



# Comparaison internationale des systèmes de santé (1)



**Dr. Anne-Laurence Le Faou**

**M1 – 10-11**

- 
- 

# **Organisation du système de santé**

## **Contraintes de financement**

### **Plan**

**Introduction**

**I – Système de santé aux Etats-Unis**

**II – Système de santé au Royaume-Uni**

**III – Organisation des systèmes de santé**

**IV - Comparaison des systèmes de santé en  
graphiques**

**Conclusion**

# Introduction

- **Fonctionnement politique**
  - **Philosophie de protection sociale**
  - **Place de l'hôpital dans le système de soins**
  - **Rôle du médecin dans le système de soins**
  - **Politique de santé publique**
- Trois diapos explicatives de ces principes**

•  
•  
Etat ±



Etat +++

Individu +++

Individu ±

« Rôle d'arbitre » de l'Etat  
Prépondérance de l'initiative individuelle

Offre de soins et d'assurance  
principalement privées,  
mais il existe aussi une offre publique

USA Pays Bas

Suisse Belgique

Italie Royaume-Uni

Espagne Irlande

Grèce Suède

Danemark



Intervention de l'état  
 Organisation du système de santé  
 mais libre choix du patient

Prépondérance d'assurances sociales  
 financées par des cotisations  
 mais offre d'assurances mutualistes ou privées

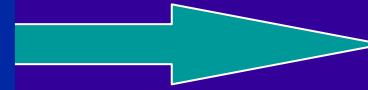
Offre de soins mixte : publique et privée

USA	Pays Bas	France	Italie	Royaume-Uni
Suisse	Belgique	Allemagne	Espagne	Irlande
		Luxembourg	Grèce	Suède
		Canada		Danemark

Etat ±



Etat ++



Etat +++

Individu +++

Individu ++

Individu ±

Pas ou peu d'intervention de l'Etat  
Prépondérance de l'initiative individuelle  
Respect du libéralisme économique

Offre de soins et d'assurance principalement  
privées

Forte intervention de l'Etat  
Organisation du système de santé  
Financement sur le budget de l'état (impôts)

Offre de soins et d'assurance  
principalement publiques

USA

Pays Bas  
Belgique

Suisse

France  
Allemagne  
Luxembourg  
Canada

Italie  
Espagne  
Grèce

Royaume-Uni

Irlande

Suède

Danemark

•  
•

## Introduction

### Le système de santé idéal ?

- ***Global*** : ne néglige aucun secteur ou objectif
- ***Accessible*** : accessibilité géographique (proximité) et économique (coût)
- ***Efficace*** : techniquement et économiquement
- ***Acceptable*** : assentiment de la population
- ***Planifiable et évaluable***
- ***Souple et modifiable*** (adaptable à une épidémie par exemple ou à des circonstances : grippe H1N1)

## **Introduction : les éléments contextuels**

- **Démographie (taux d'accroissement de la population, répartition par âge)**
- **Indicateurs synthétiques de l'économie (PIB global, par habitant)**
- **Dépenses de santé : ressources allouées à la santé (exprimé en % de PIB)**
- **Indicateurs sanitaires (mortalité infantile, espérance de vie) ; les comportements de santé**
- **Offre de soins : densité médicale, densité en lits hospitaliers**





# I - L 'organisation du système de santé aux Etats-Unis

## **En guise d'introduction**

- **Le système de santé le « plus cher » du monde (15 % du Produit Intérieur Brut en 2009)**
- **Un système reposant principalement sur une offre privée de soins et d'assurance**
- **avec des exclusions ... inimaginables du point de vue d'un européen**

## Une organisation libérale

- Respect du principe de la libre initiative individuelle
  - pas d'obligation d'assurance santé
- Respect du libéralisme économique
  - Offre privée de soins et d'assurance prédominante
- Assurance-maladie fédérale organisée pour :
  - les personnes de plus de 65 ans
  - les plus pauvres

## **Une offre de soins privée et libérale**

- **Une médecine libérale spécialisée (> 80 % des praticiens) en ville comme dans les hôpitaux**
- **Peu de médecins salariés (10 à 15 %)**
- **Un secteur hospitalier privé prédominant mais hétérogène**
  - dans la recherche ou non du profit
  - dans la taille

# L'offre publique

- **Les hôpitaux publics**

- représentent environ un tiers des lits
- gérés par les municipalités ou les comtés
- assurent une mission de service public (urgences)
- acceptent tous les patients, même ceux insolubles
- difficultés de gestion pour la majorité d'entre eux

- **Une protection sociale limitée**

- Medicare
- Medicaid

- **Le financement de la recherche médicale**

- National Institutes of Health

# Medicare

- **Une assurance-hospitalisation pour**
  - les plus de 65 ans
  - les invalides
  - les insuffisants rénaux chronique en dialyse
- **Souscription d'une assurance complémentaire couvrant les soins ambulatoire est possible**
- **Faible remboursement des médicaments, analyses biologiques, optique, etc**
- **Financé par**
  - des cotisations des employeurs et salariés
  - assurance complémentaire : 25 % par les souscripteurs, 75 % par l'Etat fédéral

# Medicaid

- **Une assistance-maladie gratuite pour les plus pauvres**
  - seuil ouvrant droit est variable selon les états
  - prise en charge des dépenses de santé si elles sont très élevées par rapport aux revenus
- **Prise en charge à 100 % des hospitalisations, consultations et examens**
- **Remboursement des médicaments variable selon les états**
- **Conditions limitant le remboursement**
  - autorisation préalable pour consulter ou être hospitalisé
  - tarif imposé pour les consultations
  - liste limitative de médicaments
- **Financé de 50 % à 75 % par l'Etat fédéral**

## L'offre privée d'assurance

- **Développement d'un important secteur d'assurance privée à but lucratif ou non**
  - Assurances privées classiques
  - Assurances à but non lucratif (Blue cross, Blue Shield)
  - Assurances d'entreprises
  - Preferred Providers Organizations (P.P.O.)
  - Health Maintenance Organisations (H.M.O.)



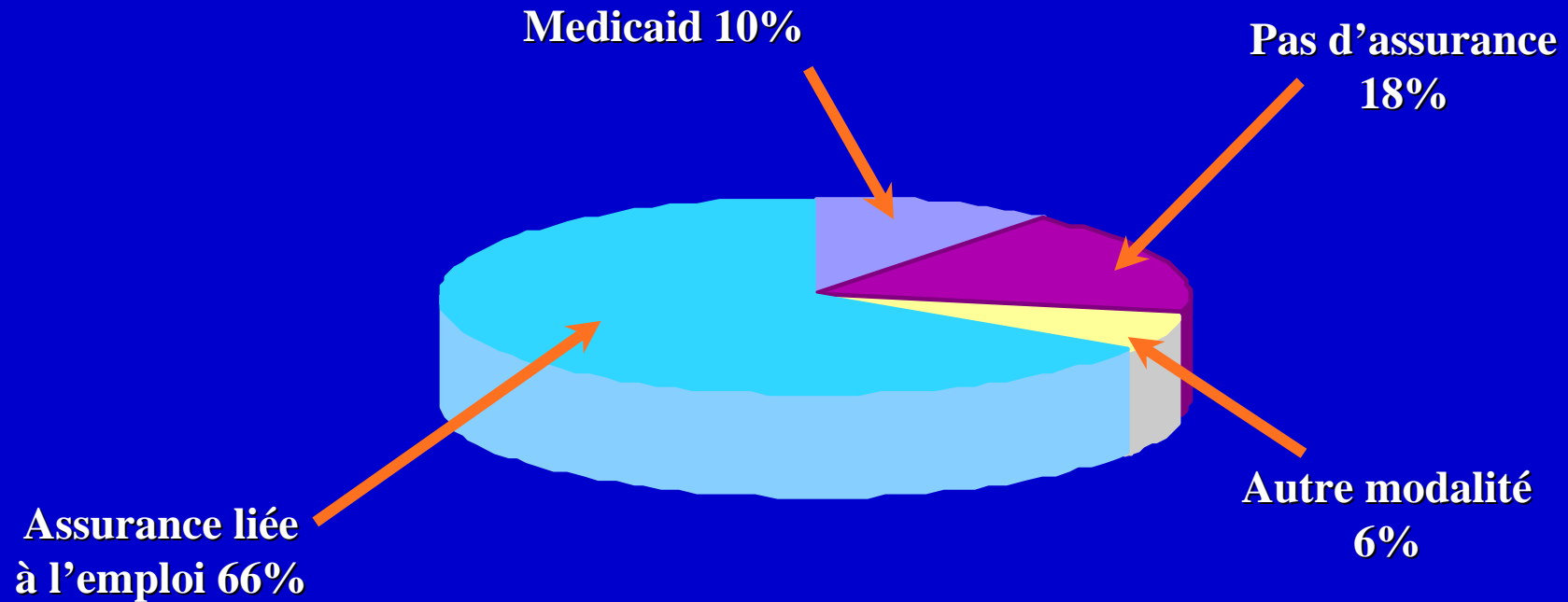
## **Un système coûteux**

- **Inflation croissante des dépenses de santé et des prix**
- **Augmentation progressive des tickets modérateurs par les assurances privées**
- **Mise en place de paiements forfaitaires par Medicare et Medicaid**
- **Mise en place de protocoles thérapeutiques standardisés par Medicare, Medicaid et des structures privées telles que les HMOs et PPOs.**

## **Une forte participation des patients au financement**

- **Financement des dépenses de santé :**
  - Patients : 27 %
  - Assurances privées : 28 %
  - Etat fédéral et Etats : 45 %
- **Participation des patients très variable selon le type de soins (médicaments +++ , hospitalisation ±)**
- **18 % de la population n'a aucune couverture.**

## La couverture maladie pour les moins de 65 ans aux États-Unis



# La situation 2010 du système de santé aux Etats-Unis

- **Obama**
  - système national d'assurance maladie ouvert à ceux dont l'employeur ne procure pas de couverture médicale : échec
  - Financement de la réforme : 840 milliards de \$ sur dix années (or 10% de chômeurs en 2010).  
Reprise de croissance ? Mais les Républicains majoritaires à la chambre des représentants
  - Pas de consensus démocrate
  - Avancée certaine mais complexité persistante du système (prédominance du privé)

# • • Pour conclure

- Un système libéral privilégiant la libre initiative individuelle et une offre essentiellement privée de soins et d'assurance
- mais excluant de fait une part importante de sa population
- avec des contraintes économiques de plus en plus fortes sur les prescripteurs
- qui pourtant ne jugulent pas l'inflation des dépenses



# III - Le système de santé britannique : National Health Service



## **En guise d'introduction**

- **Le système de santé le « moins cher » d'Europe (8,5 % du Produit Intérieur Brut en 2009)**
- **Le National Health Service (NHS) est le premier employeur européen**
- **Un système dont l'image s'est détériorée auprès de l'opinion publique, et avec des inconvénients «incompréhensibles» (du moins pour un Français, mais aussi de plus en plus pour les Britanniques eux-mêmes)**
- **Et pourtant les dépenses de santé ont été multipliées par trois depuis 1997**

