

UE 10 : Santé, Sociétés, Humanités  
Pr Laurence Le Faou  
Le 26/04/2017 de 13H30 à 15h30  
Ronéotypeur: Mathilde Guertin  
Ronéoficheur: Hédia Karkar

Fin du cours 3 : Organisation du système de soins, structures et  
professions de santé en France

&

Cours 4 : Maîtrise des dépenses de santé, loi de modernisation de  
notre système de santé 2016, Perspectives

# **SOMMAIRE.**

## **Suite cours 3.**

### **LES ETABLISSEMENTS DE SANTE.**

- I. Typologie des établissements de santé
  - A. Classement des établissements selon leur statut
    - 1. Etablissements de santé publics
      - a. Différents types d'établissement
      - b. Les missions du SPH
      - c. Les obligations du SPH
    - 2. Etablissements de santé privés
      - a. Non lucratifs
      - b. Lucratifs
    - 3. Les établissements médico-sociaux
      - a. Définition
      - b. Quelques exemples d'établissements médico-sociaux
  - B. Classement des établissements selon les types de prises en charges
    - 1. Les grands types de prises en charge
    - 2. Les autres types de prises en charge
- II. Financement des établissements de santé
  - A. Financement médecine hospitalière
  - B. Financement médecine ambulatoire

## **Cours 4.**

- I. Rappels sur les dépenses de santé
- II. Maîtriser les dépenses de la Sécurité Sociale
  - A. Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS)
  - B. Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM)
- III. Agir sur l'offre de soins
  - A. Agir sur les structures
    - 1. Régulation du nombre de professionnels de santé
    - 2. Planification sanitaire
  - B. Agir sur les pratiques
    - 1. Améliorer l'efficience
    - 2. Amélioration des pratiques professionnelles
    - 3. Responsabilisation des prescripteurs
    - 4. Amélioration de la coordination des soins
- IV. Agir sur la demande
  - 1. Prévention et éducation
  - 2. Augmentation du reste à charge
- V. Les autres leviers

*La prof est revenue sur l'essentiel à retenir du cours d'avant.*

- Il existe **différentes professions de santé** : médicale, non médicale et paramédicale. Les **médecins** représentent la majeure partie des **professions médicales** et les **infirmiers** celle des **professions paramédicales**.

- Le **secteur ambulatoire** :

- système **libéral** : liberté d'installation, de prescription, etc..
- système **conventionné** : selon les secteurs, différents tarifs sont pratiqués et il y a un allègement des cotisations sociales en secteur 1.
- **évolution des modes de rémunération** à la fois pour améliorer la qualité des soins et pour diminuer le taux de dépassement d'honoraires. *Les médecins qui restent en secteur 1 ont de gros avantages sociaux par rapport aux médecins qui choisissent les dépassements d'honoraires.*
- **Nouvelle convention en 2016.**

## **LES ETABLISSEMENTS DE SANTE**

**Ils assurent les soins et l'hébergement des patients.**

*Les soins sont pris en charge par l'assurance maladie tandis que l'hébergement est pris en charge par la mutuelle.*

**D'après la loi HPST**, les établissements de santé assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes. Ils délivrent des soins avec hébergement, sous forme ambulatoire (ex. séances de chimiothérapie) ou à domicile.

Les établissements de santé sont **classés** selon leur statut (public/privé) et leur type de prises en charge.

### **I. TYPOLOGIE DES ETABLISSEMENTS.**

#### **A. Classement des établissements selon leur statut**

La **différence entre le public et le privé** repose sur l'**étendue des missions, les modalités de fonctionnement, les équipements, le type de clientèle et le mode de rémunération.**

*Il faut savoir qu'il y a du privé qui ne fait pas du profit et du privé qui fait du profit. Les gens sont remboursés quand ils vont dans n'importe quelle structure publique, privée commerciale ou privée à but non lucratif, à l'exception des cliniques de type chirurgie esthétique (ex. hôpital américain).*

