

Dr Le Faou
UE10 : Santé, Société, Humanité
Le 3/05 de 13h30 à 15h30
Ronéotypeur : Guillaume Lingas
Ronéoficheur : Thomas Lehrmann

Cours n°5 : Organisation des systèmes de santé et comparaison avec d'autres pays

La prof a accepté de relire la ronéo, modifications blablabla facebook blablabla

Suivez l'actualité, ça permet de réviser (#Présidentielles)

L'examen se fera sous forme de QCM et aucun QCS.

Plan :

Introduction

I) Les contraintes financières

II) Les décisions

III) La place de l'hôpital

IV) Les soins primaires

V) La place du médecin

Introduction

L'organisation de la santé diffère selon chaque pays, en dehors des données démographiques (par exemple un pays où il y a une majorité de jeunes sera radicalement différent de la France). Ces différences se font selon certains critères :

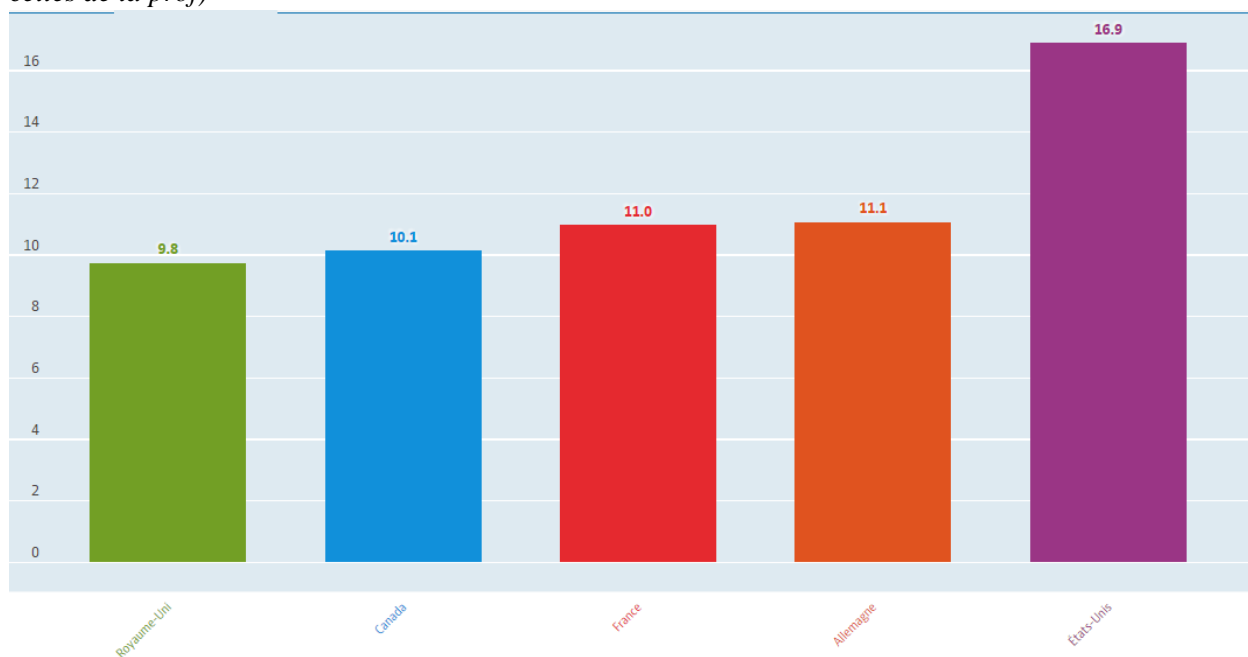
- Le fonctionnement politique. Soit toutes les décisions s'appliquent dans un même pays, soit chaque région peut avoir un système de santé différent (ce qui se voit dans beaucoup de pays riches). Ce fonctionnement se rapproche de celui des pays qui ont un gouvernement fédéral et les autres pays. Les différences peuvent s'exprimer entre chaque région
- La philosophie de protection sociale. Nos dépenses sociales sont les plus élevées au monde et de ce fait, on consacre beaucoup d'argent tant à la santé que les autres branches qui correspondent à la protection contre des risques sociaux.
- Une politique de santé publique. Des pays s'orientent plus vers les déterminants de la santé, c'est à dire ce qui va conduire à une amélioration de la santé (conditions de vie, nutrition, éducation) et d'autres pays consacrent plus d'argent à ce qui est système hospitalier et soins de nature curative.