## **Une organisation centralisée**

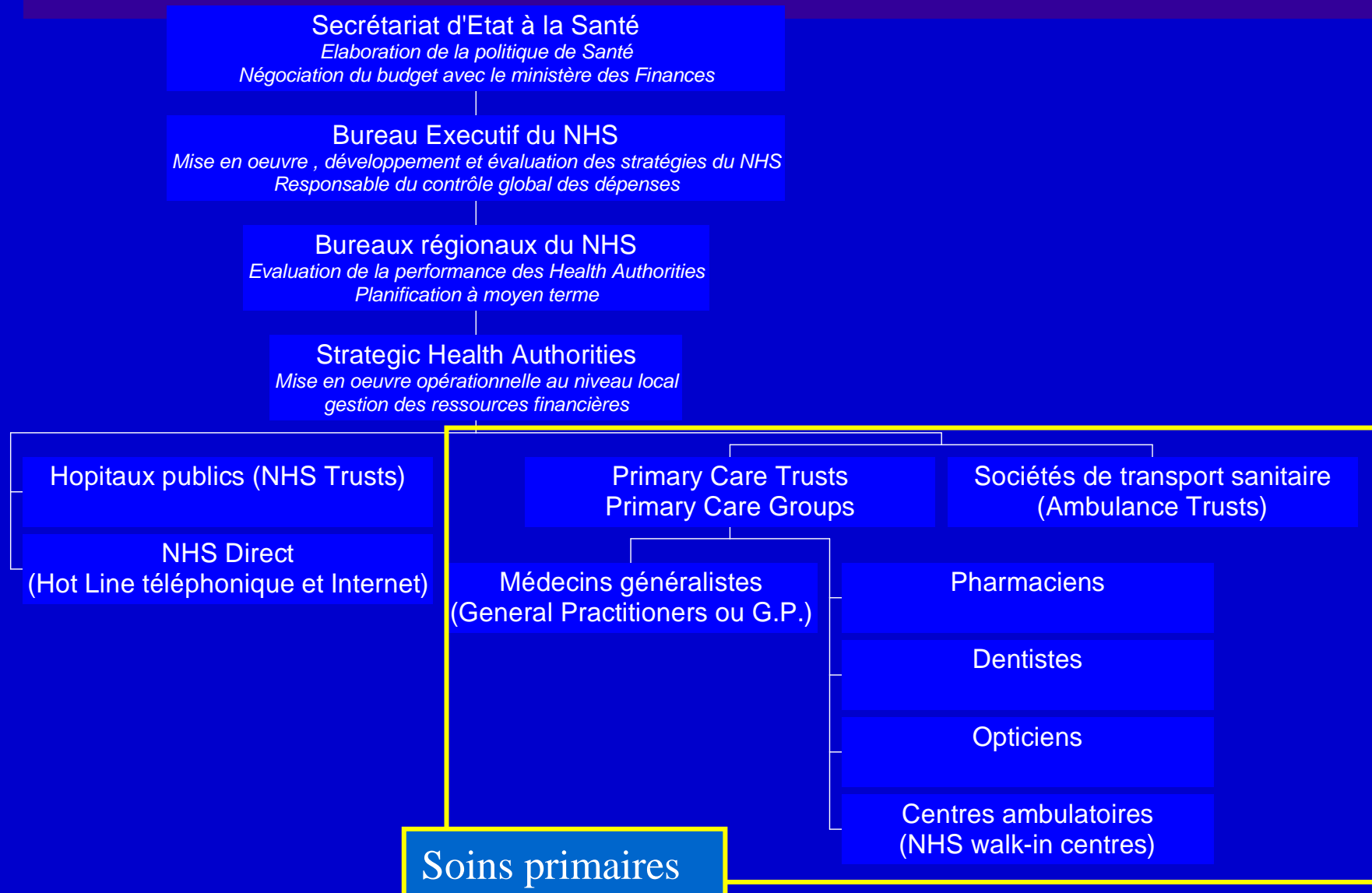
- **Service public national de santé**
- **Assurant la gratuité des soins ambulatoires et hospitaliers**
- **Organisé et financé par l'Etat**
- **Sur des budgets approuvés par le Parlement**
- **Payé par le contribuable**



## **La réforme de 1999 : le New NHS**

- **Création des Primary Care Groups / Primary Care Trusts**
- **Développement d'une approche qualité intégrée (National Institute for Clinical Excellence, Commission for Health Improvement)**
- **Mise en œuvre d'une « nouvelle politique de santé publique » intégrant les champs sanitaire et social**

# L'organisation du N.H.S.



## **Les objectifs du gouvernement**

- **Améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités**
- **Fournir des soins intégrés**
- **Améliorer la qualité des soins et la capacité de réponse du N.H.S, et établir des standards de prise en charge plus ambitieux**
- **Améliorer l'efficacité et la performance du NHS**
- **Améliorer la confiance du public dans le NHS et les services sociaux**

## **Les G.P. britanniques : un statut particulier**

- **Ni vraiment libéraux, ni vraiment salariés**
- **Statut de travailleurs indépendants**
- **Sous contrat avec le N.H.S.**
- **Exercice à titre privé possible, mais rare en pratique**
- **Majoritairement en cabinet de groupe ou en «centres médicaux»**
- **Regroupés depuis la réforme de 1999 dans des Primary Care Groups (PCGs) ou Primary Care Trusts (PCTs)**

## Les « gardiens du système »

- Consultations gratuites pour les patients inscrits sur la liste du G.P. / Cabinet de groupe
- Point de passage obligé pour consulter des spécialistes et accéder aux hôpitaux
- Des consultations assez courtes (7-10 ')
- Pratiquement pas de visites à domicile
- Peuvent délivrer des médicaments aux patients si ceux ci ne résident pas à proximité d'une pharmacie



## Un mode de rémunération original

- **Pas d'honoraires**
- **Pas de salaire**
- **Mais une capitation !**
  - + indemnités (formation continue, faible densité démographique)
  - ± subventions (pour emploi de personnel)
- **Certains soins restent payés à l'acte**

## **Des organes gérant des budgets unifiés**

- **Responsabilité de gestion sur des enveloppes budgétaires limitées**
- **Une gestion « flexible », autorisant les transferts**
- **Pour les Primary Care Trusts et les Health Authorities,**
  - entre l'hôpital vers l'ambulatoire,
  - entre le sanitaire vers le social
- **Pour les Primary Care Groups,**
  - au sein de l'enveloppe ambulatoire entre les budgets de prescription, et ceux concernant le personnel, les locaux, les investissements

## Les PCGs / PCTs

- **Groupements d'environ 50 GP ± infirmières**
- **Couvrant en moyenne une population de 100 000 patients**
- **Responsable de la gestion des services de santé primaire au sein du NHS**
- **Différents niveaux de responsabilité :**
  - niveaux 1 et 2 (PCGs) : rôle de conseil ou de sous-commission auprès des Health Authorities (H.A.)
  - niveaux 3 (PCGs) et 4 (PCTs) : organismes autonomes, responsables de leur gestion devant les H.A.
- **Dirigés par un comité de direction (Board)**



## **Composition du « Board »**

- **Un président**
- **Un directeur exécutif**
- **4-7 G.P.**
- **1-2 infirmières**
- **1 représentant des Health Authorities**
- **1 représentant des services sociaux**
- **1 représentant de la société civile (Lay member)**
- **D 'autres professionnels de santé (pharmaciens, dentistes, etc) peuvent être co-optés.**

# La délivrance des médicaments

- Par des pharmaciens, sur prescription médicale si le médicament est remboursable
- Réseau peu dense d'officines pharmaceutiques
- Par des GPs si le patient ne réside pas à proximité d'une pharmacie
- Les pharmaciens ont un statut privé mais sont conventionnés auprès du N.H.S.
- Pas de monopole pharmaceutique sur les médicaments non remboursables

# La régulation du prix du médicament

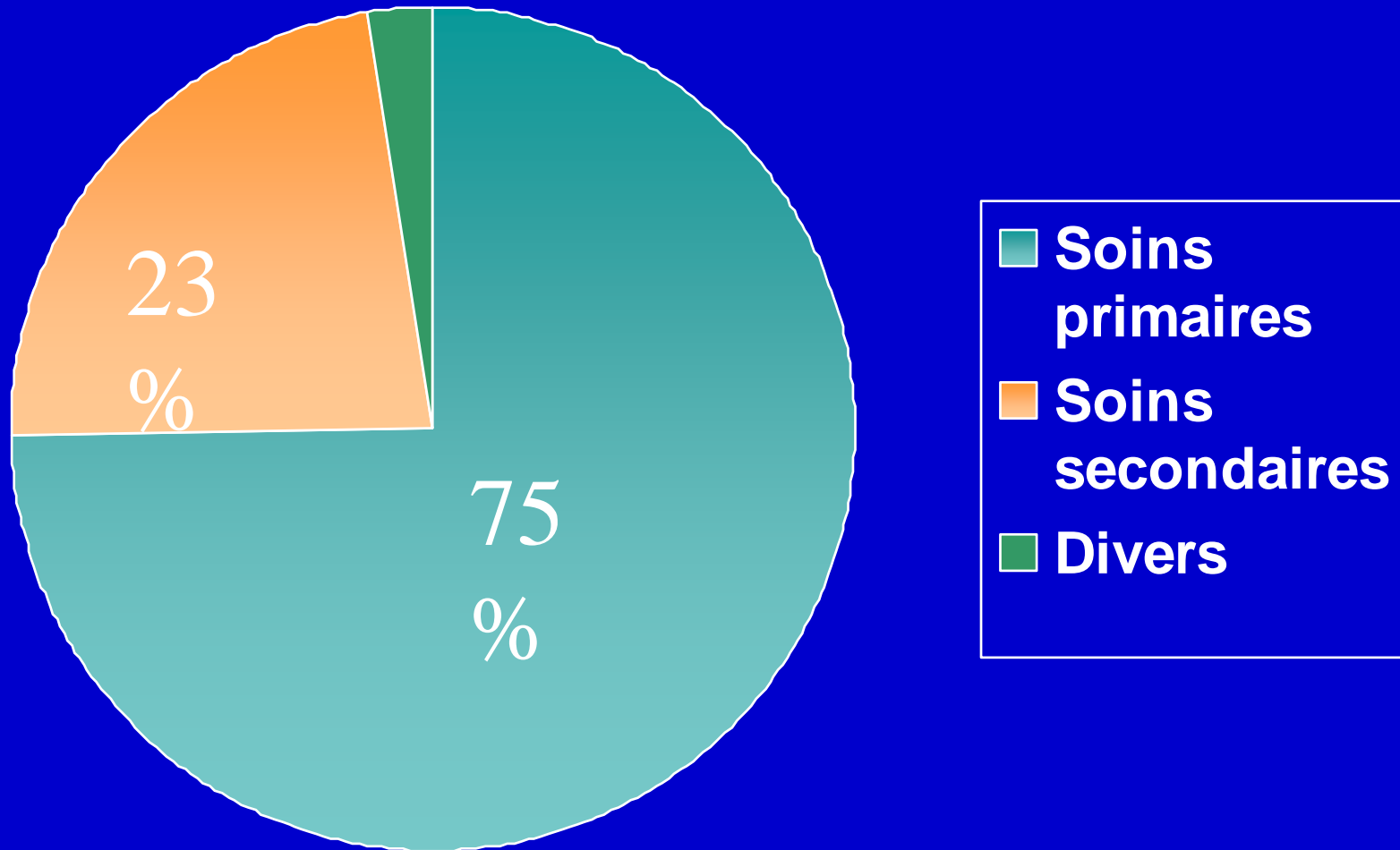
## Pharmaceutical Price Regulation Scheme (PPRS)