#### **1. Etablissements de santé publics**

Ils ont des **missions définies par le code de la santé publique.**

*Les hôpitaux publics s'occupent beaucoup des urgences. Etant donné que la couverture par l'Assurance Maladie est très bonne, il arrive très souvent que des personnes se présentent aux urgences avec des pathologies à caractère bénin qui ne nécessitent pas le recours à l'hôpital. On considère qu'environ 30% des urgences ne sont pas des vraies urgences.*

*Ils assurent majoritairement les soins très sophistiqués (ex. greffe de mains, de visage) et la réanimation très spécialisée (ex. réanimation après greffe de moelle, réanimation néonatale).*

### a. Différents types d'établissements publics

Avant la loi HPST :

- **Centres Hospitaliers Universitaires (CHU)** : ce sont des centres régionaux qui ont une **triple mission** : soins, enseignement et recherche.  
CHU d'Ile de France : « APHP ». CHU de Lyon : « hospices civiles de Lyon ».
- **Centres Hospitaliers Régionaux (CHR)** : peuvent offrir des **soins de haute technicité**.  
(Ils ne sont pas universitaires)

*Dans chaque région, on a un CHU et autour de ces CHU, il y a des centres hospitaliers qui ont aussi pour vocation (depuis un an) d'être des centres d'enseignement et de recherche.*

- **Centres hospitaliers (CH)** : peuvent être régionaux et/ou universitaires. Les centres hospitaliers régionaux ont une vocation régionale liée à leur **haute spécialisation** et assurent en outre les **soins courants** de la population proche. La majeure partie des CHR sont aussi des CHU. Les autres centres hospitaliers correspondent à la majorité des hôpitaux.
- **Hôpitaux locaux** : il y a des lits destinés à la pratique médicale de proximité (rural), il n'y a **pas de plateau technique** (mais souvent de la radiographie), les médecins sont **payés à l'acte** et il y a une **convention avec un centre hospitalier**.
- **Autres établissements de santé** :
  - service de santé des armées (grosse restructuration). Ex. Val de Grace, Percy avec un service de grands brûlés.
  - établissements sanitaires dans les prisons.
  - centres de post cure (ex.après un sevrage alcool. C'est important car il y a 50000 morts par an liées à l'alcool).

Depuis la loi HPST, il n'existe plus qu'une **catégorie unique** : **le centre hospitalier**.

### b. Missions du Service Public Hospitalier (SPH)

- Enseignement universitaire et post-universitaire
- Formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers
- Recherche
- Formation initiale des sages-femmes et du personnel paramédical
- Actions de médecine préventive et d'éducation
- Aide médicale urgente
- Lutte contre l'exclusion sociale

Il y a aussi les soins dispensés :

- aux détenus
- aux personnes retenues étrangères
- aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires.

### c. 4 principes fondamentaux / obligations du « service public hospitalier »

- **l'égalité** = garantir l'égal accès à des soins de qualité à tous les patients.
- **la continuité** = permanence des soins (ouvert 24h sur 24h) avec continuité du suivi même après la sortie.
- **mutabilité du service public** = adaptation aux besoins et aux circonstances.
- **neutralité** = ne pas faire état de ses convictions religieuses.

## 2. Etablissements de santé privés.

### a. Etablissements non lucratifs.

Avant la loi HPST :

- Non lucratifs PSPH (participants au service public hospitalier)
- Non lucratifs non PSPH

Après la loi HSPT : on parle d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (**ESPIC**).

Ce sont notamment les **centres de lutte contre le cancer**. Il y a dans ces centres un **directeur médical** (un médecin qui dirige le centre) et un **directeur administratif**. Ex. Institut Gustave Roussi (IGR), Institut Curie.

### b. Etablissements lucratifs.

Ce sont des établissements à **caractère commercial**.

Ils s'occupent principalement des **soins aigus** et de la **chirurgie**.

Les cliniques font en priorité les actes où l'on a une **prise en charge** qui est censée être **assez courte** : orthopédie, obstétrique.

