

# Organisation du système de santé



L2 – Santé société humanité, économie de la santé

Année universitaire 2016-2017

Université Paris 7 – UFR Lariboisière Bichat

Cours n° 5

Dr Anne-Laurence LE FAOU

MCU-PH

Responsable de l'enseignement de Sciences Economiques et Sociales de la Santé

Module Santé PubliqueL2

# Examen sous forme de QCM

Consigne de QRM de la part du Pr Flamant  
(mail adressé aux étudiants)

Sciences Economiques et Sociales de la Santé :  
introduction

Dr Anne-Laurence LE FAOU

MCU-PH

Responsable de l'enseignement de Sciences Economiques et Sociales de la Santé  
Module Santé Publique L2



# Organisation des soins dans d'autres pays

## Introduction

Caractéristiques propres à chaque pays outre  
les éléments contextuels

- **Fonctionnement politique**
- **Philosophie de protection sociale**
- **Politique de santé publique**



# Organisation des soins dans d'autres pays

## Plan

### Introduction

- Les contraintes financières
- Le rôle de la décision
- La place de l'hôpital
- Les soins primaires : exemples du Royaume-Uni et de l'Allemagne
- Le rôle du médecin dans le système de santé

### Conclusion



# Organisation des soins dans d'autres pays

## I - Les contraintes de financement (1)

Des contraintes qui pèsent sur différents financeurs :

L'Etat

Un système de solidarité collective  
(comme l'assurance maladie en France)