- Accord quinquennal entre l'ABPI et le Department of Health
- Contrôle du «Return on Capital» (RoC) donc du profit des compagnies, mais pas des prix qui sont fixés librement
- Pour tout médicament de marque payé par le N.H.S.
- Pour toute compagnie dont CA > 25 millions £.
- Génériques en DCI et produits sans prescription sont exclus
- Les compagnies fixent librement leur prix initial mais ne peuvent plus les augmenter librement ensuite
- Admission au remboursement :
  - inscription sur la “NHS selected List” pour certaines classes thérapeutiques
  - Avis du NICE pour les médicaments particulièrement coûteux

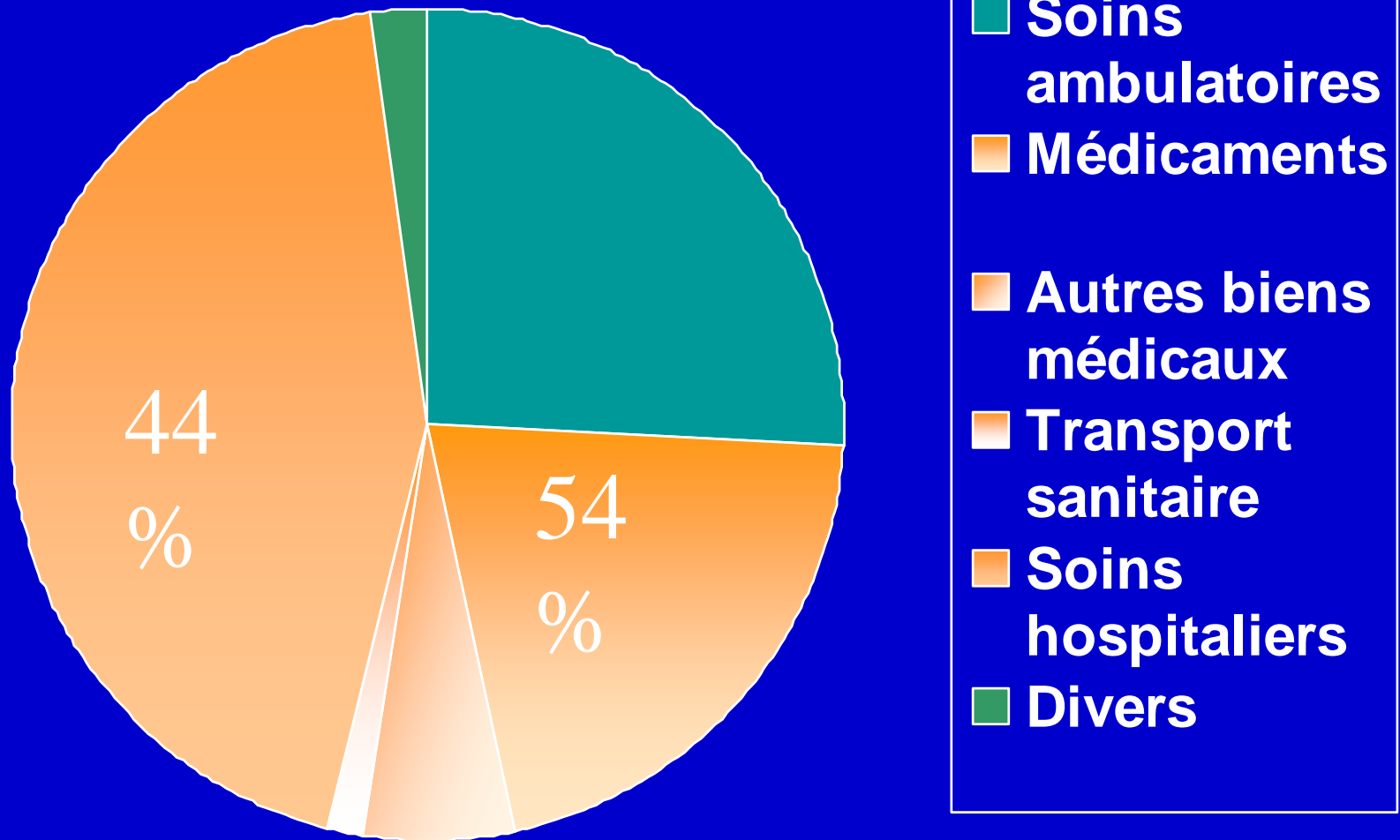
## **Les hôpitaux publics (NHS Trusts)**

- Accès par l'intermédiaire du G.P.
- Rendez vous et traitement gratuits
- Consultations externes de spécialistes et examens spécialisés
- Médecins salariés, pouvant exercer une activité privée
- Les hôpitaux (Trusts) sont des organisations autonomes, avec leur propre management et financés par les H.A. et les P.C.Gs de niveau 3 et les PCTs (niveau 4)
- sur la base d'une négociation de contrats d'objectifs et de moyens (voir deux cours précédents)

# Répartition des dépenses du NHS



## Comparaison avec la répartition des dépenses en France



# Une volonté de promouvoir une approche qualité intégrée

- **Responsabilité légale des NHS Trusts, et à terme des PCGs/PCTs, d'atteindre des standards de qualité**
- **Mise en place du NICE (National Institute for Clinical Excellence)**
  - Evaluation des technologies de santé nouvelles et existantes
  - Elaboration de recommandations de prise en charge clinique
  - Promotion des audits cliniques
- **Commission for Health Improvement**
  - évalue périodiquement la performance des hôpitaux, des Health Authorities et des PCGs
  - en se référant entre autres aux recommandations du NICE et aux standards de prise en charge définis par le NHS (National Service Frameworks, National Framework for Assessing Performance)
  - analyse les plaintes et réclamations faites au NHS

## **Une offre de soins privée limitée**

- Représente environ 12 % des dépenses de santé
- Pratiquement pas de G.P.s
- Essentiellement des spécialistes qui travaillent également au sein du N.H.S.
- Activité en général très spécialisée, en réponse aux limites du N.H.S. (listes d 'attente)
- Les soins sont payés soit par les patients de leur poche, soit pris en charge par des assurances privées
- 10 à 15 % de la population a une assurance **privée**



## **Pour conclure**

- **Un système à l'origine très centralisé mais qui a évolué vers une gestion plus proche du terrain**
- **Un système intégré couvrant les champs sanitaire et social**
- **Un système sous «contrôle» :**
  - financier
  - standards de pratique et de prise en charge
  - doté d'organes d'inspection et d'évaluation des pratiques et de la performance
- **Mais où persistent toujours des listes d'attente importantes chez les GPs, comme pour les interventions non urgentes**

### III- Organisation des systèmes de santé : la décision

	<b>Etat</b>	<b>Financeurs</b>
<b>Allemagne</b>	Réforme de juillet 2003 : accord SPD et CDU Evolutions en cours	Les caisses Cadre paritaire entre les associations de médecins et les caisses
<b>France</b>	Formation des professionnels de santé Etablissements de santé Médicament - LFSS	Les caisses Médecine ambulatoire : honoraires. Contrats individuels en 2009
<b>Royaume-Uni</b>	Depuis la création du NHS	Contrôle des dépenses à tous les niveaux mais Trusts développés
<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)

### III - Organisation des systèmes de santé : l'hôpital

Pays	T2A	Certification	Restructuration
Allemagne	En cours (1997)	Non	Oui (vente d'hôpitaux publics)
France	En cours	Obligatoire Recommandations	Oui. Ex : cliniques Commerciales IdF
Royaume-Uni	Non Achat de soins	Star system	Oui Chirurgie ambulatoire
Etats-Unis	Oui. <i>Medicare</i> Achat de soins	Volontaire	Permanente Chirurgie ambulatoire

### III- Organisation des systèmes de santé : la médecine ambulatoire

<b>Pays</b>	<b>Contrôle de l'installation</b>	<b>Gate-keeping</b>	<b>Exercice pluriprofessionnel</b>
<b>Allemagne</b>	<b>Oui</b>	<b>2006 Réduction des franchises</b>	<b>Oui mais non coordonné</b>
<b>France</b>	<b>Non (projets)</b>	<b>Non obligatoire</b>	<b>Non</b>
<b>Royaume-Uni</b>	<b>Oui</b>	<b>Oui</b>	<b>Oui, Primary care groups (trusts)</b>
<b>Etats-Unis</b>	<b>Incitations</b>	<b>Oui, dans les MCO</b>	<b>Oui. Physician assistants</b>