Elles appartiennent à des **particuliers ou à des sociétés**. On a pratiquement fermé toutes les cliniques qui appartenaient à des chirurgiens. Maintenant, presque toutes appartiennent à des sociétés commerciales qui possèdent des réseaux de cliniques avec les mêmes logos, les mêmes façons de fonctionner.

## 3. Les établissements médico-sociaux.

### a. Définition.

Ce sont des **institutions sociales ou médico-sociales** qui regroupent tous les **organismes publics ou privés** qui mènent des actions à **caractère social ou médico-social** (information, prévention, dépistage, ...). Elles accueillent, elles hébergent ou placent dans des familles des personnes qui requièrent une protection particulière, des jeunes travailleurs, des personnes âgées. Elles assurent l'éducation spéciale, l'adaptation ou la réadaptation professionnelle ou l'aide par le travail aux personnes mineures ou adultes, handicapées ou inadaptées.

Leur **principale mission** est donc **d'aider les personnes en situation vulnérable du fait de la précarité, d'un handicap, d'exclusions et les personnes âgées**.

### b. Quelques types d'établissements médico-sociaux.

- **Instituts Médicaux Pédagogiques (IMP)** ou **Instituts Médicaux Educatifs (IME)** : pour les enfants et adolescents qui ont des difficultés majeures d'apprentissage et des problèmes médicaux.
- **Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT)** avant appelés Centres d'Aide par le Travail (CAT)
- **Etablissements d'hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)** : pour les soins de longue durée destinés aux personnes âgées dépendantes
- **Samu social**

## B. Classement des établissements de santé selon les types de prises en charge

### 1. Grands types de prises en charge.

- **MCO** : Médecine-Chirurgie-Obstétrique. Ce sont de soins aigus. Les patients ont vocation à rester peu de temps.
- **SSR** : Soins de Suite et Réadaptation. Assurent la continuité des soins après la phase aigüe.  
*Par exemple, après un infarctus du myocarde, on adresse les patients dans un centre de rééducation cardiaque ou vasculaire s'ils ont des facteurs de risque qu'ils ne sont pas en mesure de corriger eux mêmes. On leur apprend l'exercice physique, la nutrition, les sevrages d'alcool ou de tabac.*
- **SLD** : Soins de longue durée (les patients restent plusieurs mois voire le reste de leur vie). Hébergement de personnes dépendantes avec une surveillance médicale constante et un traitement d'entretien.
- **Psychiatrie.**
- **Etablissements mixtes** : à la fois MCO et SSR.

### 2. Les autres types de prises en charge.

- Hospitalisation « traditionnelle » = complète
- Evolutions technologiques et pratiques médicales ont entraîné des nouvelles formes de prise en charge :
  - **Hospitalisations partielles : Hospitalisation De Jour (HDJ) ou de nuit (HDN)**
    - accueil pour les soins et suivis thérapeutiques. *Ex. Pour le diabète, la nutrition, les maladies infectieuses comme le VIH, l'oncologie.*
    - développement de la chirurgie ambulatoire ces dernières années (HDJ). *Ex. cataracte, tendon, canal carpien.*
    - développement en matière de lutte contre les maladies mentales (HDN)
  - **Hospitalisations à domicile (HAD).** *Croissant. Mise en place de l'oxygénothérapie, des perfusions, de la surveillance, de la prise de tension, des constantes, à domicile.*
- Quelques chiffres/évolution :
  - des milliers d'établissements de santé ont été fermés mais il en reste quand même beaucoup.
  - **lits publics = 60%. lits privés lucratifs = 20%**
  - En **hospitalisation complète**, le nombre de lits a diminué dans tous les domaines (MCO, psychiatrie, rééducation, soins de longue durée, etc..)
    - En **hospitalisation partielle** : il y a une augmentation des journées en HDJ en psychiatrie.
  - Le nombre de **journées d'hospitalisations à domicile augmente**. Le privé lucratif y participe car il propose des infirmiers.