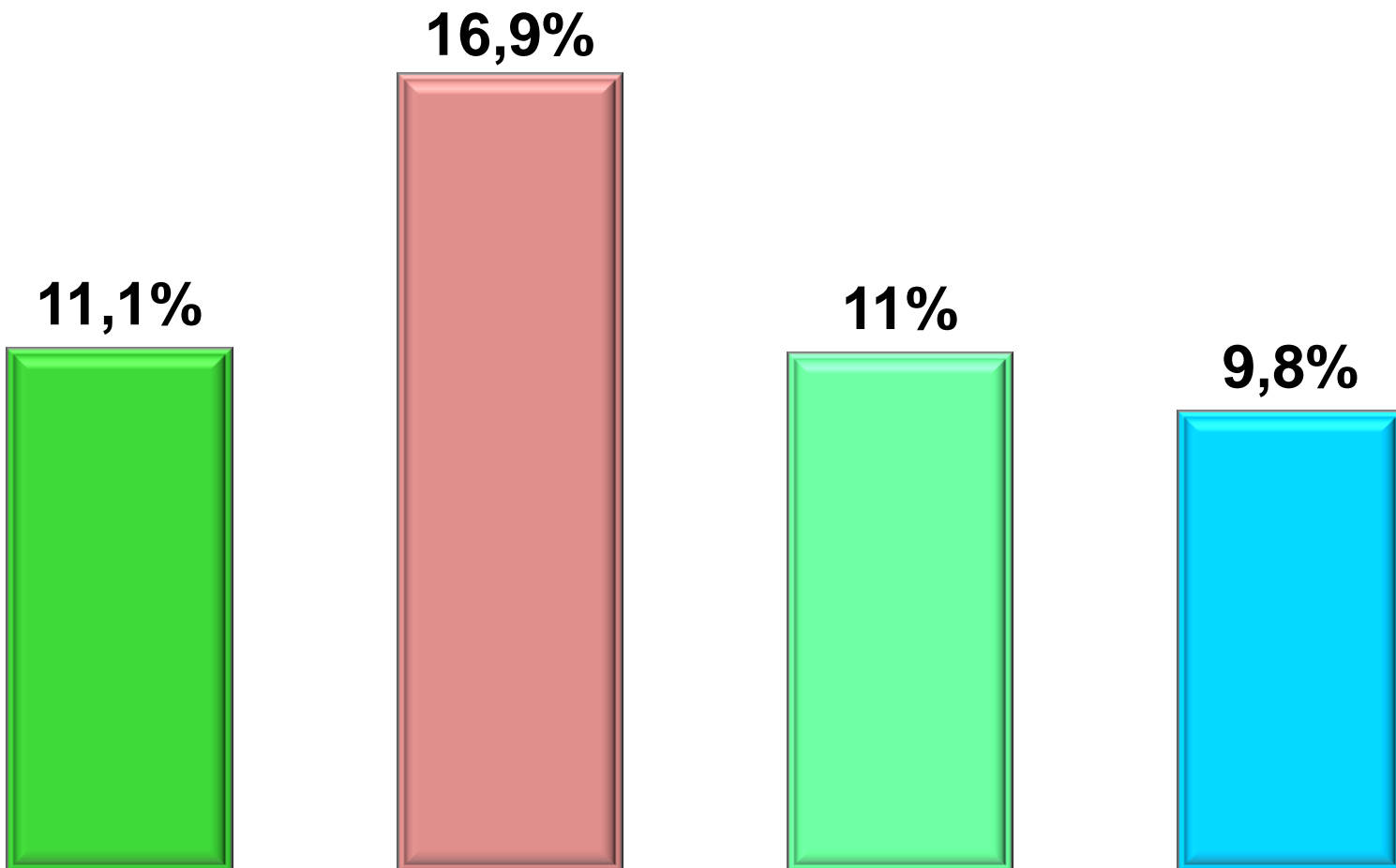
Un système d'assurances privées

Les entreprises

Les habitants (les ménages)