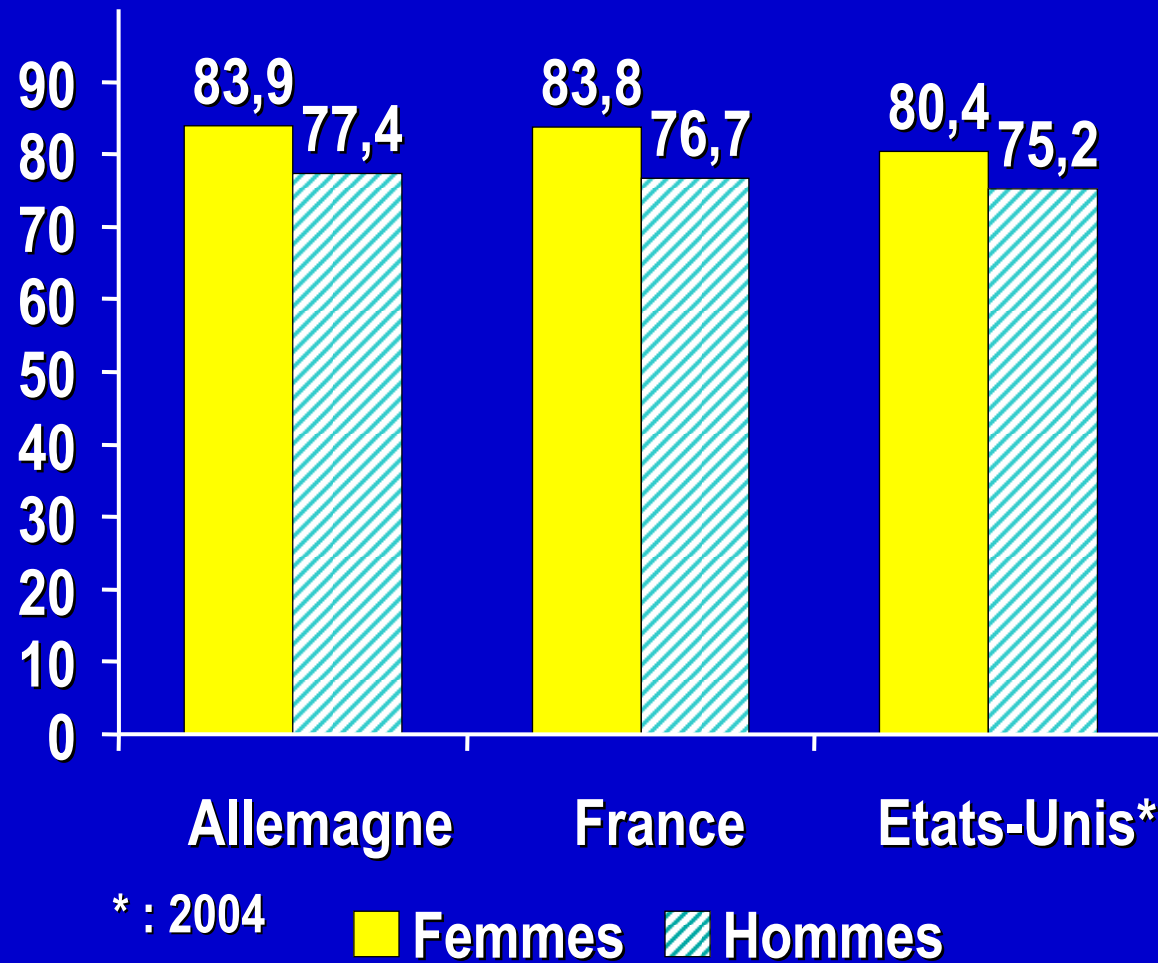
### III - Organisation des systèmes de santé : le secteur pharmaceutique

<b>Pays</b>	<b>Régulation Etat Industrie</b>	<b>Limitation des Remboursements</b>	<b>Génériques</b>
<b>Allemagne</b>	<b>Oui</b>	<b>Oui +liste limitative</b>	<b>Oui</b>
<b>France</b>	<b>Oui</b>	<b>Oui</b>	<b>Oui</b>
<b>Royaume-Uni</b>	<b>Oui</b>	<b>Oui +liste limitative</b>	<b>Oui</b>
<b>Etats-Unis</b>	<b>Non (sauf pour Medicare)</b>	<b>Prise en charge très variable dans les MCO+liste</b>	<b>Oui</b>

### III – Organisation des systèmes de santé : le patient

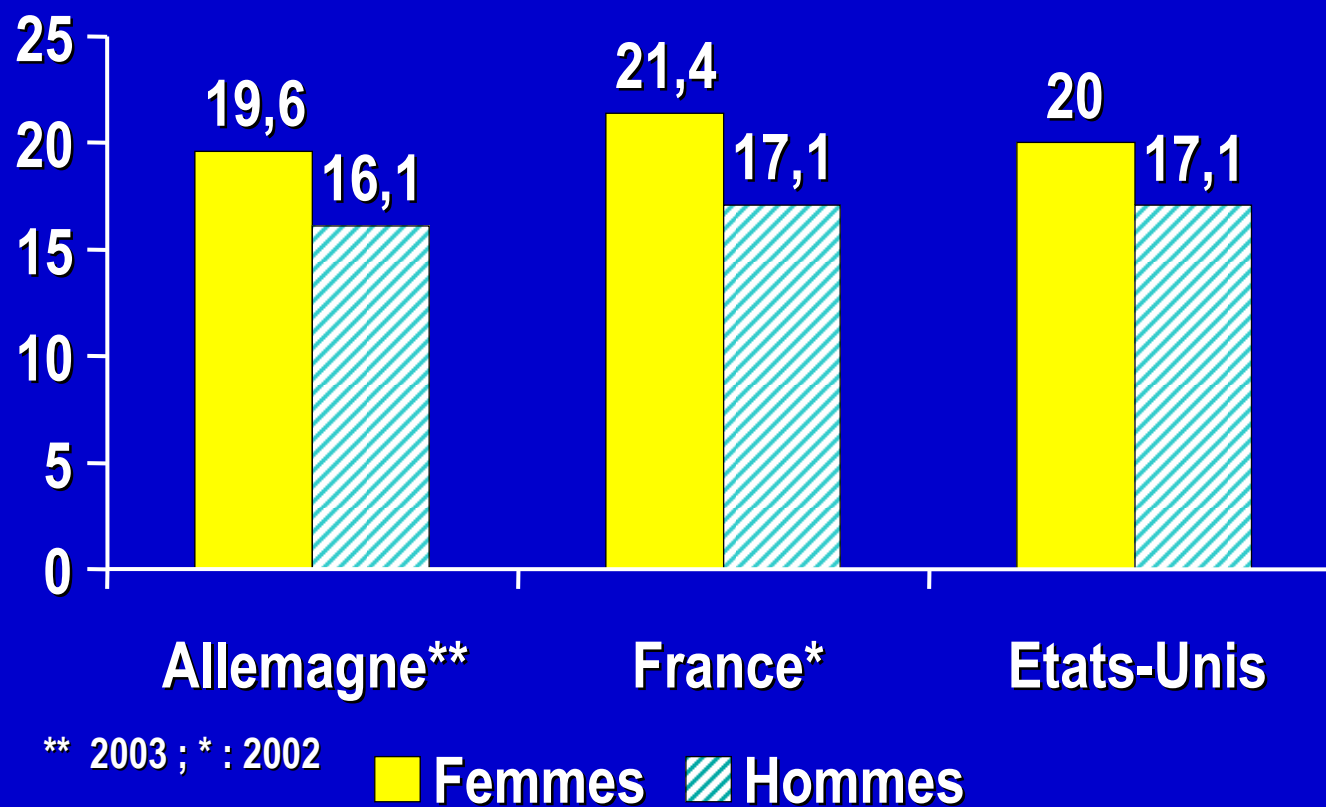
	<b>Ticket modérateur</b>	<b>Promotion de la Santé</b>
<b>Allemagne</b>	Inscription chez le médecin (10 Euros/trimestre) ; Une part des honoraires non remboursée (pas de complémentaire santé)	Système curatif prédominant Mais réduction des franchises en cas de suivi des séances d'éducation thérapeutique
<b>France</b>	En ambulatoire et pour les médicaments. Système d'Assurances Complémentaires très développé	Développement lent : maladies chroniques Prise de conscience tardive
<b>Royaume-Uni</b>	Pour les adultes essentiellement : Médicaments, soins dentaires, optique	Inscrite dans la politique de santé Renforcement depuis 1997
<b>Etats-Unis</b>	Variable selon le contrat de la MCO Plus importante dans les PPO Participation très élevée des patients	Très développée dans les MCO pour des raisons économiques

- IV – Comparaison des systèmes de santé en graphiques  
Espérance de vie - Femmes et Hommes  
à la naissance (années) - 2005



## IV – Comparaison des systèmes de santé en graphiques Démographie

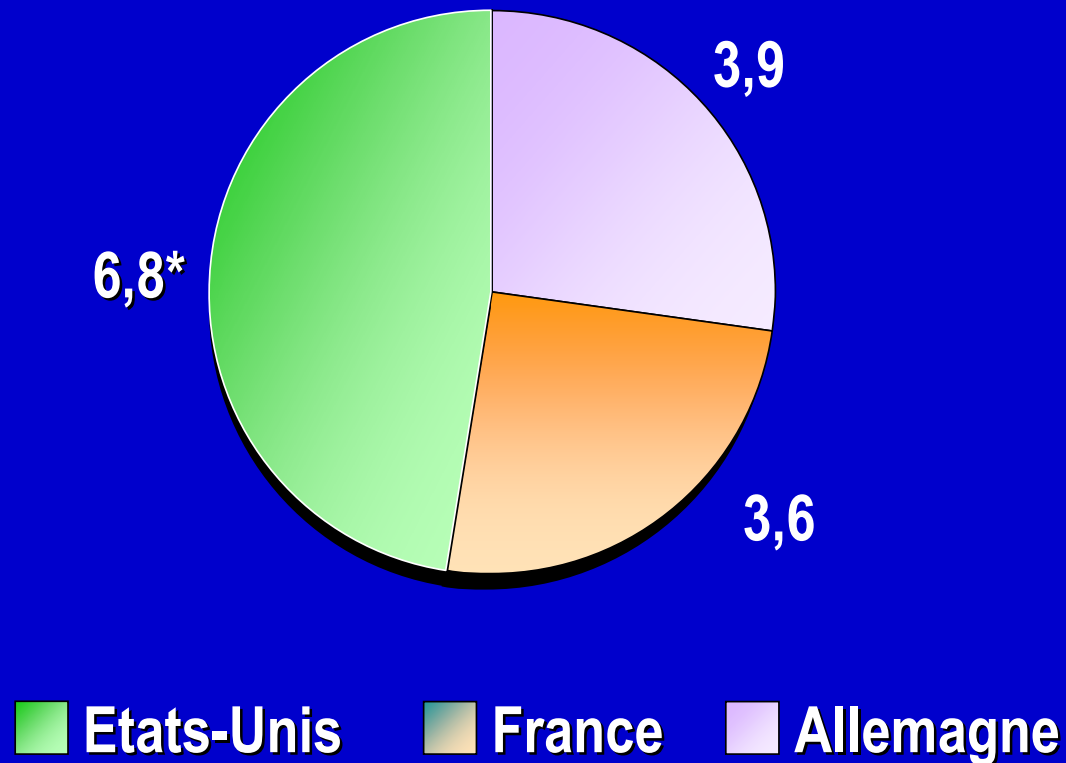
### Espérance de vie à l'âge de 65 ans (2004)





