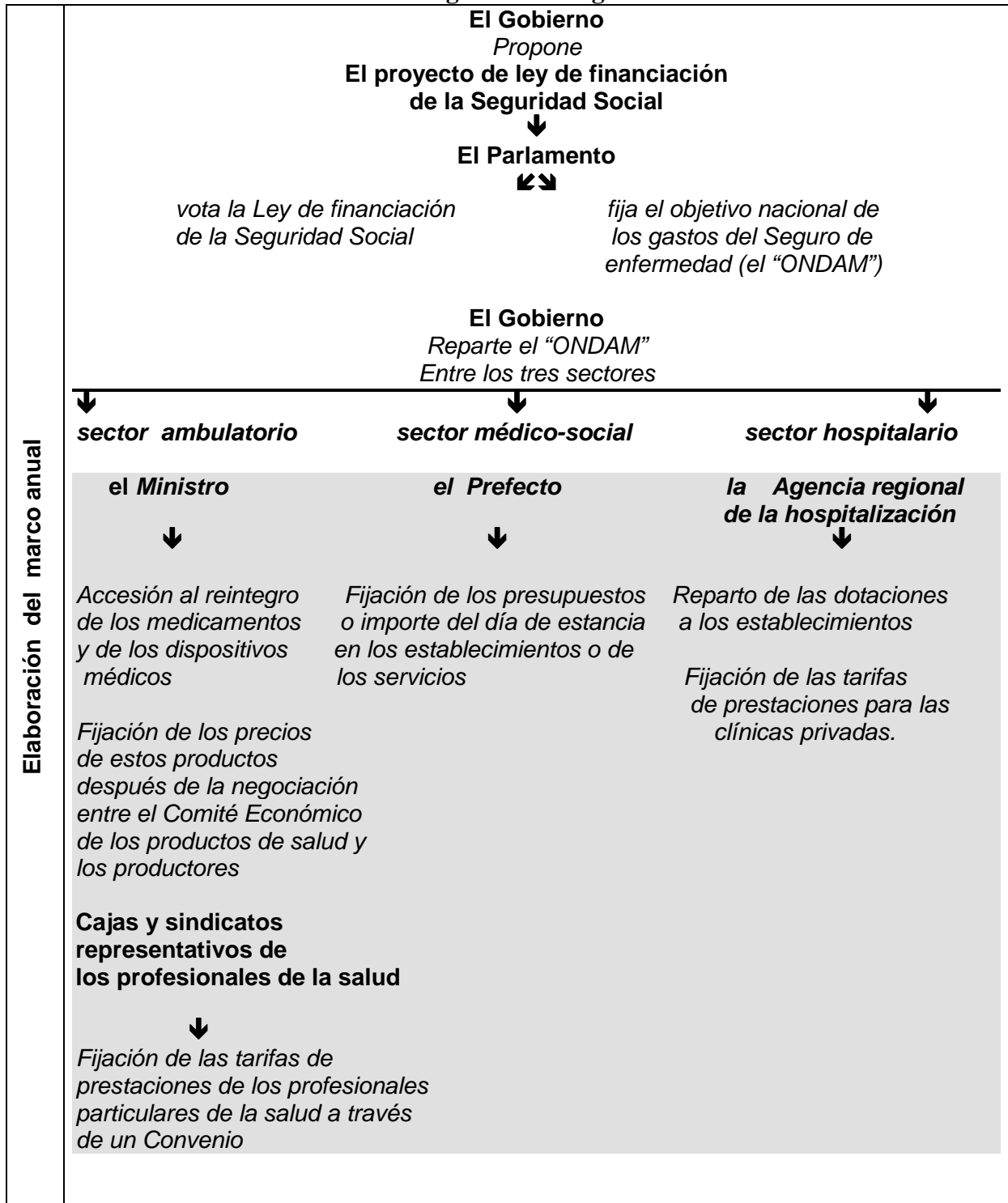
Cobertura universal de enfermedad.(CMU)

La CMU cubre a todas las personas, que residan legalmente en Francia y que se encuentren sin derecho a la cobertura de asistencia sanitaria o cuyos medios económicos no le permitan tener acceso a una protección complementaria en materia de salud. Hoy cubre a más de 4 millones de personas, bajo el concepto de la CMU básica o bajo el de la CMU complementaria. La primera otorga prestaciones similares a las de la Seguridad Social y la segunda asume también el coste del “ticket moderador”.