# Dépenses totales de santé en % PIB

*(2015 ou année la plus proche)*



**Allemagne**

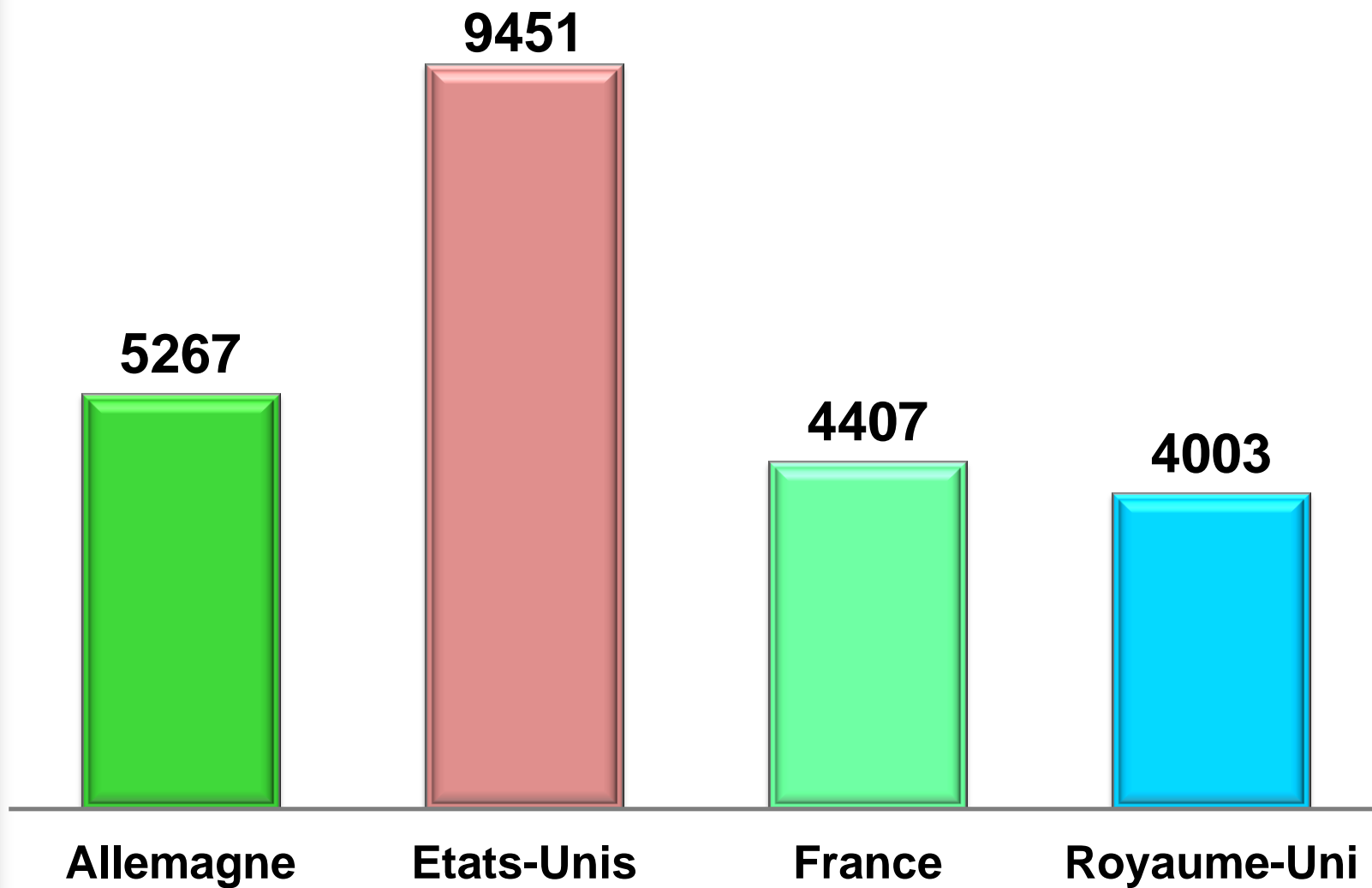
**Etats-Unis**

**France**

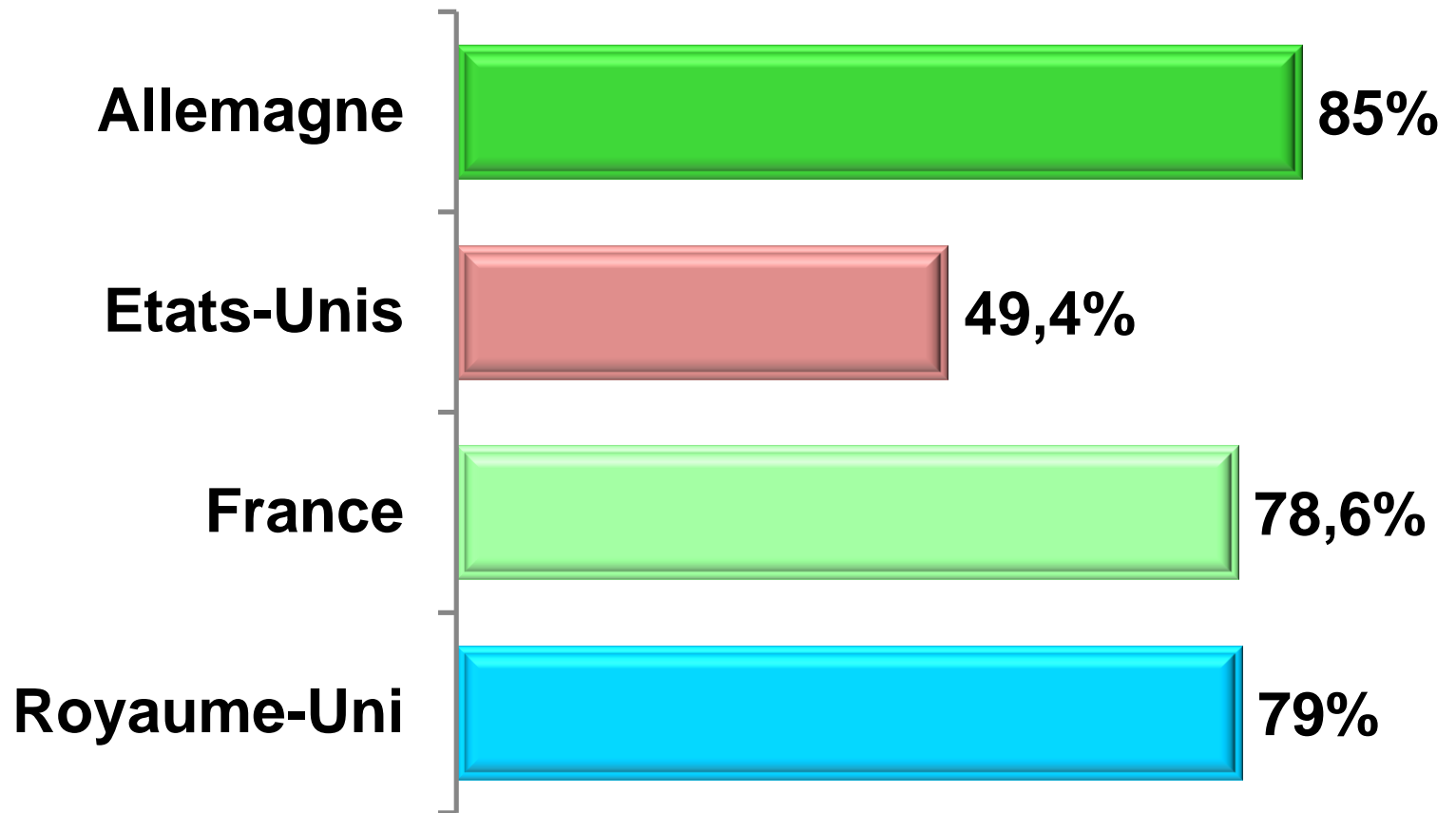
**Royaume-Uni**

# Dépenses totales de santé per capita - US\$ PPA

*(2015 ou année la plus proche)*



**Dépenses publiques de santé (% des dépenses totales de santé)** *(2015 ou année la plus proche)*





# Organisation des soins dans d'autres pays

## II - la décision

	Etat	Financeurs
<b>Allemagne</b>	Réformes de la part de l'Etat et de la part des caisses de sécurité sociale	Les caisses d'assurance maladie Cadre paritaire entre les associations de médecins et les caisses
<b>France</b>	Formation des professionnels de santé Etablissements de santé Organisation des soins Médicament - Loi de Financement de la Sécurité Sociale	Les caisses Médecine ambulatoire : honoraires des professionnels de santé. Rémunération sur Objectifs de Santé publique , forfaits à l'avenir?
<b>Royaume-Uni</b>	Depuis la création du National Health Service en 1948	Contrôle des dépenses à tous les niveaux mais autonomie de gestion laissée aux hôpitaux et aux médecins installés. En augmentation par responsabilité financière déléguée aux médecins en Angleterre
