

Fiche UE 10 SP Cours n°5 : Organisation des systèmes de santé et comparaison avec d'autres pays

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

Les USA sont le pays le plus dépensier

En Allemagne les dépenses sont plus élevées par personne

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 (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**.

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.

Les **financeurs** sont essentiellement les **caisses d'assurance maladie**. Il existe une convention (2016) entre les médecins et les caisses d'assurance maladie. 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.. 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 1er décret a été de permettre aux assureurs de vendre des assurances santé dans plusieurs états mais à des prix comparables car tous les états n'ont pas les mêmes moyens. Mais toujours pas de soins pour les immigrés ou les clandestins, ce qui existait avant. Maintenant on joue aux JO avec la santé : il y a des plans Bronze, Argent, Or, Platine, suivant ce qu'on paye. 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, 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

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.

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 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, les plus performants.... Pour essayer de **résorber les listes d'attentes**. Les hôpitaux non performants ferment. Les médecins achètent, choisissent la structure qu'ils veulent.

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.

Aux USA, on peut se faire payer ses études de médecine si on accepte de travailler dans un état où il y a peu de médecins. Il y a beaucoup de généralistes ou assimilés. 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.

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 essentiellement de ce qu'ils font et de leur niveau d'activité. On augmente le recrutement mais on essaie de faire évoluer le contenu de leur activité (ex :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.