### \*\*\* L'ESSENTIEL A RETENIR \*\*\*

- Les différents types d'établissements de santé
  - public/privé
  - privé lucratif/privé non lucratif
  - MCO
  - Soins aigus, soins de suite, soins de longue durée
- Evolution des prises en charge au profit d'une augmentation des hospitalisations partielles et de l'HAD

#### C. La loi de modernisation du système de santé

- **Plan de redressement des finances publiques.**
- 2015-2017 : **3 milliards d'euros d'économies dans les hôpitaux** sont demandés.
- L'objectif est de **supprimer 10% des lits en chirurgie et en médecine**, soit **16000 lits**.
- L'essentiel des dépenses des hôpitaux sont des **dépenses de personnels** (2/3 à 3/4 des dépenses).
- Donc à l'heure actuelle, il est question que l'on crée un **nouveau service public (SPH)** : seuls les établissements publics seraient membres de droit. Les cliniques, pour y être éligibles, pourraient être contraintes de renoncer totalement aux dépassements d'honoraires.

## II. FINANCEMENT DES ETABLISSEMENTS

### A. Financement de la médecine hospitalière

*Au départ, les hôpitaux étaient financés au prix de journées (plus on faisait de journées, plus on était payé). En 1984, on est passé au budget global : un budget global est attribué. Ce budget global a duré environ 20 ans, jusqu'en 2004.*

Depuis 2004, le financement des établissements se fait selon le principe de **tarification à l'activité (T2A)** (Ex. on fait trois pontages sur les coronaires par jour : on reçoit 3 fois X, avec X le prix des pontages) : « obligation à tous les établissements hospitaliers de court séjour, publics ou privés, de procéder à l'évaluation et à l'analyse de leur activité, et de mettre en oeuvre des systèmes d'information tenant compte notamment des pathologies et de modes de prise en charge ».

C'est la définition même du **programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)**.

- Il était prévu au départ pour l'analyse d'activité, puis est devenu un **outil de tarification et donc de la T2A** en 2004.
- Le principe est de **regrouper les séjours dans des Groupes Homogènes de Malades (GHM)** avec des pathologies et des prises en charge homogènes et mobilisant le même niveau de ressources.
- Les **séjours vont être codés**. Ce codage se fait à l'issue de chaque séjour et selon des nomenclatures standardisées. Pour les **pathologies**, on se réfère à la **CIM10** (Classification Internationale de Maladies, version 10) et pour les **actes** à la **CCAM** (Classification Communes des Actes Médicaux).

*Il y d'autres petits financements :*

*Financements liés aux publications, à la recherche. En fonction de ce qu'on a pu écrire, on calcule un prix total qui donne de l'argent à l'hôpital pendant 3 ans. Et enfin, il y a des missions qui sont*

*d'intérêt général pour essayer de prendre en charge des patients pas seulement sur le plan technique. (financements pour les soins palliatifs par exemple). Les pouvoirs publics donnent de l'argent.*

### **B. Financement de la médecine ambulatoire**

La médecine ambulatoire est **financée à l'acte**.

Il y a donc des budgets distincts et un cloisonnement des deux secteurs de soins.



# COURS 4. MAITRISE DES DEPENSES.

## I. RAPPELS SUR LES DEPENSES DE SANTE

Objectifs de la loi de modernisation de notre système de santé :

- **Prévention**

*ex. de mesures de prévention :*

*2016 : éthylotest, accès gratuit au traitement préventif contre le VIH après un contact sexuel à risque, mois sans tabac.*

*2017 : le casque pour les enfants devient obligatoire.*

- **Accès aux soins**

- **Tiers-payant**

- **Communautés professionnelles territoriales de santé** (*dans diapo mais pas mentionné à l'oral*)

- **Innovation dans les hôpitaux**

- **Service public hospitalier**

- **Accélération des procédures pour la recherche clinique**

- **Droits des patients et transparence en santé.**

- **Droit à l'oubli, recours de groupe**

*On considère que si les personnes ayant eu un cancer sont guéries, le fait d'avoir eu un cancer ne doit pas apparaître dans leurs données de façon à ce qu'elles ne soient pas privées d'assurance, d'emploi, etc..*

*Recours de groupe : personnes qui sont autorisées à se porter en justice pour se plaindre du système de santé, notamment vis-à-vis des médicaments.*

## II. MAITRISE LES DEPENSES DE LA SECURITE SOCIALE

- **Croissance inéluctable des dépenses de santé** (*avec l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques notamment*) : l'objectif n'est pas de diminuer (*car ce n'est pas possible*) mais de **MAITRISE** ces dépenses car elles sont supérieures à la croissance économique

- Pour l'Assurance Maladie, l'**Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM)** est défini.