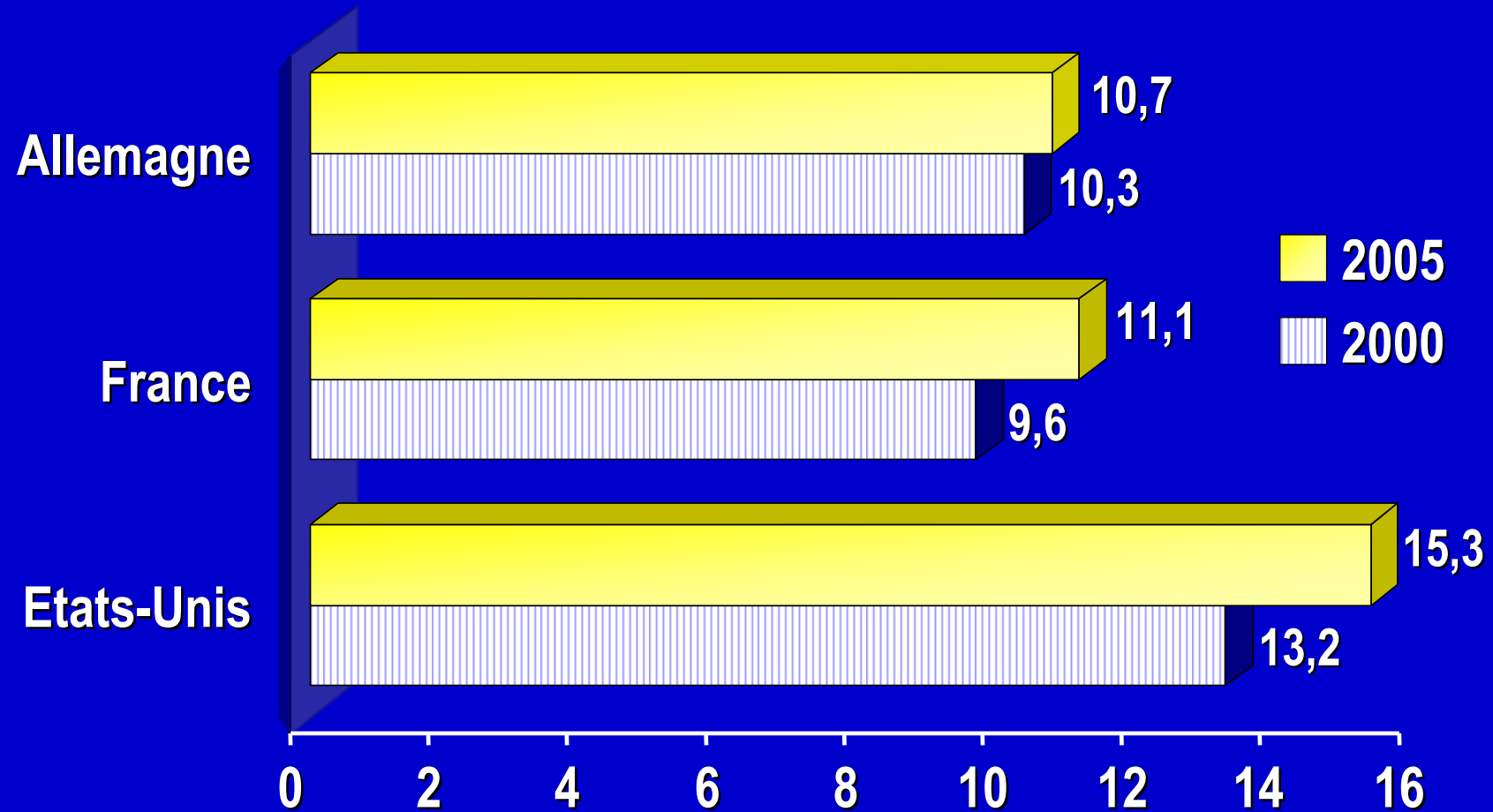
• **IV – Comparaison des systèmes de santé en graphiques**

• **Indicateur sanitaire :**  
**Mortalité infantile - 2005**  
**(Décès /1 000 naissances vivantes)**



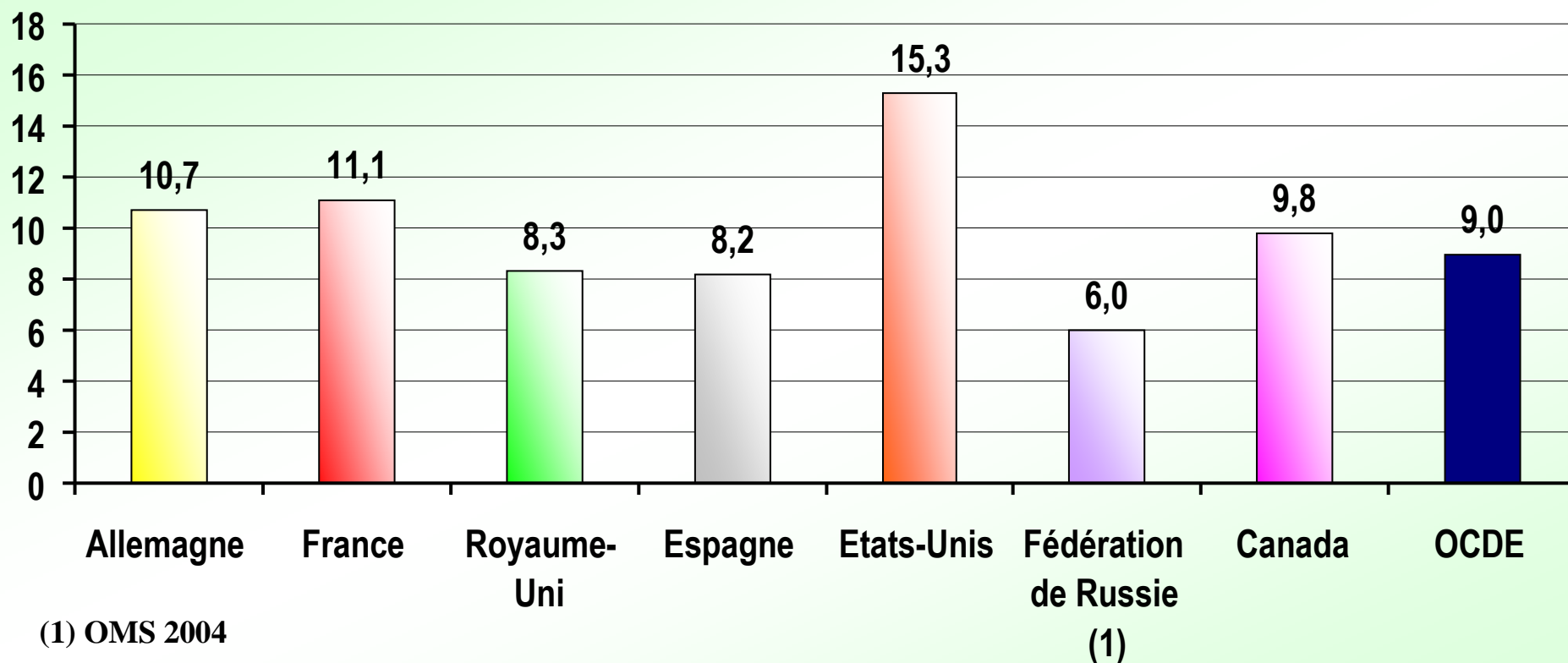
\* : 2004

- 
- **IV – Comparaison des systèmes de santé en graphiques**  
**Dépenses totales de santé en % du PIB**



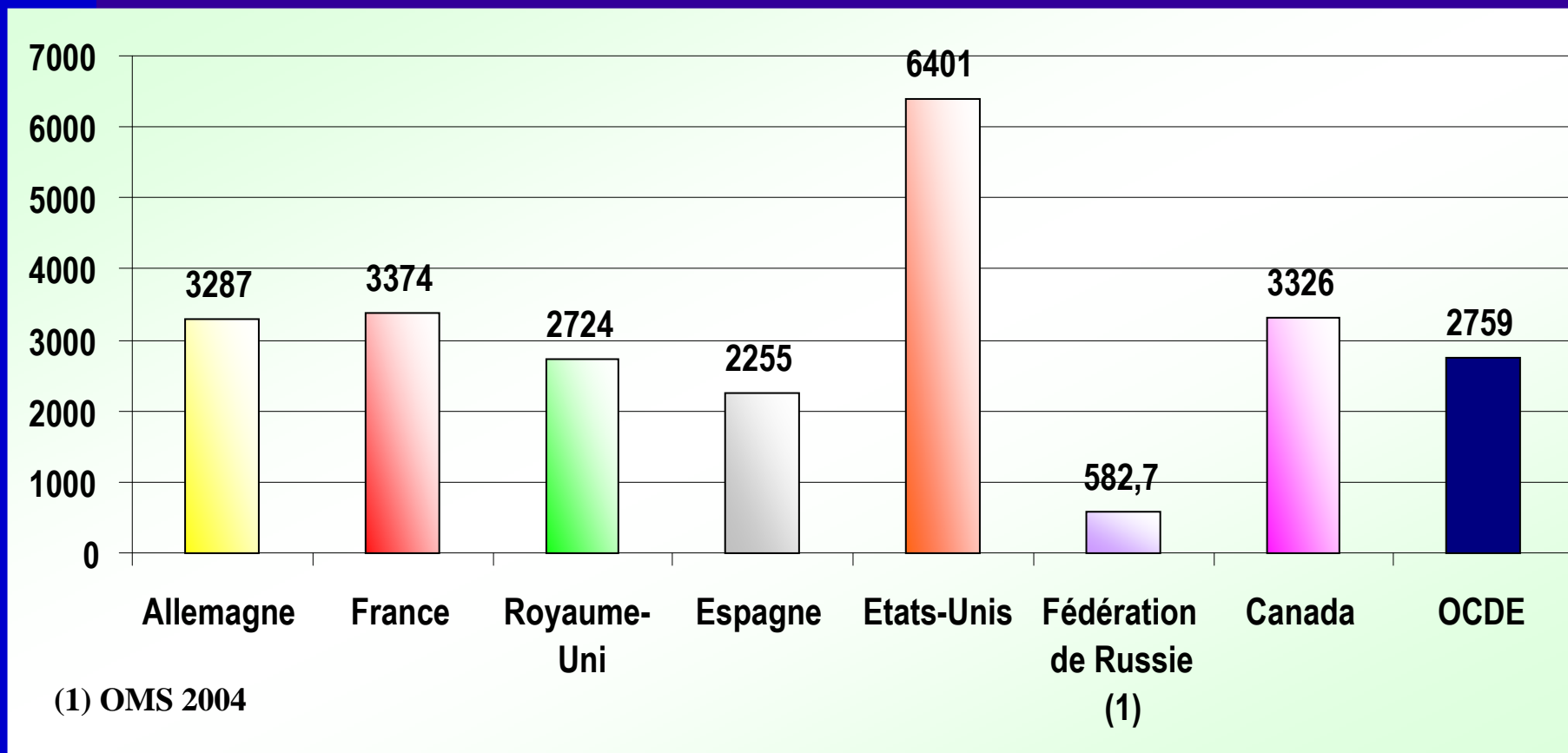
## IV – Comparaison des systèmes de santé en graphiques