I) Les contraintes financières

Elles s'appliquent pour :

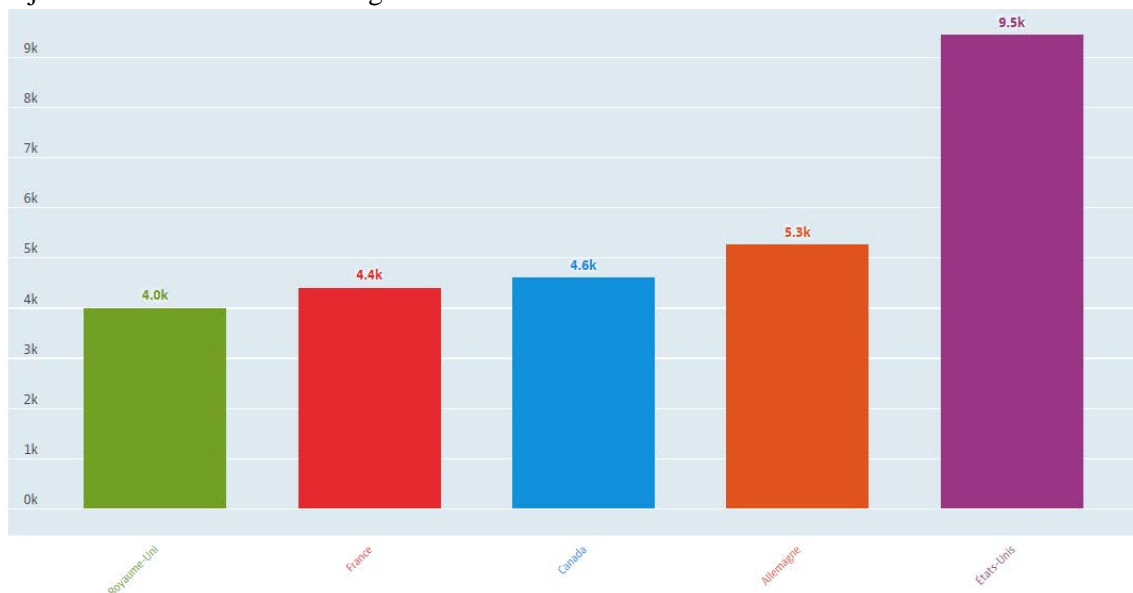
- **L'Etat**, qui finance la fonction publique, la protection sociale en tant qu'employeur, les contributions employeurs des fonctionnaires et l'Aide Médicale d'Etat, pour les gens qui n'ont pas d'assurance maladie.
- Un **système de solidarité** pour lequel tout le monde paie (l'Assurance Maladie en France)
- Un **système d'assurances privées**
- Les **entreprises** (aux USA, ce sont elles qui proposent des contrats de santé)
- Les **habitants** (ménages)

On compte les dépenses de santé, en % du PIB, fournies par l'OCDE (*retenir les ordres de grandeur, je n'ai pas les diapos de la prof, mais ce sont les données officielles de l'OCDE, qui sont les mêmes que celles de la prof*)