<b>Etats-Unis</b>	Contrôle fédéral pour Medicare Contrôle des Etats pour Medicaid +++ et Medicare	Contrôle majeur des assureurs -dans les MCO et PPO pour des raisons économiques (professionnels, hôpitaux)



## II – La décision

Exemple « Obamacare »

1) Signature « Affordable Act » 23 mars 2010

2) Présidence Trump (janvier 2017)

- Ecartement de la position opposée à l'Obamacare pour le trumpcare

<https://trumpcare.com/trumpcare-vs-obamacare/>

- Maintien l'obligation de souscription à une assurance santé même si tentative le 4 mai de modifier la loi pour mettre en place un Trumpcare
- Rejoint les Démocrates pour négocier le prix des médicaments



## II – La décision

Maintien l'obligation de souscription à une assurance santé même si tentative le 4 mai de modifier la loi pour mettre en place un Trumpcare :

- les Etats pourraient lever l'impératif fait aux mutuelles d'assurer tous les patients, y compris ceux souffrant d'une affection chronique, s'ils mettent en place un système alternatif.
  - 35 Etats : «pools» d'assurés à hauts risques pour réduire le coût pesant sur l'ensemble de la population, en augmentant la contribution des malades chroniques, au risque d'en dissuader certains de s'assurer (système existant avant l'Obamacare).