### Dépenses de santé en % de PIB - 2005



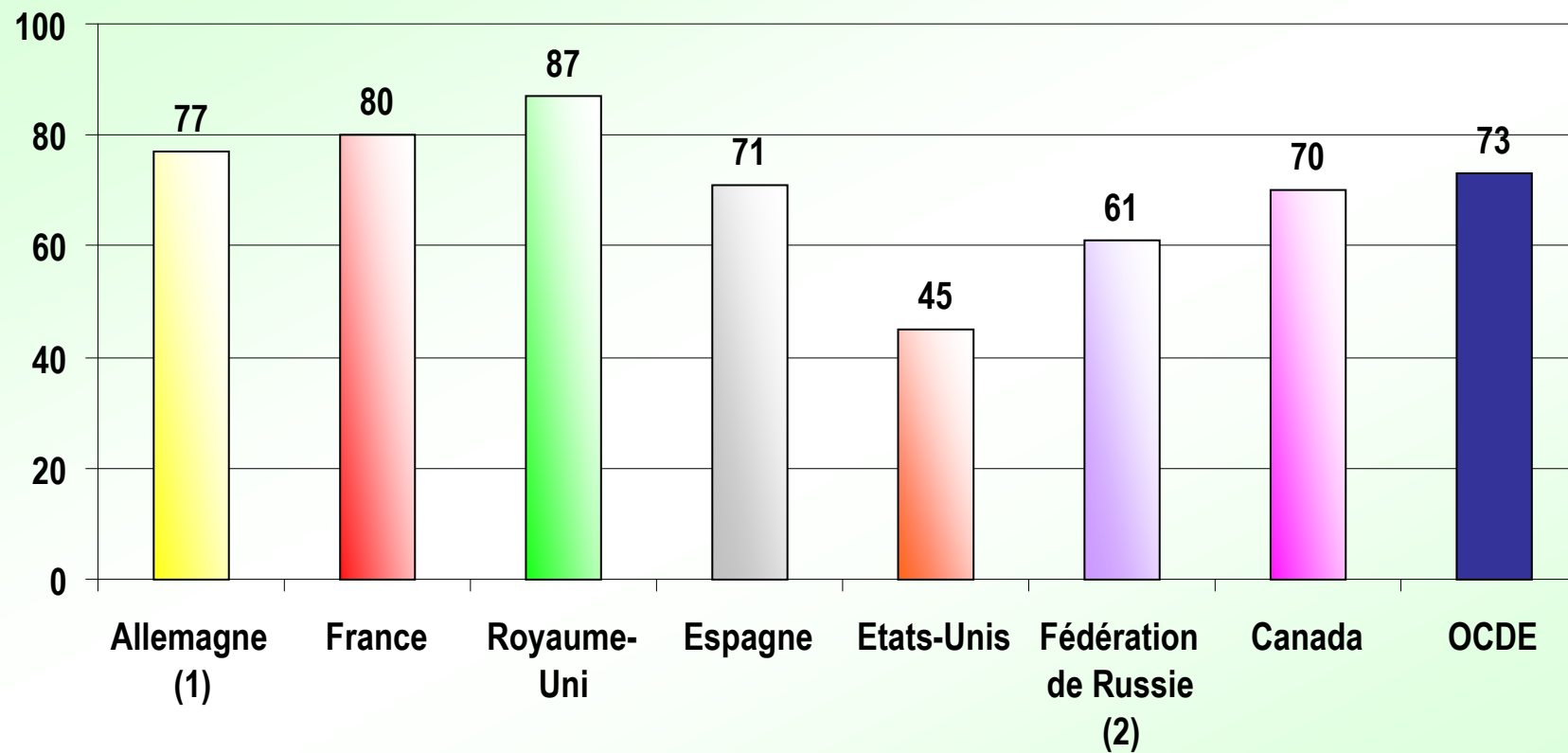
## IV – Contraintes financières

### Dépenses totales de santé par habitant en 2005 (\$ PPA)



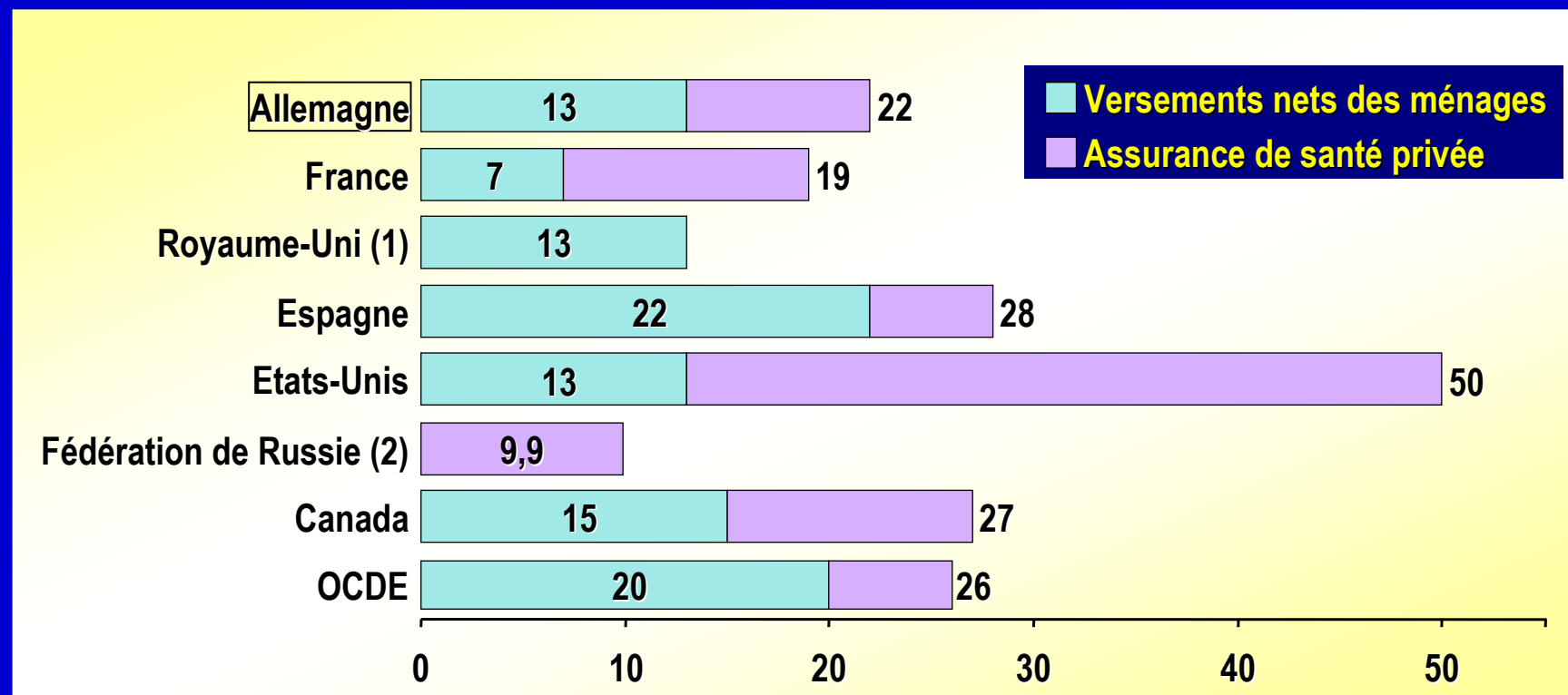
## IV – Contraintes financières

### Part publique des dépenses de santé (%) - 2005



(1) 1992 ; (2) OMS 2004

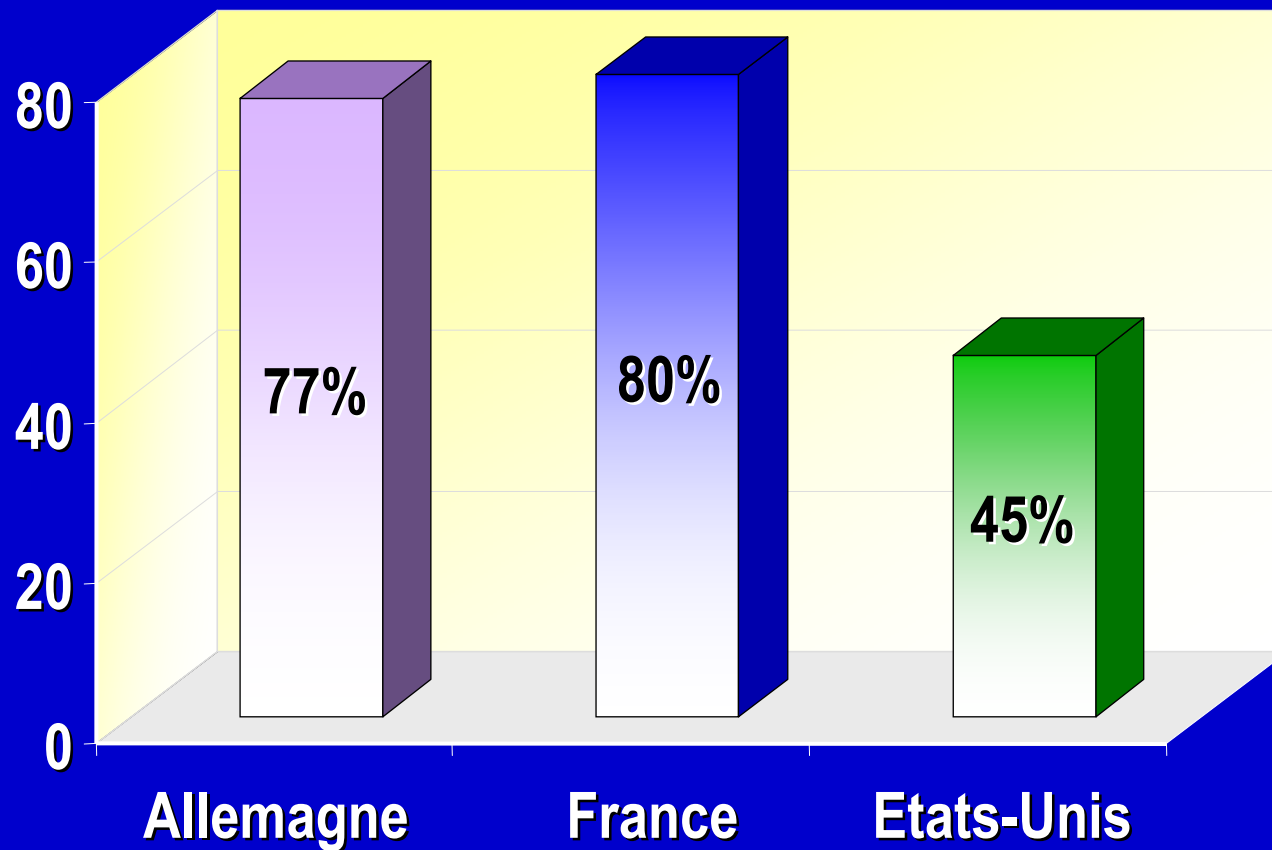
## II – Contraintes financières : Versements nets des ménages et dépenses d'assurance de santé privée - 2005 (en % des dépenses totales de santé)



