

Fiche fin cours 3 Santé Publique : Organisation du système de soins, structures et professions de santé en France

I / TYPOLOGIE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Rôle : Assurer les soins et l'hébergement des patients (d'après la loi HPST : « assurer le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes. Délivrer des soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile »

A / Classement des établissements selon leur statut

<p>Etablissements de santé publics</p>	<p><u>Avant la loi HPST :</u> -Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) : triple mission (soins, enseignements et recherche) -Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) : offrent des soins de haute technicité -Centres Hospitaliers (CH) -Hôpitaux locaux : lits pour la pratique médicale de proximité, pas de plateau technique, médecins payés à l'acte, convention avec un centre hospitalier. -Autres : Service de Santé des armées, Etablissements sanitaire dans les prisons, centres post-cures.</p> <p><u>Depuis la loi HPST :</u> une unique catégorie, le centre hospitalier.</p> <p><u>Mission du Service Public Hospitalier (SPH) :</u> Enseignement universitaire et post universitaire, Formation continue des praticiens, Recherche, Formation initiale des sages-femmes et du personnel paramédical, Médecine préventive et d'éducation, Aide médicale d'urgence, Lutte contre l'exclusion sociale.</p> <p><u>4 principes fondamentaux :</u> l'égalité (garantir l'égal accès à des soins de qualité), la continuité (permanence des soins), mutabilité du service public (adaptation aux besoins et aux circonstances), neutralité (ne pas faire état de ses convictions religieuses).</p>
<p>Etablissements de santé privés</p>	<p><u>Etablissements non lucratifs :</u> Avant la loi HPST → Non lucratifs PSPH (Participants au Service Public Hospitalier), Non lucratif non PSPH.</p> <p>Après la loi HPST → ESPIC (Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif) comme les centres de lutte contre le cancer.</p> <p><u>Etablissements lucratifs :</u> -établissement à caractère commercial -soins aigües et chirurgie -cliniques assurent des soins de prise en charge courte (obstétrique, orthopédie) -appartiennent à des particuliers ou sociétés</p>
<p>Etablissements medico-sociaux</p>	<p><u>Définition :</u> 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. 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.</p> <p><u>Exemple :</u> IMP (Instituts Médicaux Pédagogiques), IME (Instituts Médicaux Educatifs) → enfants et ados avec difficultés d'apprentissage et pb médicaux. ESAT (Etablissements et Services d'Aide par le Travail) , EHPAD (Etablissements d'hébergements pour Personnes Agées Dépendantes) → pour soins de longue durée aux personnes âgées dépendantes, Samu social.</p>

B /Classement des établissements de santé selon les types de prise en charge

- Les grands types de prise en charge sont : -**MCO** (Médecine-Chirurgie-Obstétrique) - **SSR** (Soins de Suite et de Réadaptation pour la continuité des soins après la phase aiguë) - **SLD** (Soins de Longue Durée), -**Psychiatrie**, -**Etablissements mixtes** (à la fois MCO ET SSR).
- Les autres types de prise en charge sont : l'hospitalisation « traditionnelle », l'hospitalisation partielle (HDJ et HDN), l'hospitalisation à domicile (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 demandés par le gouvernement
- Objectif de supprimer 10 % de lit en chir et en médecine (16 000 lits)
- L'essentiel des dépenses des hôpitaux est lié au personnel (2/3 à 3/4 des dépenses)
- Actuellement création d'un nouveau SPH : seuls les établissements publics seraient membres de droit. Pour que les cliniques soient éligibles elles pourraient avoir à renoncer totalement aux dépassements d'honoraires.

II / FINANCEMENT DES ETABLISSEMENTS

A/Financement de la médecine hospitalière

- Depuis 2004, le financement des établissements se fait selon le principe de tarification à l'activité (T2A). *«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 œuvre des systèmes d'information tenant compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge»* (définition du programme de médicalisation des systèmes d'information : PMSI) .
- Initialement, le PMSI était prévu pour l'analyse de l'activité puis évolution vers un outil de tarification (T2A).
- 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, à l'issue de chaque séjour, et selon une nomenclature standardisées (Pathologies : CIM10=Classification internationale des maladies, version 10. Actes : CCAM =Classification Commune des Actes médicaux).

B / Financement de la médecine ambulatoire

- Financement à l'acte

Fiche cours 4 Santé Publique : Maîtrise des dépenses de santé, loi de modernisation de notre système de santé 2016, Perspectives.