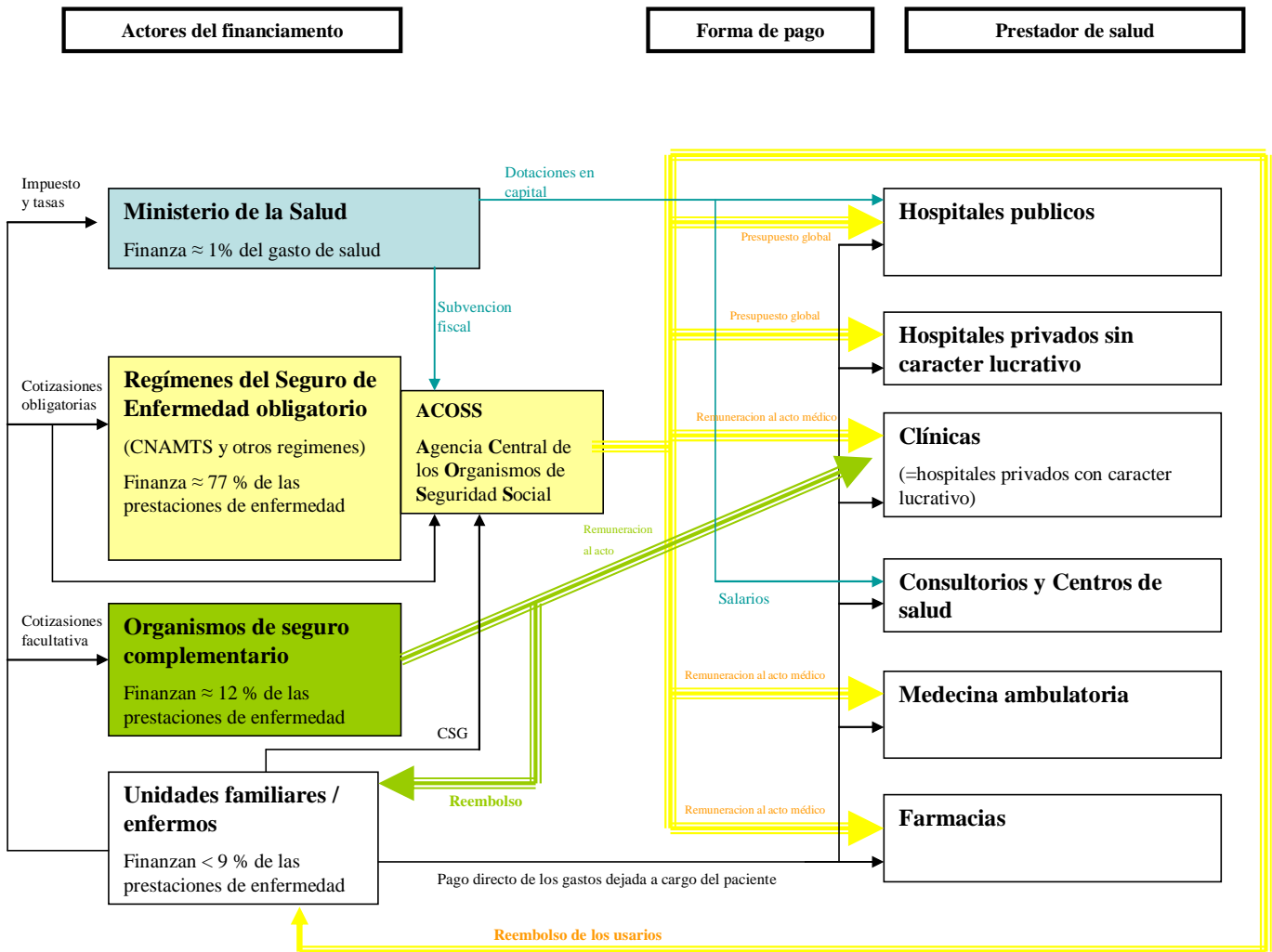
6) DESCRIPCIÓN DEL MODELO CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LA ESTRATEGIA DE FINANCIAMIENTO

Al crearse la Seguridad Social, Francia se inspiró más del modelo de Bismarck (Seguro colectivo y profesional) que del modelo de Beveridge (solidaridad universal). En el transcurso de los años, la dimensión de solidaridad (bajo la forma de las prestaciones no contributivas) va paulatinamente desarrollándose en el sistema francés cuyo fundamento sigue residiendo no obstante en la noción de seguro.

El actual marco de gestión del seguro de enfermedad



CIRCUITOS DEL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD EN FRANCIA



7) ANEXOS CON 1-3 DOCUMENTOS CLAVE QUE PERMITAN IDENTIFICAR A MAYOR PROFUNDIDAD LA OFERTA O DEMANDA DEL INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS

El organismo transferente es la Caja nacional de seguro de enfermedad de los trabajadores asalariados cuya la cooperación al intercomunal se hace a través de la ADECRI que es la Agencia para el Desarrollo y la Coordinación de las Relaciones Internacionales de las cajas de seguridad social. La ADECRI es miembro del GIP SPSI (Grupo de Interés Público par la Salud y la Protección Social Internacional) que es el punto focal de Francia para EUROsocial Salud.

Presentación de la Agencia para el Desarrollo y la Coordinación de las Relaciones Internacionales (ADECRI) :

Integrando doce miembros fundadores- entre los cuales las cajas nacionales del régimen general y determinados regímenes especiales así como la Escuela Nacional Superior de Seguridad Social (EN3S)- la ADECRI constituye como operadora, la “cabeza de la red” de la Acción internacional de la Seguridad Social francesa. También asegura una presencia en las instancias europeas por medio de la “REIF” (Representación de las Instituciones francesas de Seguridad Social acerca de la Unión Europea”) e impulsa acciones de cooperación en el marco de la Protección social.