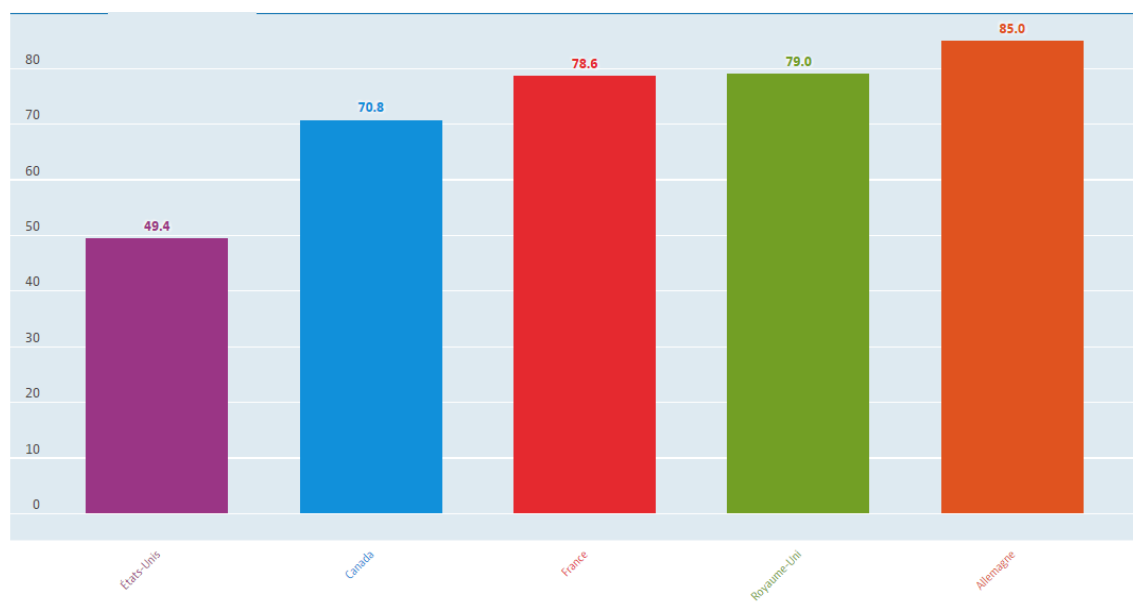


Les USA sont le pays le plus dépensier : si on prend tout le monde à la même monnaie, on utilise la Parité de Pouvoir d'Achat : les dépenses de santé sont beaucoup plus élevées par personne. Ceci est dû au prix des soins qui est considérablement plus élevé que dans tous les autres pays (100\$ à consultation, 150-200\$ pour les examens complémentaires)

En Allemagne les dépenses sont plus élevées par personne et au RU, ça monte progressivement pour rejoindre la France et l'Allemagne



Pourcentage des dépenses publiques dans le financement du système de santé



Il est très rare d'avoir des pays où tout le système est privé, même aux USA où la moitié est payée par des dépenses publiques (on pourrait financer tous les soins du RU avec ce que les Etats américains paient). En Allemagne, on a 85% de dépenses publiques, France > 75%, RU 80%. On n'atteint pas les 100% au RU car il y a des assurances privées, même si on pense que tout est payé par l'Etat.

II) Les décisions

L'Allemagne est un pays qui est fondé sur **l'assurance sociale**. Les réformes viennent de l'Etat et des caisses de sécurité sociale, mais de plus en plus de l'Etat, qui intervient sur le système d'assurance sociale pour le pousser à se réformer (en particulier depuis 2010).

Les **financeurs** sont essentiellement **les caisses d'assurance maladie**, qui ont des conventions avec les associations de médecins et on leur donne de l'argent à gérer. Si les médecins réalisent un acte très souvent, la valeur de l'acte **baisse**, et donc ils régulent les dépenses de santé au niveau de la **médecine ambulatoire**. Il y a un ministre de la santé dans chaque land, et on peut avoir une variation des soins selon le land où on est, car il y en a qui sont riches (la Bavière, région de Hamburg) et la plus pauvre est autour de Berlin. Les soins proposés sont donc fonction de la situation géographique. L'Etat fédéral essaie de gommer cette différence et donc d'empêcher l'installation de nouveaux médecins dans les lander de l'Ouest (la région la plus riche)

En **France**, **l'Etat** décide de beaucoup de choses : la formation des professionnels de santé, le fonctionnement et le financement des établissements de santé (privés ou publics), définit l'organisation de soins (loi sur l'assurance maladie et parcours avec le médecin traitant), les prix des médicaments et enfin la loi sur le financement de la Sécurité Sociale. Exemple : les prix des médicaments de l'Hépatite C ont baissés, donc on a une part médicamenteuse moins élevée dans la CSBM.