I / RAPPEL SUR LES DEPENSES DE SANTE

Les objectifs de la loi de modernisation de notre système de santé sont : la **PREVENTION**, l'**ACCES AUX SOINS** (Tiers-payant), **INNOVATION dans les hôpitaux** (SPH, Accélération des procédures pour la recherche clinique), **DROITS des patients et TRANSPARENCE en santé** (Droit à l'oubli, recours de groupe).

II / MAITRISE DES DEPENSES DE LA SECURITE SOCIALE

- Croissance inéluctable des dépenses de santé. L'objectif n'est pas de diminuer mais de maîtriser ces dépenses.
- Pour l'Assurance Maladie, on définit l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie)
- En jouant sur **les volumes de consommation** (action sur les facteurs d'offre et de demande) et/ou les **prix**. Ainsi qu'en modulant **les remboursements de l'assurance maladie**.
→ « **la maîtrise comptable** »
- Mais il y a des contraintes : accessibilité des soins (géographique et financière), équité et qualité des soins doivent être respectés.
→ « **la maîtrise médicalisée** »

Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS)	ONDAM
<ul style="list-style-type: none"> • Mesure de maîtrise des dépenses de santé : régulation des dépenses de l'assurance maladie • Votée tous les ans <p><u>Exemple des mesures de 2016 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -gratuité du dépistage du cancer du sein pour les femmes à risque, -expérimentation de programmes de prévention de l'obésité chez les jeunes enfants, -garantie de la confidentialité et de la gratuité de la contraception des mineures, - prise en charge à 100 % des soins des victimes d'actes terroristes, -mise en place d'une protection universelle maladie...Etc. (cf. Ronéo pour plus d'exemples) 	<ul style="list-style-type: none"> • Enveloppe votée chaque année par le parlement dans le cadre de la LFSS. • Divisé en 6 sous catégories : <ol style="list-style-type: none"> 1) Dépenses de soins de ville 2) Dépenses relatives aux établissements tarifés à l'activité 3) Autres dépenses des établissements de santé 4) Contribution aux dépenses des établissements et services pour personnes âgées 5) Contribution aux dépenses des établissements et services pour personnes handicapées 6) Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge <ul style="list-style-type: none"> • 2004 : Comité d'Alerte qui vérifie les dépenses de l'assurance maladie, si dépassement >0,75% des mesures de redressement sont mises en place. <p>→Droit de regard du parlement sur les financements de la SS →Toujours croissant →l'ONDAM n'a pas été dépassé depuis 2010</p>

III/ AGIR SUR L'OFFRE DE SOINS

Action sur les structures	Action sur les pratiques
<p>1. Régulation du nombre de professionnels de santé (Numerus clausus, limitation de l'installation en secteur II)</p> <p>2. Planification sanitaire (Agence Régionale de Santé organise l'offre de soins au niveau régional, depuis 2016 les hôpitaux s'organisent en groupements hospitaliers...) →Résultats : réductions des capacités hospitalières de 17% depuis les années 90's. réduction du nombre de lits, nombre d'hôpitaux élevé 37% des dépenses de santé vs 29% pour les autres pays de l'OCDE.</p>	<p>1. Améliorer l'efficience :</p> <ul style="list-style-type: none"> - rapport entre les ressources investies pour réaliser la tâche et la performance obtenue (état de santé) , -principe de la T2A (regrouper les séjours dans des GHM avec un tarif chacun) <p>2. Amélioration des pratiques professionnelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Création de la HAS qui élabore et aide à la mise en œuvre de programme d'amélioration des pratiques <p>3. Responsabilisation des prescripteurs</p> <p>4. Amélioration de la coordination des soins</p> <ul style="list-style-type: none"> -Parcours de soins coordonnés autour du médecin traitant -ALD -Parcours de soins pour les affections chroniques

IV/ AGIR SUR LA DEMANDE

Prévention et éducation	<ul style="list-style-type: none"> • Pour diminuer l'incidence de certaines maladies chroniques et/ou coûteuses • Pour diminuer l'incidence des complications des maladies chroniques
Augmentation du reste à charge (part financière restant à la charge du patient)	<p><u>Exemples :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du forfait hospitalier en 2010 (18 euros) • Loi de réforme de l'assurance maladie (participation de 1 euro pour chaque acte, diminution du remboursement en cas de non respect du parcours de soin coordonné) • Déremboursement des médicaments au SMR insuffisant

V/ LES AUTRES LEVIERS

→Actions sur les prix

- Contrôles des prix : les tarifs conventionnés (ce ne sont pas les 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)
- Médicaments génériques : la prescription est encouragée et quand elle n'est pas faite, le pharmacien substitue.