- **En jouant sur :**

- Les **volumes de consommation** : action sur les facteurs d'offre et de demande

- **Et/ou les prix, les tarifs et les coûts.** *Par exemple, pour les médocs de l'hépatite C, il est question d'obtenir rapidement une forte diminution des prix.*

- Les **remboursements de l'assurance maladie.** Dès qu'on considère qu'un acte ou médicament n'est pas utile : on le rembourse.

- > C'est ce qu'on appelle la « **maitrise comptable** ». (*toujours prix/volume : quand on augmente les volumes, on diminue les prix*).

- Mais il y a quand même des **contraintes** :

Accessibilité des soins (géographique et financière), équité et qualité des soins doivent être respectés.

- > C'est ce qu'on appelle la « **maitrise médicalisée** ».

## A. Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS).

- C'est une mesure de maîtrise des dépenses de santé. La LFSS permet de **réguler les dépenses de l'assurance maladie**. Ainsi, depuis 1996, le parlement a un droit de regard sur les dépenses de l'assurance maladie et il peut se prononcer sur les grandes orientations des politiques de santé et de sécurité sociale, et sur leur mode de financement.
- Elle est **votee tous les ans**.
- **Exemples des mesures de 2016** (*connaitre un ou deux exemples pour la santé et un ou deux pour la protection sociale*)
  - la gratuité du dépistage du cancer du sein pour les femmes les plus à risque (pour les femmes dont les mères ont eu un cancer du sein).
  - l'expérimentation de programmes de prévention de l'obésité chez les jeunes enfants (3-8 ans) entre le 1er juillet 2016 et le 31 décembre 2019. *Cette mesure est en cours.*
  - la garantie de la confidentialité et de la gratuité de la contraception pour les mineures.
  - la prise en charge à 100% des soins pour les victimes d'actes terroristes.
  - la mise en place d'une protection universelle maladie (droit universel à la gratuité des frais de santé). *Cette mesure est en cours.*
- pour les personnes en temps partiel, uniformisation de la durée de versement des indemnités journalières pour motif thérapeutique.
- création d'un chèque santé (aide financière) pour les salariés précaires afin qu'ils aient une complémentaire. En 2017 : création d'un contrat complémentaire santé pour les 65 ans et plus.

## B. L'ONDAM.

- Correspond à une enveloppe **votee chaque année** par le **parlement** dans le **cadre de la LFSS**.
- Divisé en **6 sous catégories** :
  - Dépenses de soins de ville
  - Dépenses relatives aux établissements tarifés à l'activité
  - Autres dépenses des établissements de santé
  - Contribution aux dépenses des établissements et services pour personnes âgées
  - Contribution aux dépenses des établissements et services pour personnes handicapées
  - Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge
- Depuis 2004, création d'un **comité d'alerte** qui **établit les dépenses de l'assurance maladie**. Il est **chargé d'alerter** le Parlement, le Gouvernement et la CNAM en cas d'évolution des **dépenses d'assurance maladie incompatibles avec le respect de l'objectif national** voté par le parlement. Chaque année le 1er juin, il y a un avis du comité sur le respect de l'ONDAM pour l'exercice en cours. Si **dépassement > 0,75%**, des **mesures de redressement** sont mises en place.
- Conclusion.
  - Droit de **regard du parlement sur les financements de la sécurité sociale** qui représente une grande partie des dépenses de santé.
  - l'ONDAM est **votee chaque année**. Il y a un **comité d'alerte qui examine les dépenses de l'Assurance Maladie** et qui met en place des **mesures de redressement** si nécessaire.
  - l'ONDAM est **toujours croissant** mais la croissance est moins rapide.
  - l'ONDAM **n'a pas été dépassé depuis 2010**. *Néanmoins, il est plus élevé que la croissance du pays (donc on dépense plus que ce que l'on a).*