## II – La décision

- lutte des républicains modérés (Fred Upton, représentant du Michigan) pour l'assurance santé
  - rallonge de 8 milliards de dollars sur cinq ans, en plus des 130 milliards de fonds publics déjà prévus sur dix ans pour aider les Etats à financer la couverture de malades affectés de «pre existing conditions» (soutien de D Trump)
  - Maintien de l'interdiction faite aux assurances de refuser d'assurer des personnes atteintes d'affections chroniques
  - Pas de maintien de l'égalité des coûts pour tous les patients - un principe de solidarité honni des républicains.

## II – La décision

- Possibilité à un assureur de vendre dans plusieurs Etats pour éviter des variations de primes trop importantes car variation du simple au double pour le même risque (décret signé par D Trump)
- Réduction des coûts liés à l'immigration clandestine

D'où changement de décision vis-à-vis de la couverture santé après son élection

Vice-président en faveur de l'extension de Medicaid dans son Etat, l'Indiana (M Pence)

Mais Trumpcare en cours de vote... A suivre

## II – La décision

- Conclusion de l'exemple de la réforme

- Couverture de 95% de la population dans un délai de 10 ans après vote de la loi

- Depuis juin 2015, obligation pour les Etats de mettre en place la réforme
- Difficultés de financement de la réforme et des programmes publics Medicare et Medicaid.
- Augmentation des primes d'assurance
- Augmentation du nombre de personnes couvertes



## II – La décision

B – La France

PLFSS : **projet** gouvernemental

**Projet** de modernisation du système de santé

Suivre l'actualité



## II – La décision

### B – La France

#### Accès au système de santé : Tiers payant

- CMU-C qui devient la protection maladie universelle (PMU)
- Bénéficiaires de l’Aide à la complémentaire santé (ACS) – fait
- 01/07/2016 : Proposition possible par les médecins du tiers payant pour les personnes à 100 % et les femmes enceintes (pas de données)
- 31/12/2016 : Droit au tiers payant pour toutes les personnes avec ALD (pas de données).





## II – La décision

B – La France (faire la différence entre ce qui est voté et ce qui est mis en œuvre)

Accès au système de santé : Généralisation du tiers payant à tous les patients

- 01/01/2017 : Proposition possible par les médecins - A suivre
- Novembre 2017 : Droit au tiers payant pour tous les patients – A suivre.