Unión de esfuerzos de las Cajas de la seguridad social

La “ADECRI” ha sido fundada en 1995 con el fin de atender unas demandas crecientes respecto a intercambios y cooperación, orientadas a los Regímenes principales de Seguridad Social en Francia. Estas demandas estaban especialmente centradas en las características propias del sistema francés, en los conocimientos técnicos en gestión y en los peritajes técnicos específicos adquiridos por los equipos de alta dirección.

Así la dedicación principal de la ADECRI es unir los esfuerzos de las Cajas y de las Uniones de Cajas Nacionales de la Seguridad Social para atender con eficacia las demandas que necesiten una intervención coordinada de diversos organismos.

Para eso la “ADECRI”:

- participa en los proyectos de reconstrucción o de reforma de sistemas de protección social,
- realiza auditorias organizacionales, económicas, sociales o de formación de los sistemas extranjeros,
- crea centros de formación, elabora carreras y programas de formación, forma a los formadores,
- organiza viajes de estudios o misiones técnicas en Francia y en el extranjero sobre la gestión de sistemas complejos,
- organiza seminarios en Francia y en el extranjero, esencialmente en materia de protección social internacional,
- establece “emparejamientos”/intercambios entre cajas francesas y organismos de Seguridad Social extranjeros,
- desarrolla colaboraciones con instituciones o sociedades extranjeras

Campos de intervención muy diversos

La ADECRI, apoyándose en una red de peritos procedentes de diversos organismos participantes, interviene en un campo muy amplio:

- gestión previsional de los recursos humanos,
- organización contable y financiera,
- auditorias de funcionamiento,
- formación de formadores y de especialistas,
- implementación y evaluación de sistemas informáticos,
- actuaría,
- supervisión social y económica ,
- etc...

Gracias a su equipo permanente, puede coordinar los diversos aspectos de un proyecto, desde la selección de las llamadas a licitación y contestación a estas hasta el seguimiento y evaluación de las acciones, pasando por la organización y el seguimiento administrativo y económico de las misiones o también de las acciones de comunicaciones y de relaciones públicas en Francia y en el extranjero.

Refiriéndose a este último asiento, la “ADECRI” asegura la difusión -en diversos idiomas- de informaciones sobre el sistema francés de protección social. Implementa, particularmente una página Web integralmente dedicada a la presentación de este sistema.

Presentación del GIP SPSI

El Grupo de Interés Público (GIP) Salud y Protección Social Internacional (SPSI) se dedica a la federación, al apoyo y a la facilitación del desarrollo de la oferta francesa en materia de Cooperación Internacional en el campo sanitario y social.

En el Convenio constitutivo del Grupo de Interés Público (GIP) Salud y Protección Social Internacional (SPSI) aprobada por la Orden Ministerial de 12 de mayo de 2005, se define este como “*una plataforma para intercambios estratégicos y de informaciones mutuas entre operadores públicos, parapúblicos y privados*”, encargado de “*asegurar la implementación acerca de los Estados asociados y de las Instituciones extranjeras de acciones de cooperación y asistencia técnica en los ámbitos de la salud y de la acción social*”.

Para eso, agrupa a los principales actores franceses interesados. Sin sustituirse a los mismos, desempeña diversas misiones también definidas en el Convenio constitutivo del GIP:

- Desempeño de una función de peritaje, asesoramiento, apoyo logístico, publicación, formación y en su caso, de coordinación acerca de los miembros del GIP;
- Identificación de las necesidades de asistencia técnica de los países ajenos, por medio de misiones exploratorias en el extranjero, tomando en cuenta los objetivos prioritarios asignados por los poderes públicos;
- Estimulación para una contestación por parte de Francia a programas de cooperación financiados por entidades internacionales;
- Asesoramiento y apoyo a miembros del GIP en los trámites acerca de las entidades internacionales y de los países ajenos o demandantes: confección de expedientes, de llamadas a candidaturas, contactos con los responsables, etc...;
- Facilitación para poner en ejecución los requisitos necesarios con objeto de aportar una contestación coordinada cuando por ninguno de los miembros se puede contestar directamente a una demanda o a una llamada a licitación;
- Facilitación, en su caso, para constituir agrupaciones de operadores franceses con otros operadores europeos para intervenir en un país demandante.

Cada uno de los miembros de dicha unión queda libre de sus operaciones.

Una vez terminada la fase de instauración de la acción, no es el GIP sino el miembro o los miembros interesados que la realizará.

Son miembros del GIP SPSI :

- el Ministerio de Salud y Solidaridades,
- el Ministerio de los Asuntos Extranjeros,
- el Ministerio de Economía, Hacienda e Industria,
- la Agencia para el desarrollo y la coordinación de las relaciones internacionales (Adecric) que integra las Cajas Nacionales de la Seguridad Social y el Centro Nacional de Estudios Superiores de la Seguridad Social,
- la Escuela de Salud Pública (ENSP),
- la Federación Hospitalaria de Francia (FHF),
- la Federación Nacional de la Mutualidad Francesa (FNMF)