### III. AGIR SUR L'OFFRE DE SOINS.

#### A. Agir sur les structures.

##### 1. Régulation du nombre de professionnels de santé.

- **Numerus clausus** pour les études médicales depuis 1971 pour :
  - régler le nombre de professionnels diplômés donc le nombre de professionnels en activité.
  - régler le nombre de prescripteurs afin d'alléger les dépenses de la sécurité sociale.
- **Limitation de l'installation en secteur II** pour limiter le nombre de médecins avec dépassements d'honoraires.

##### 2. Planification sanitaire.

- Offre de soins organisée au niveau régional par l'**Agence Régionale de Santé (ARS)**.  
*Par exemple ce sont les ARS qui décident de remplacer des maternités par des EHPAD.*
- Depuis la loi de 2016, les hôpitaux s'organisent en **groupements hospitaliers**, c'est-à-dire qu'ils mettent en commun une partie de leur administration et tout ce qui service et logistique (blanchisserie, cuisine, etc..)
- Organise la **répartition et rationalise l'offre de soins**
  - hospitaliers, en lits et en équipements lourds
  - secteur ambulatoire et médico-social
- **Différents thèmes** : vieillissement, handicap, maladies chroniques, enfance, psychiatrie, risques sanitaires.
- Résultats depuis les années 1990.
  - **Réduction des capacités hospitalières de 17%.**
  - **Réduction du nombre de lits** au profit des autres offres de soins. *Malgré tout, la densité en lits de soins aigus reste plus élevée que dans beaucoup d'autres pays riches.*
  - **Nombre d'hôpitaux élevé. 37% des dépenses de santé** versus 29% pour les pays de l'OCDE (*La Grande Bretagne dépense le moins d'argent pour les hôpitaux, au profit de la médecine ambulatoire*).

#### B. Agir sur les pratiques.

##### 1. Améliorer l'efficience.

- « une activité sera dite d'autant plus efficiente qu'elle permettra d'atteindre à moindre coût le même niveau d'efficacité ».  
**Rapport entre les ressources investies** pour réaliser la tâche et la **performance obtenue = état de santé.**

Le but est de dépenser au « plus juste ».

Ex: le financement des hôpitaux à l'activité (T2A = tarification à l'activité).

- **Principe de la T2A** :
  - regrouper les séjours dans des **Groupes Homogènes de Malades (GHM)** :
    - . pathologies et prise en charge homogènes
    - . mobilisant le même niveau de ressources

- **chaque GHM a un tarif**

Ex : Interventions réparatrices pour hernies inguinales ou crurales, âge > 17 ans, avec un niveau de sévérité 3 = 4370,58 euros.

- comment sont fixés les tarifs des GHM?

= **Echelle nationale des coûts.**

. Evaluation à partir de la comptabilité analytique d'établissements participant volontaires, de tous types (Centres hospitaliers publics ou privés et de toutes tailles).

. Recense toutes les charges des hôpitaux puis établit un coût moyen par GHM.

Révisée annuellement

. But : être le plus proche des coûts réels pour l'hôpital

- Entre 1995 et 2009, le **personnel hospitalier a augmenté de 180000 personnes** en France.

2. Amélioration des pratiques professionnelles.

**Création de la HAS** (Haute Autorité de Santé) qui **élabore et aide à la mise en oeuvre de programmes d'amélioration des pratiques**

- Certification des établissements de santé
- Emission de recommandations de bonne pratiques
- Evaluation des pratiques professionnelles
- Parcours de soins, parcours de santé pour les patients

3. Responsabilisation des prescripteurs.

**Exemples** : incitation à prescrire des médicaments génériques, limitation des prescriptions d'antibiotiques.

4. Amélioration de la coordination des soins.

- Mise en place du **parcours de soins coordonné autour du médecin traitant** afin d'éviter les consultations inutiles de spécialistes.
- **Affections de longue durée** : meilleure définition et mise en place de protocoles de soins bien définis.
- Mise en place par la HAS de **parcours de soins** pour les **affections chroniques** comme insuffisance cardiaque, diabète.