Les **financeurs** sont essentiellement **les caisses d'assurance maladie**. Il existe une convention (2016) entre les médecins et les caisses d'assurance maladie (depuis le 2 mai il y a eu la hausse du prix de la consult des généralistes à 25€ youuuuhouuuuu). Il y a la possibilité d'avoir des forfaits pour la prise en charge de certaines pathologies.

On peut **marquer des points** pour certaines pathologies, par exemple le diabète : si le médecin fait tous les exams cardio, ophtalmo etc, il marque des points et peut avoir une rémunération complémentaire de 7000€/par an.

Le Royaume-Uni : c'est **l'Etat qui décide** depuis 1948, date de la création de la sécurité sociale et à l'intérieur, le système national de santé. Il y a des **contrôles de dépense à tous les niveaux**.

On donne aux médecins installés une **autonomie de gestion** : de l'argent à gérer eux-mêmes pour acheter des soins pour leurs patients. Les médecins anglais sont rémunérés à la tête (au nombre de patients, de critères d'âge, de maladies dans la région). Cela ne touche **que l'Angleterre** car chaque pays a son système de santé (Pays de Galles, Irlande du Nord, Ecosse).

Aux USA : Il existe des systèmes depuis 1965, **Medicare** pour les personnes âgées et **Medicaid** pour les personnes pauvres. L'Etat intervient systématiquement pour ce qui touche Medicare, mais pour Medicaid, c'est fonction de chaque état. Les systèmes les plus développés sont ceux de l'Est (Californie et Hawaii). Mais rien n'est complètement gratuit : même les gens bénéficiant de Medicaid doivent payer quelques dollars. Les financeurs sont **les assureurs**, qui font des pressions sur les hôpitaux et les médecins pour contrôler les coûts (un professionnel de santé n'est pas complètement indépendant)

Obamacare (Affordable Act), qui date d'il y a 7 ans :

Même les Républicains allaient voter contre Trump qui voulait le supprimer, donc il a baltringué son idée. Il a maintenu **l'obligation de souscrire à une assurance santé** et trouve les médicaments trop chers, donc considère qu'il faut **renégocier les prix des médicaments** (rejoint les démocrates).

Son 1^{er} décret a été de permettre aux assureurs (2000 compagnies d'assurance) de vendre des assurances santé dans plusieurs états mais à des prix comparables car tous les états n'ont pas les mêmes moyens (les cotisations entre 2 états pouvaient différer énormément, jusqu'au double). Mais toujours pas de soins pour les immigrés ou les clandestins, ce qui existait avant (il fallait 5 ans sur le territoire avec un travail pour pouvoir prétendre à une assurance santé). Maintenant on joue aux JO avec la santé : il y a des plans Bronze, Argent, Or, Platine, suivant ce qu'on paye (mais au fond cela existe dans tous les pays). Même le vice-président des USA, Mike Pence, a appliqué le système pour les précaires dans son état, alors qu'il est toujours refusé dans certains états.

Le plan Obama devait couvrir 95% de la population dans un délai de 10 ans, et en 2015 la cour suprême des USA a obligé tous les états à adopter la réforme et depuis on ne trouve pas d'argent. Le point positif est qu'il y a **15 millions de personnes couvertes en plus** (mais toujours loin des 50 millions non couverts).

Chez nous, c'est **l'Etat qui décide** quasiment de tout, les régions n'ont pas grand-chose à dire sur leur financement et leur programme de santé publique.

Tous les ans, les députés/sénateurs étudient les **projets du financement de la sécurité sociale**. En septembre, la cour des comptes constate qu'on est en déficit (*surprise générale, on s'y attendait pas du tout*), en octobre on prépare la loi de financement de la sécurité sociale, pendant 2 mois on discute et le 31 décembre, le gouvernement fait passer la loi avec ce qui change.