## II – La décision

### B – La France

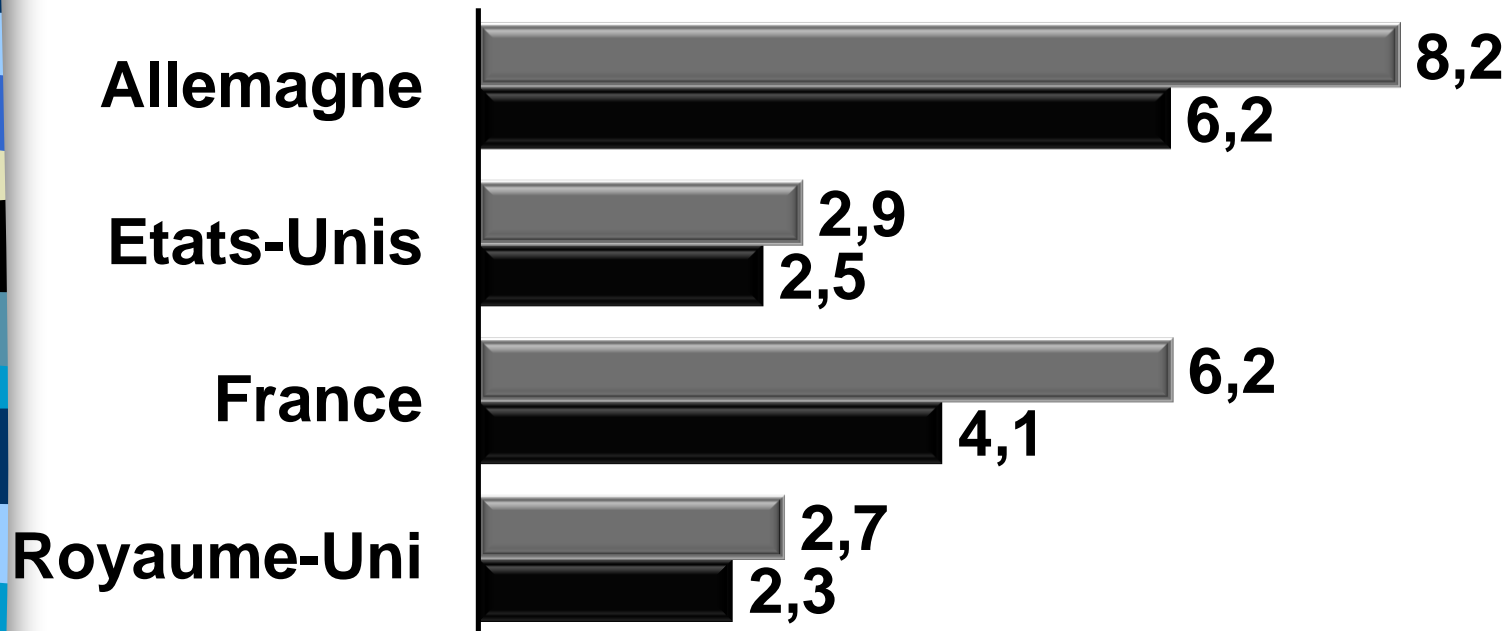
#### Accès au système de santé

- Tarifs sociaux pour les lunettes, les prothèses auditives et les soins dentaires (sous conditions de ressources) – A suivre
- numéro national unique pour joindre un médecin de garde H24 7/7 – A suivre
- Service public d'information en santé « GPS santé » sous forme de plateforme multi-media – A suivre.

# Organisation des soins dans d'autres pays : III - l'hôpital

Pays	Tarification 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
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+++

# Nombre de lits d'hôpitaux et nombre de lits de soins aigus pour 1000 habitants (2015 ou année la plus proche)



- Nombre total de lits d'hôpitaux
- Nombre de lits de soins aigus

# Organisation des soins dans d'autres pays

## IV – les soins primaires

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	<i>Clinical commissioning groups en Angleterre</i>
Etats-Unis	Incitations	Oui, dans les MCO <sup>21</sup>	Oui. Physician assistants

# IV – Les Soins primaires

## Ex 1 : Angleterre

- Spécifique à l'Angleterre : leadership national
- Base du volontariat
- Expérience de décentralisation avec logique d'économie de marché
- Achat de soins par les cabinet de médecins généralistes (exerçant avec les autres professionnels de santé) avec choix entre public et privé : *Clinical Commissioning groups*
- Bilan en attente
- Economies attendues

# IV – Les Soins primaires

## *Clinical Commissioning groups*

- Le NHS England gère directement 25 milliards de £ -31 milliards €)
  - 10 milliards de £ pour les médecins généralistes et
  - 15 milliards pour des programmes de santé publique
- Les primes à la qualité versées aux médecins fonction
  - De l'amélioration des services de santé achetés
  - Amélioration des résultats de santé
  - Réduction des inégalités de santé
  - Exemples : réduction de la mortalité prématurée, amélioration de l'accès aux psychothérapies, réduction du nombre d'admissions évitables à l'hôpital, amélioration du signalement d'effets indésirables de médicaments

