

Exemple de grille de comparaison

Contexte	<p>1) Indicateur de comparaison des systèmes de santé -Indicateurs d'état de santé, -part des dépenses de santé dans le PI B -part du financement public dans le PIB</p> <p>2) Modèle de protection sociale -bismarkien -beveridgien -mixte</p>
Acteurs	<p>1) Acteurs du systèmes de soins : densité médicale, relations entre acteurs</p> <p>2) accès au système de soins</p> <p>3) statut des acteurs - statut des établissements de soins : publics, privés lucratifs et non-lucratifs - statut des acteurs : salariés, libéraux</p> <p>4) Mode de financement des acteurs -médecin : salariés, capitation, paiement à l'acte -établissements de soins : T2A, enveloppe fermée, paiement mixte au séjour -médicament</p>
Financements	<p>1) Origine du financement -Sécurité sociale, -mutuelles, -ménages, -assurances privées -Etat</p> <p>2) Règles de financement des soins pour le patient -tickets modérateurs, -principe de gratuité des soins</p>

	Angleterre
Contexte	<p>1) Indicateur de comparaison des systèmes de santé EVie : 77.1 ans chez les hommes, 81.1 ans chez les femmes Mortalité infantile en 2007 : 5/1000 2006 : les dépenses de santé sont plutôt faibles : 8.4 % du PIB</p> <p>2) Modèle de protection sociale Système universaliste ou « beveridgien », fondé sur la solidarité entre tous les citoyens</p>
Acteurs	<p>1) Acteurs du système de soins Densité médicale : 6 généralistes et 9,3 spécialistes pour 10 000 habitants, ce qui représente une densité particulièrement faible par rapport à la moyenne européenne (30 pour 10 000 en France dont 15 pour 10 000 dans chaque catégorie).</p> <p>2) Accès au système de soins <u>Les médecins généralistes</u> constituent la filière d'entrée obligée dans le système de soins puisque l'accès aux spécialistes et à l'hôpital ne peut s'effectuer que par leur intermédiaire. Chaque citoyen britannique qui souhaite bénéficier du NHS doit s'inscrire chez un généraliste pour un an minimum. <u>L'admission à l'hôpital</u> se fait par l'intermédiaire du médecin généraliste, du service des urgences ou encore du service des accidents. Les patients ont le choix entre 5 établissements proches de chez eux.</p> <p>3) statut des acteurs <u>Hôpitaux</u> : Il existe 300 hôpitaux privés. Ils sont gérés par 6 organisations : le NHS (lits privés) et 5 groupes d'hôpitaux privés : BMI Healthcare, BUPA, Nuffield Hospitals, Capio Healthcare UK et HCA International. Le gouvernement de Tony Blair a encouragé vivement les partenariats entre le NHS et le secteur privé (partenariats publics/privés). Le NHS sous-traite aux opérateurs privés un grand nombre de soins. <u>Médecins</u> : Les spécialistes exercent le plus souvent comme salariés d'un hôpital. Seuls les médecins généralistes travaillent en ambulatoire. Les cabinets de groupe (Primary Care Trust introduits en 1999 et regroupant des médecins généralistes, des infirmières et des représentants de patients et de services sociaux) de taille suffisante peuvent faire venir des spécialistes hospitaliers pour une activité de consultation dans l'enceinte de leur cabinet. Les spécialistes acceptent aujourd'hui d'assurer des consultations externes, tout en restant salariés de l'hôpital. Cette activité à l'extérieur de l'hôpital est alors limitée à 10% de leur revenu total <u>Les officines</u> (environ 12 000) n'ont pas le monopole de la distribution pharmaceutique. Certains produits peuvent être vendus aussi bien en officine que dans un autre lieu commercial (environ 6 % des ventes).</p> <p>4) Mode de financement des acteurs Les médecins généralistes sont salariés du NHS et payés à la capitation, c'est à dire en proportion de la clientèle inscrite dans leur cabinet et dans une moindre mesure en fonction de certains actes effectués (frottis, vaccins...) Depuis la réforme Thatcher en 1991, les hôpitaux sont devenus semi indépendants, gérés par des fondations autonomes (Trust Hospitals). Ils tirent leurs ressources des contrats passés avec les autorités locales de santé (DHA) et des sociétés d'assurances privées médicales.</p>
Financements	<p>1) Origine du financement : Le National Health Service (NHS) est un système majoritairement public. Il est financé à 80% par l'impôt, à 12% par des cotisations d'assurance nationale ou privée et à 8 % par les usagers</p>