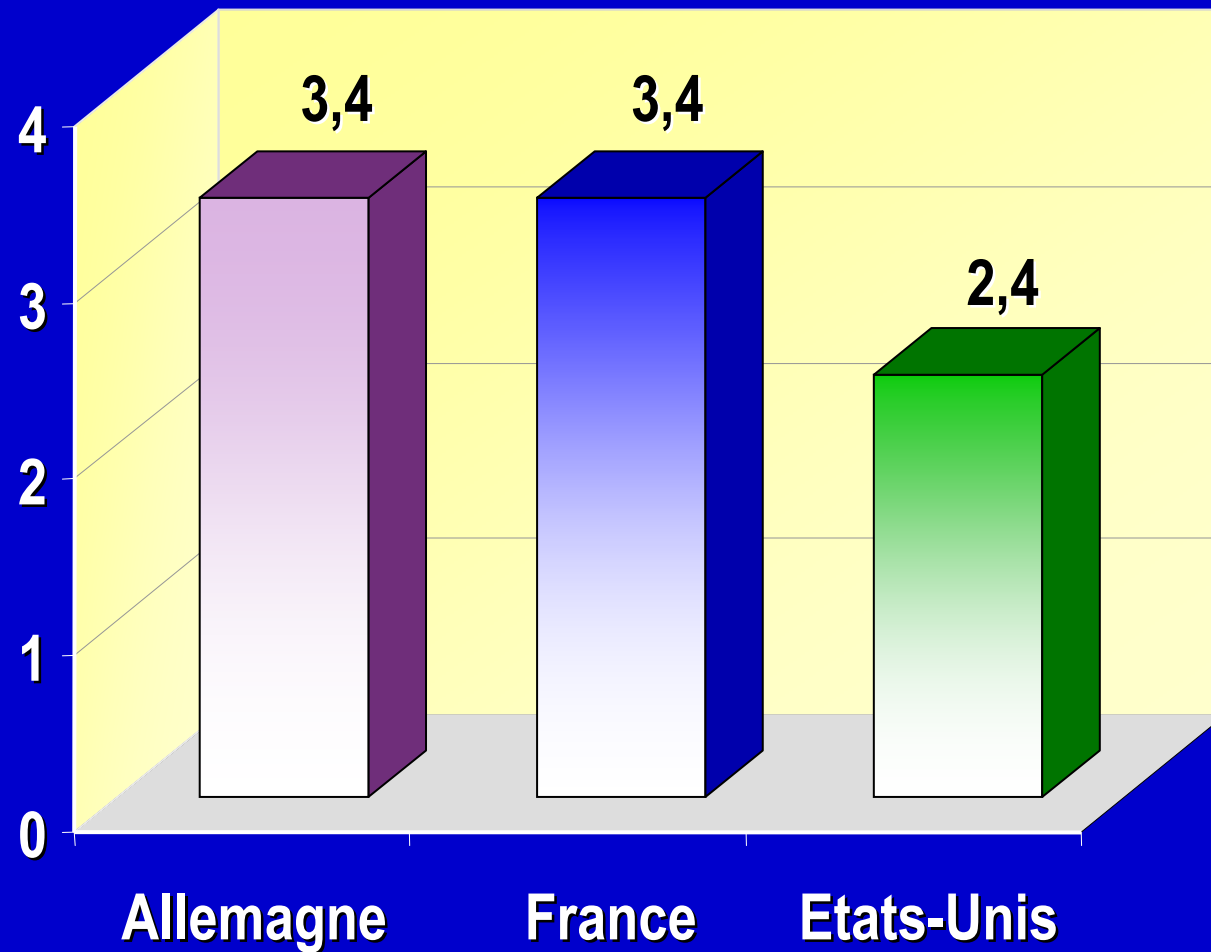
(1) Royaume-Uni : des estimations séparées pour l'assurance de santé privée ne sont pas disponibles

(2) Fédération de Russie : pas de chiffres pour les versements nets des ménages

• **IV – Comparaison des systèmes de santé en graphiques**  
**Part publique du total des dépenses de santé (%) 2005**

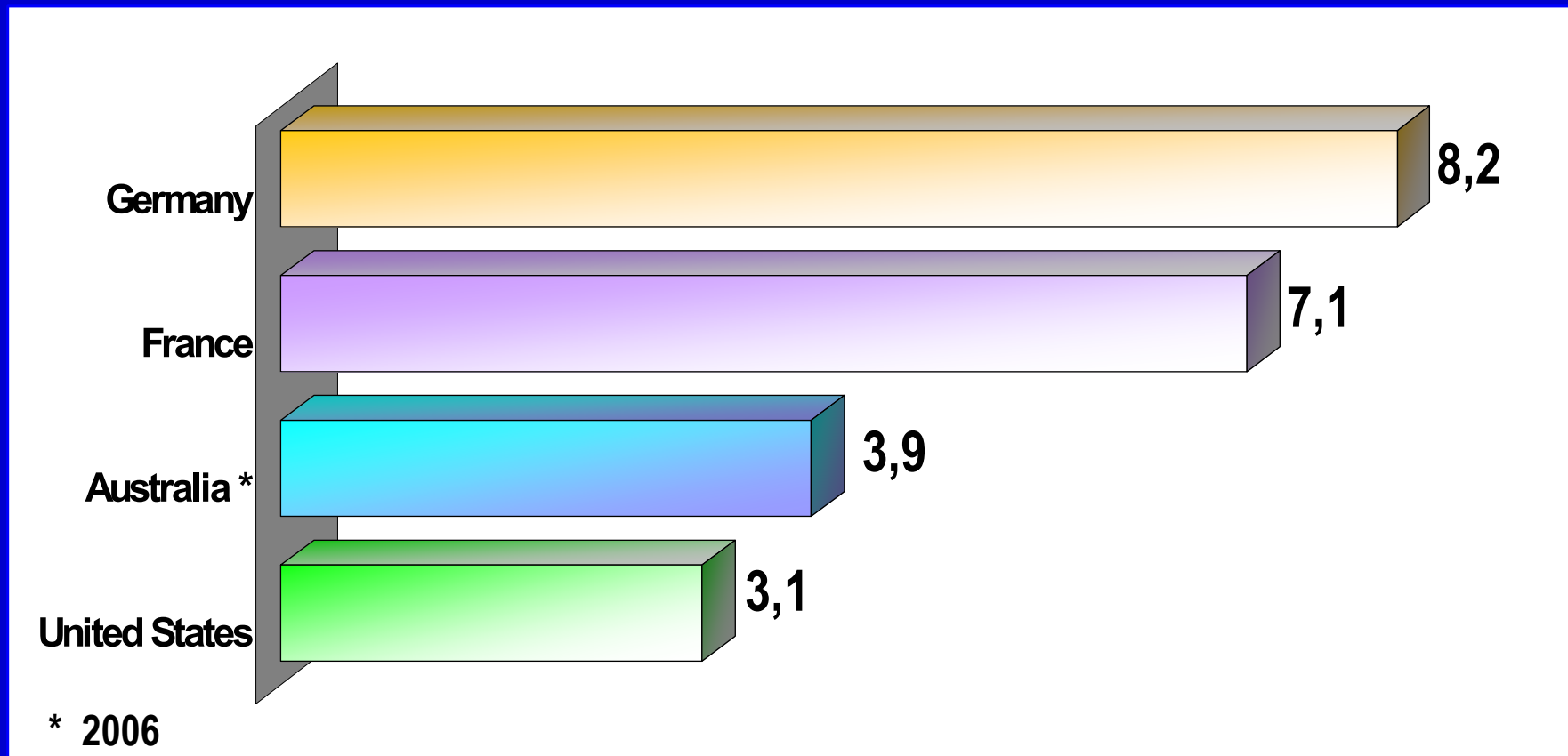


- **IV – Comparaison des systèmes de santé en graphiques**  
**Offre et production de soins**  
**Médecins en activité pour 1000 habitants - 2005**