**IV. AGIR SUR LA DEMANDE**

**A. Prévention et éducation**

- pour **diminuer l'incidence de certaines maladies chroniques et/ou coûteuses** (diabète, HTA, cancers, obésité...) : action sur les modes de vie (alimentation, addictions...) et dépistage.
- pour **diminuer l'incidence des complications des maladies chroniques** (Ex : meilleur équilibre d'un diabète pour diminuer les risques d'insuffisance rénale, de maladies cardiovasculaires, de cécité, d'amputations) : éducation thérapeutique.

### **B. Augmentation du reste à charge**

= augmentation de la part financière restant à la charge des patients (diminution des dépenses de la Sécurité Sociale)

#### **Quelques exemples :**

- augmentation du forfait hospitalier en 2010 (18 euros)
- loi de réforme de l'assurance maladie :
  - . participation forfaitaire de 1 euro pour chaque acte
  - . diminution du remboursement par l'Assurance Maladie en cas de non respect du parcours de soin coordonné (70% -> 60% -> 50% -> 30%)
- déremboursement des médicaments au Service Médical Rendu (SMR) insuffisant
- diminution remboursement vignettes bleues de 35 à 30%
- franchises médicales de 50 c par boîte de médicament, 50 c par acte paramédical et 2 euros par transport

## **V. LES AUTRES LEVIERS**

### **A. Actions sur les prix**

- **Contrôle des prix** : les tarifs conventionnés (ce ne sont pas des prix qui résultent d'un marché avec offre et demande mais déterminés par la convention entre les syndicats des professionnels et les représentants de l'assurance maladie)
  - Ex : convention entre assurance maladie et médecins
  - prix des médicaments remboursés : négociations Comité Economique des Produits de Santé et industrie pharmaceutique. Exemples : tarif forfaitaire de responsabilité (TFR), diminution ciblée des prix, grands conditionnements (pour trois mois).
- **Médicaments génériques** : la prescription est encouragée et quand elle n'est pas faite, le pharmacien substitue.

**EN CONCLUSION,** elle a comparé les programmes politiques d'Emmanuel Macron et de Marine le Pen, au niveau de la santé. Elle nous invite à aller lire ces programmes.

*Les deux dernières diapos n'ont pas été traitées mais au cas où :*

#### **Mesures principales de la loi de modernisation du système de santé :**

- Contexte : système de santé curatif hospitalo-centré
- Objectif : décloisonnement et accessibilité du système de santé
- Mesures :
  - prévention
  - accès au système de santé
  - innovation dans les hôpitaux
  - droits des patients et transparence en santé
- Prévention
  - 4 thèmes prioritaires : tabac, alcool, obésité, diabète
    - . alcool : prévention du binge drinking
    - . tabac : paquets neutres, interdiction de fumer en voiture, meilleur remboursement de sevrage (150 euros)
    - . information nutritionnelle (logo, codes couleurs)

- Salles de consommation à moindre risque (usagers de drogues injectables) en expérimentation
- Promotion des tests rapides d'orientation diagnostiques (TROD)
  - . Autorisés pour les associations pour le VIH et le VHC
  - . Autotests disponibles en pharmacie (25 euros)
- Médecin traitant pour les 0-16 ans (généraliste ou pédiatre)
- Accès à la contraception d'urgence (pas de consultation médicale nécessaire)
- Accès à l'IVG facilité (suppression du délai de réflexion), mais aussi aux demandes portant sur la sexualité et la contraception qui représentent des mesures de prévention des grossesses non désirées des jeunes filles, ainsi qu'aux demandes concernant les infections sexuellement transmissibles.
- Lutte contre la valorisation de la maigreur excessive
- Réglementation des appareils de bronzage