Depuis quelques mois, il y a un **débat sur le tiers-payant**, car les médecins n'ont pas vraiment le temps d'aller chercher leur argent auprès de pleins de mutuelles différentes.

Ce qui a été fait :

- La CMU-C devient la PMU
- L'aide à la complémentaire santé
- Le tiers payant reste tout de même d'actualité : Les médecins traitants pourraient le demander pour les personnes à 100% et les femmes enceintes auprès du médecin conseil de la Sécurité Sociale
- Un numéro national unique joignable 24/7

Il y a des tarifs sociaux pour les soins dentaires et les lunettes ainsi qu'un service public d'informations sous forme de plateforme multimédia « GPS Santé ».

III) La place de l'hôpital

Pays	Tarifcation à l'activité (T2A)	Certification	Restructuration
Allemagne	oui	Non	Oui (vente d'hôpitaux publics). Encore beaucoup d'établissements hospitaliers
France	oui	Obligatoire Recommandations	Oui. Ex : cliniques Commerciales ; Hôpitaux : groupements hospitaliers de territoire dans la loi de modernisation
Royaume-Uni	Non : best practice tariffs Achat de soins	Star system	Oui Chirurgie ambulatoire +++
Etats-Unis	Oui. <i>Medicare</i> Achat de soins	Volontaire Pays précurseur	Permanente Chirurgie ambulatoire

La France, en plus de regrouper des hôpitaux, en détruit et en reconstruit (Bichat)

Au Royaume-Uni, les hôpitaux ont un système d'étoiles (style Michelin en France).

Aux Etats-Unis, tout est récupéré (au sens avoir les documents) grâce à un dossier informatique à cause de la défensive médecine : des avocats sont à la sortie de l'hôpital pour savoir si on a quelque chose à reprocher à l'hôpital pour pouvoir leur faire des procès.

Aux Etats-Unis on hospitalise le moins possible et en France, il y a des dispensaires à côté de l'hôpital pour les gens qui ont besoin de soins mais pas forcément une urgence pour éviter d'engorger le service des urgences.

IV) Les soins primaires

Ce sont les soins ambulatoires.

Pays	Contrôle de l'installation	« Gate-keeping »	Exercice pluriprofessionnel
Allemagne	Oui	2006 Franchises	Oui mais non coordonné
France	Non (projets)	Non obligatoire mais ticket modérateur augmenté en dehors du parcours de soins	dans les maisons médicales
Royaume-Uni	Oui	Oui	Oui, <i>Primary care groups (trusts)</i> évoluant en <i>Clinical commissioning groups</i> en Angleterre
Etats-Unis	Incitations	Oui, dans les MCO	Oui. Physician assistants

Ce tableau date de l'année dernière, la seule différence est que les Primary Care Trusts sont devenus des Clinical Commissioning Groups (encore plus d'autonomie financière)

En **Allemagne**, il y a un gros **contrôle de l'installation** : on ne peut s'installer dans une région que **s'il manque** un médecin ou une spécialité.

De plus, les associations de médecin n'ont pas d'intérêt à accueillir plus de médecins car ce sont eux qui **auto-gèrent l'argent** versé par les caisses d'assurance maladie (au nombre de 120) en le partageant donc plus de médecins implique de diminuer son revenu. Le gouvernement fédéral a interdit aux caisses d'assurance maladies de choisir les bons clients, ceux qui ne risquent pas de coûter de l'argent. Si des caisses prennent plus de risques en acceptant ces clients, il y a **des compensations financières** entre les caisses et elles peuvent augmenter les cotisations légèrement.

Il existe aussi un **tiers-payant complet** mais il existe des franchises (10€ par trimestre) pour éviter que les gens n'aient recours au médecin pour rien.

En **France** depuis 20 ans il y a un contrôle de l'installation mais ça n'a pas trop fonctionné. Il y a de moins en moins de généralistes et de plus en plus de spécialistes.

Au RU, le médecin de ville décide tout, car il a l'argent.