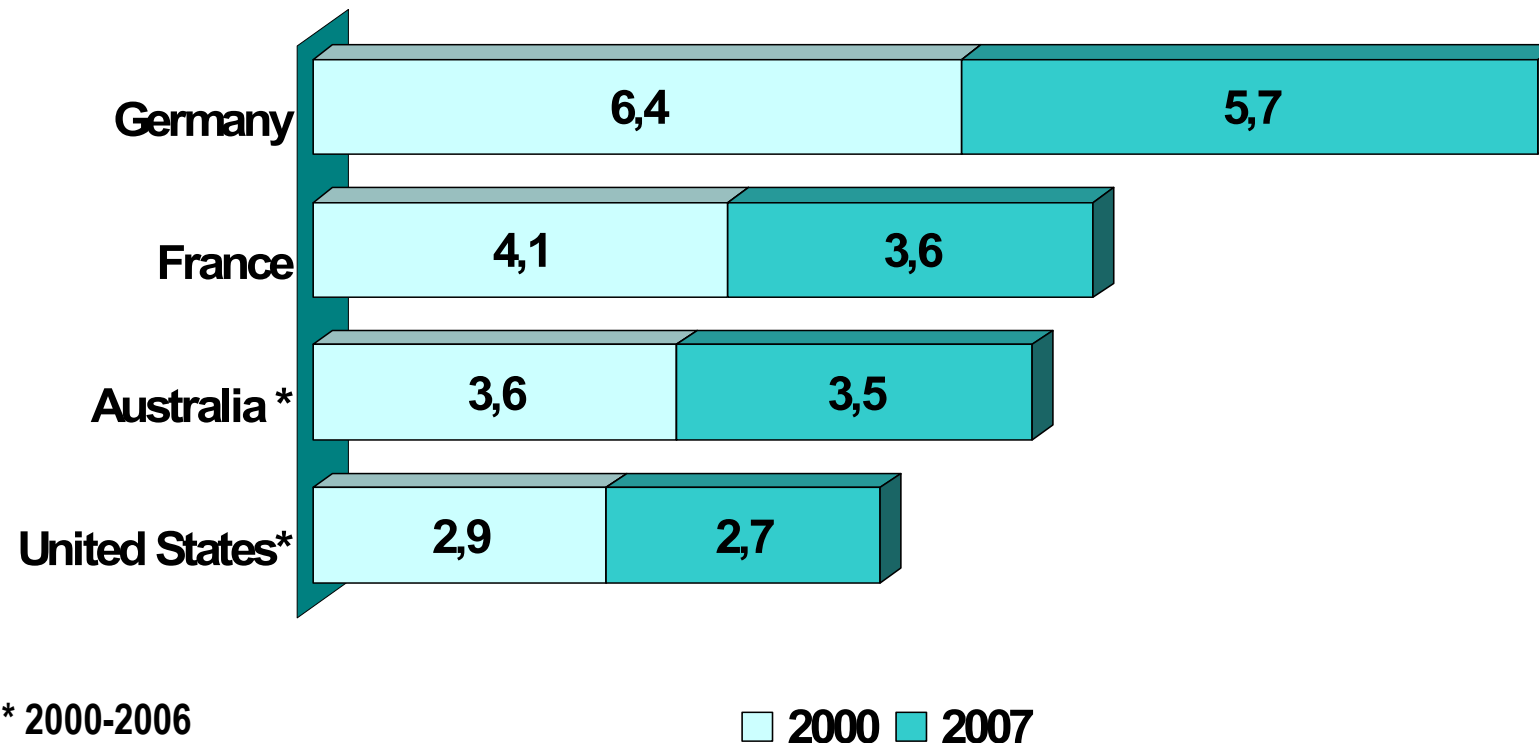




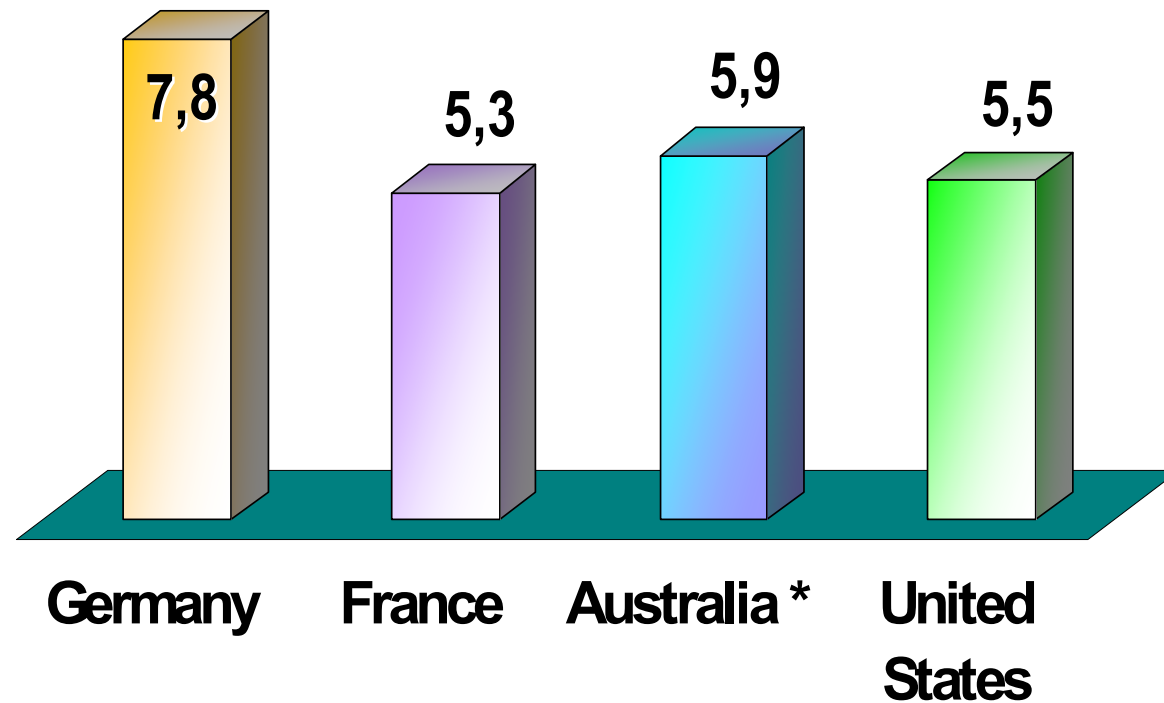
## IV– Comparaison des systèmes de santé en graphiques : densité de lits pour 1000 habitants



## IV – Comparaison des systèmes de santé en graphiques : densité de lits aigus pour 1 000 habitants 2000/2007



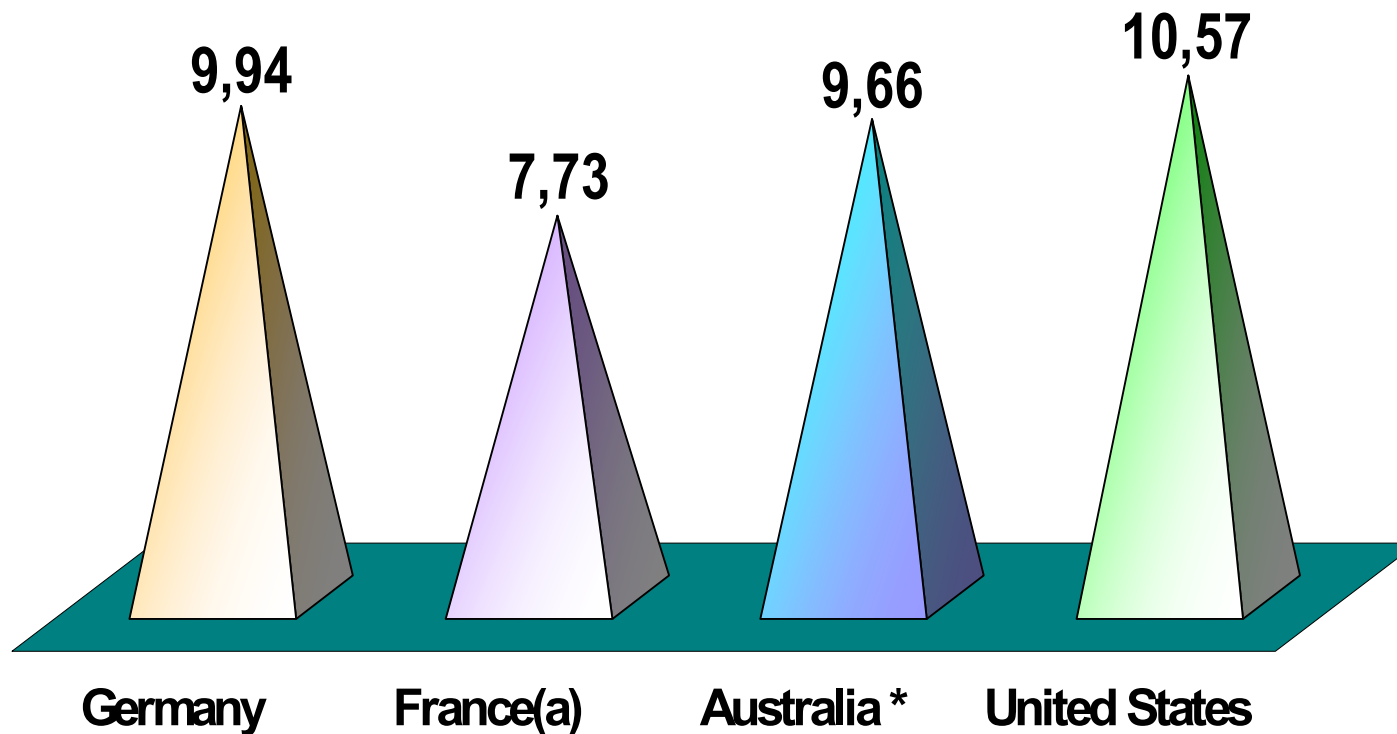
## IV – Comparaison des systèmes de santé en graphiques : durée moyenne de séjour en soins aigus (jours,2007)



\* 2006

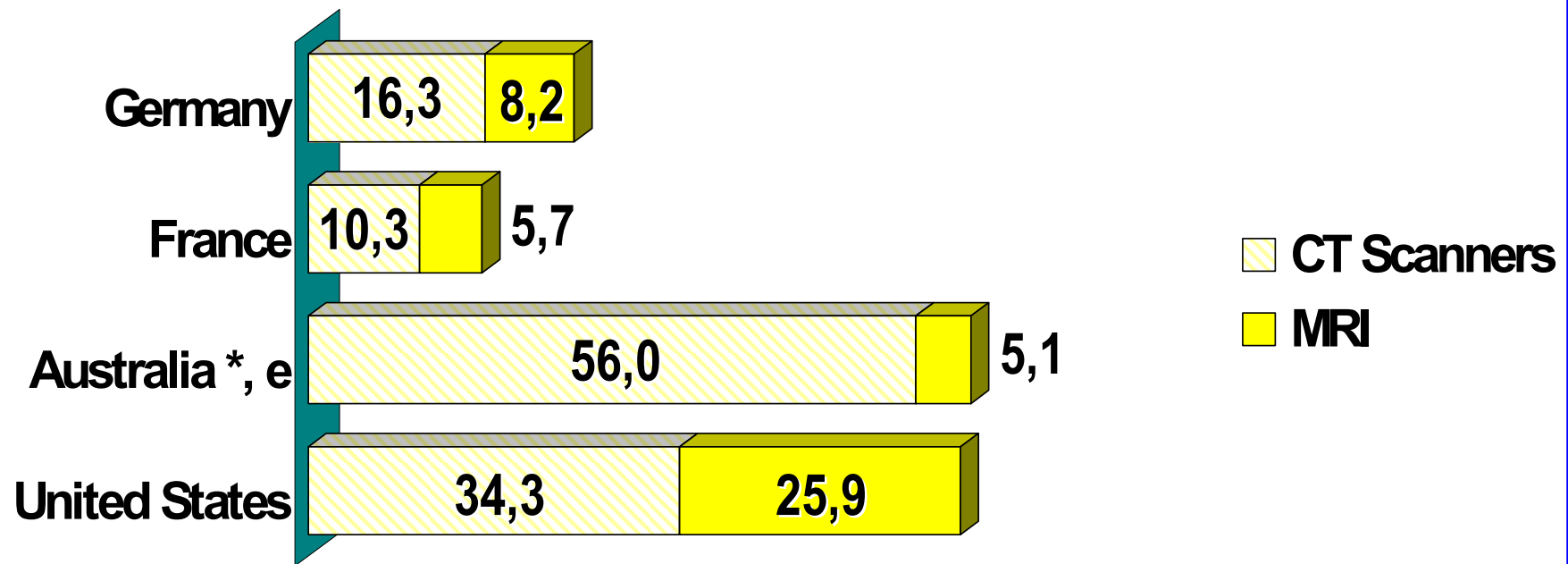
•  
•

## IV – Comparaison des systèmes de santé en graphiques : densités d'infirmiers/1000 habitants - 2007



\* 2005; (a) Break in series

## IV – Comparaison des systèmes de santé en graphiques : IRM et CTscans/million habitants - 2007



*CT Scanner: 2006; e: estimate*

•  
•  
**Conclusion : quels enseignements pour la France ?**

**Des lits aigus en restructuration : conflits, radicalisation de la position des acteurs (HPST ; CRE)**

**Une crise des « vocations » des médecins généralistes : comment assurer un aval des soins ?**

**Un manque chronique d'infirmiers (une insuffisance de spécialisation et de délégation de tâches)**

**Et pourtant une situation épidémiologique à prendre en considération et des inégalités sociales et spatiales de santé criantes...**