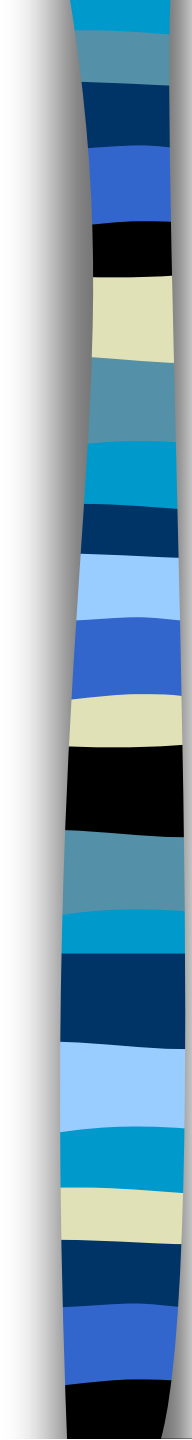


# IV – Les Soins primaires

## Ex2 l'Allemagne

- Tiers-payant depuis l'origine du système
- Régulation des honoraires prix/volume par les associations de médecins
  - Négociations avec les caisses de sécurité sociale dont le nombre a fortement diminué. 120
- Tarifs différents entre caisses et entre professionnels de santé
- Tarifs de compensation entre les caisses pour éviter la sélection des patients
- Autorisation des caisses à augmenter les cotisations si nécessaire
- Excédents dégagés.
- Objectif : pas de déficit des Länder en 2020.





# V – Organisation des soins dans d'autres pays : la place du médecin

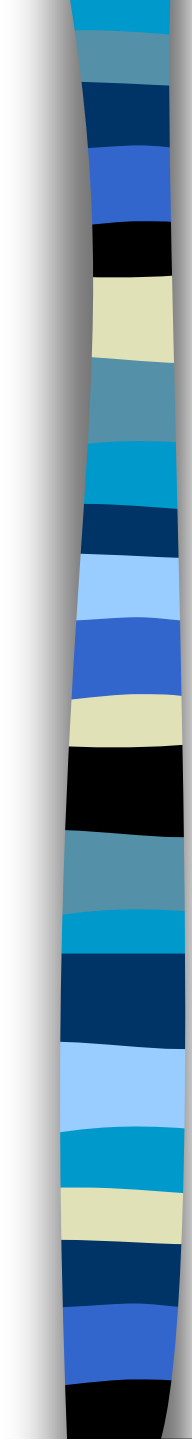
- **Ambulatoire/hospitalier**
- **Généralistes/spécialistes**
- **Exercice individuel/collectif**
- **Exercice interprofessionnel**
- **Evolution du contenu des métiers (transfert de tâches)**
- **Nouveaux métiers**

# V – Organisation des soins dans d'autres pays : la place du médecin

nombre de médecins / population

niveau d'activité, durée  
du travail :  
quelle évolution dans  
l'avenir ?

évolution du contenu  
du métier de médecin ?



# V – Organisation des soins dans d'autres pays : la place du médecin

➔ le nombre de médecins nécessaires est **très contingent à l'organisation des soins et au contenu des métiers**



# V – Organisation des soins dans d'autres pays : la place du

Dans l'avenir... 10, 20 ans ?  
**médecin**

- évolution vers des **formes d'exercice plus collectives et interprofessionnelles** ( maisons médicales, salariat ?...)
- dynamique encore embryonnaire mais évolution profonde de la médecine de ville par manque de praticiens
- Organisation des hôpitaux, des statuts et des carrières à adapter<sup>28</sup> aux besoins

# Conclusion

- Démographie des professions de santé
  - Analyse des partages de tâches et articulations entre professions (Observatoire national de la démographie des professions de santé)
- techniciens en radiologie / radiologues
- responsabilités des infirmières (Royaume-Uni, Québec, États-Unis)
- Difficile de copier les systèmes étrangers...
- Actualité à suivre : avenir de votre pratique
- Biblio à lire pour bien comprendre