L'Angleterre a le leadership national pour tester ses achats de soins dans une **logique de marché**. C'est à celui qui proposera les soins les plus rapides (surtout), les plus performants.... Pour essayer de **résorber les listes d'attentes** (en plus d'un numéro national joignable 24/7 déjà mis en place). Les hôpitaux non performants ferment. Les médecins achètent, choisissent la structure qu'ils veulent (privée ou publique), et ils sont attendus au tournant pour rendre des comptes car on veut des économies.

L'argent versé aux Clinical Commissioning Group s'élève en tout à **25 milliards de £** : 10 Milliards de £ données aux généralistes, et 15 M données pour la santé publique. Il existe également des **primes à la qualité** : si les médecins améliorent les services de santé achetés, on leur donne de l'argent (vaccination, faire rentrer les personnes en situation précaire dans le système de santé, réduction de la mortalité prématurée, amélioration de l'accès aux psychothérapies, éviter que les gens aillent à l'hôpital pour rien, signaler un effet indésirable de médicament).

Aux USA, on peut se faire payer ses études de médecine (qui coutent 15000\$ par an, donc il y a de la clientèle) si on accepte de travailler dans un état où il y a peu de médecins. Le médecin peut être aidé par des infirmiers bien formés (ex : questionnaires aux patients dans la salle d'attente). Il y a beaucoup de généralistes ou assimilés (family doctors, l'équivalent pour eux de généralistes, car le système est différent). Ensuite on peut trouver des *internists* qui ont des années d'études supplémentaires et enfin des *subspecialists* qui ont encore plus d'études à faire (donc c'est beaucoup plus long)

L'ambulatoire est priorisé au Royaume-Uni et aux USA, alors que l'hospitalier l'est en France et en Allemagne, où l'on trouve beaucoup d'exercice individuel

Enfin, on trouve de **nouveaux métiers** : les *bed managers* qui ont pour but de faire sortir le plus vite le patient vers les soins de ville pour libérer un lit et en prendre un autre, augmentant ainsi l'activité (*ex : Bichat*).

V) La place du médecin

Elle dépend ce qu'ils font (le contenu de leur profession), de leur niveau d'activité (les nouvelles générations travaillent moins, en ce moment 55h/semaine pour un généraliste). On augmente le recrutement mais on essaie de faire évoluer le contenu : les opticiens sont autorisés à renouveler les verres et à mesurer l'acuité visuelle, les ophtalmos ont des orthoptistes qui font toutes les mesures et eux ne font que des fonds d'oeil rapides, les échographies sont de plus en plus faites par des infirmiers formés etc.

Dans l'avenir, on sait qu'on aura des formes d'exercices plus collectives, interprofessionnelles et que de toute façon, il y a de moins en moins de médecins qui veulent s'installer.

Dédicaces :

- A Vic, qui arrive à me supporter je ne sais pas comment
- A Hermine et Chloé, qui se battent pour mes pin's (et bravo à l'instable pour avoir chopé mon frère)
- A Talya, courage pour ton BDL !!!
- A Roxanne, ma voisine dont le hall d'entrée est plutôt confortable à 5h du mat
- A Khaled, on va se les faire cette chicha et ce Burger King un jour ;)
- A Falafel.com, ma compatriote de médecine-sciences, qui est obligée de me côtoyer depuis le début de l'année, et à ses 25000000 pétages de câbles par jour et nos chawarmas
- A toute la team du tuto de l'année prochaine, Boamale, The Dude, Adrien, Melena (et Ada aussi, oui je suis lourd mais il va falloir me supporter <3), Melany, Bienvenue, La rousse, le brun, François, et enfin mes frères et soeurs superviseurs : la bombe Waqatomique, Maati, et la CM qui passe sous le bureau <3
- A mes 2 mamans et mes 2 papas, Wahib, Julien, Aude et Anne-K

Et en ce beau dimanche 7 mai, je vais faire forcer mon vote pour Lassalle, bisous

Ronéo 13 UE10 Santé Publique Cours 5