(pour les médicaments en externe, les soins dentaires ou oculaires).
Ce financement est collecté au niveau du ministère (Department of health), qui fixe l'enveloppe globale des dépenses de santé pour l'ensemble du pays.

12% de la population a une assurance privée (essentiellement pour l'hospitalisation privée). Cependant, 95% du secteur de l'assurance privée est représenté par seulement trois compagnies, donc la présence d'acteurs privés lucratifs ne coïncide pas forcément avec une plus forte concurrence

2) Règles de financement des soins pour le patient :

NHS repose sur le principe d'accès gratuit aux soins pour tous.

L'accès au médecin : Les soins dispensés sont gratuits. Aucune avance de frais n'est demandée. Si le patient s'adresse à un médecin privé, il ne pourra obtenir de remboursement de la part du NHS.

Les séjours hospitaliers sont gérés par le NHS et sont gratuits.

En matière de médicaments : Il existe des tickets modérateurs pour les médicaments : les patients participent aux dépenses de médicaments par un copaiement forfaitaire par médicament prescrit. En 2004, le copaiement par item prescrit était de £6,40 (à peu près 10 €). Du fait de nombreux motifs d'exonération de ce copaiement, 85 % des prescriptions passant par le NHS en sont exemptées

Références :

Réformes et régulation des systèmes de santé en Europe. Revue française des Affaires sociales.2006.2-3:19-351.

Le Faou AL. Les systèmes de santé en questions:Allemagne, France, Royaume-Uni, Etats-Unis et Canada. Paris: Ellipses Edition Marketing; 2003

Auger J, Une approche comparative des systèmes de santé dans quatre pays (Allemagne, Etats-Unis, France, Royaume-Uni). Coup d'œil;1999.5(1)

Duriez M, Lequet-Slama D. Les systèmes de santé en Europe. Paris: P.U.F.; 1998. (Que sais-je ? 3343)

Thayer C, Tonneau D. Le système de santé en Angleterre. Annales des Mines.2000.64-75

Site de L'OCDE. (pages consultées le 27/03/07).<http://www.oecd.org>

	Allemagne
Contexte	<p>1) Indicateur de comparaison des systèmes de santé EVie en 2006: 76.7 ans chez les hommes, 77.2 ans chez les femmes Mortalité infantile en 2007 : 4/1000 2006 : les dépenses de santé sont plutôt faibles : 10.6 % du PIB . 75% sont des dépenses publiques et 25% des dépenses privées.</p> <p>2) Modèle de protection sociale le système de santé est exclusivement d'inspiration bismarckienne.</p> <p>Les assurés dont les revenus sont inférieurs à environ 64000 DM en 1995 (environ 90% de la population) sont obligés de contracter une assurance maladie auprès d'une caisse publique. Ceux dont les revenus dépassent ce seuil n'ont pas d'obligation d'assurance. Ils peuvent adhérer à une caisse publique, ou à une compagnie d'assurance privée</p> <p>Les caisses publiques, au nombre de 290 en 2005, sont autonomes quant à leur équilibre comptable. Elles sont assujetties au contrôle du Land ou de l'Office fédéral de l'assurance</p>
Acteurs	<p>1) Acteurs du système de soins Ce sont les caisses qui régulent l'installation des professionnels en décidant du nombre de médecins conventionnés par zone géographique et par spécialité</p> <p>La Densité médicale est 1.1 médecins généralistes pour 1 000 habitants. Elle est de 2.3 spécialistes pour 1000 habitants. Les médecins de premier recours ou médecins de famille comprennent les généralistes, les médecins sous formation spéciale, les praticiens de médecine interne et les pédiatres. Ces deux dernières catégories doivent choisir entre exercer comme médecin de famille ou spécialiste et le cas échéant, n'auront plus le droit de fournir des prestations spécialisées. Les spécialistes ne doivent pas faire de médecine générale. L'installation comme médecin de famille est subordonnée à une formation continue en trois ans En 1996, la réforme Seehofer a fortement limité la liberté d'installation des médecins. L'attribution des places de médecins libéraux est réglementée en fonction des listes d'attente, des intérêts des cabinets médicaux déjà en place. Les autorisations seront déterminées par une analyse des besoins. Elles prendront fin automatiquement lorsque le praticien atteindra 68 ans.</p> <p>2) Accès au système de soins Depuis 2004, les patients sont financièrement incités à passer par un médecin de premier recours avant de consulter un spécialiste. L'assuré doit s'inscrire auprès de ce médecin pour une durée d'un an minimum.</p> <p>3) statut des acteurs Les hôpitaux peuvent être publics, privés à but non lucratif ou privés lucratifs. Les hôpitaux répondent à la règle du budget global et les médecins travaillant dans ce secteur sont en très grande majorité salariés. En effet, Il existe une stricte séparation existe entre médecine hospitalière et ambulatoire : les médecins libéraux n'ont pratiquement pas accès à la pratique hospitalière et les consultations externes sont rares à l'hôpital. De fait, la majeure partie des</p>

	<p>spécialistes exerce dans le secteur ambulatoire. La médecine ambulatoire conventionnée est divisée en deux secteurs distincts : la médecine spécialisée (60% des médecins) et la médecine de famille (40% des médecins)</p> <p>4) Mode de financement des acteurs <u>Les généralistes</u> sont tous regroupés au sein d'associations (Unions professionnelles des médecins), qui fournissent des soins aux patients affiliés aux caisses d'assurance maladie. Ces associations de médecins négocient avec les caisses un versement forfaitaire, et le redistribuent aux médecins membres. Chaque médecin est rémunéré à l'acte par les Unions professionnelles de médecins avec un plafond individuel à la capitation mais sans paiement direct du malade par tiers payant sauf pour les malades privés.</p> <p><u>Les établissements</u> publics et privés à but non lucratif emploient des médecins salariés et reçoivent des caisses d'assurance maladie un forfait journalier par patient, qui inclut la rémunération du médecin. Les hôpitaux privés à but lucratif reçoivent des forfaits journaliers des caisses ne comprenant pas la rémunération des médecins. Ceux-ci sont payés à l'acte par les caisses et doivent reverser une partie des honoraires à l'hôpital</p>
<p>Financements</p>	<p>1) Origine du financement : Le régime d'assurance maladie, par l'intermédiaire des caisses publiques, finance ses dépenses par les cotisations des assurés. Elles sont calculées en pourcentage des revenus bruts, jusqu'à concurrence d'un plafond fixé chaque année. Les cotisations d'assurance maladie sont à la charge de l'assuré et de l'employeur à raison de 50% chacun, les conjoints et enfants sont exemptés de cotisation. Le droit aux prestations est indépendant du montant des cotisations versées, mais elles sont attribuées selon les besoins. Ce sont les caisses qui fixent les taux de cotisation de leurs membres. 50% de l'ensemble des dépenses du système de santé allemand sont financées par ce régime.</p> <p>2) Règles de financement des soins pour le patient : Le médecin "réfèrent" limite les prescriptions et oriente ses patients. Il existe un ticket modérateur sur les médicaments et divers soins (dentaires, lunetterie, etc.). Les médecins se voient fixer, en outre, un montant maximum de prescriptions pharmaceutiques et de biologie. L'Allemagne est le pays inventeur du tarif forfaitaire de remboursement (Festbetrag : littéralement : somme fixe) introduit par la réforme de santé du 1^{er} septembre 1989, qui avait pour but de contenir l'accroissement des dépenses pharmaceutiques. L'Allemagne est un pays où le prix des médicaments est élevé car il est fixé librement par le fabricant. Un prix limite de remboursement est fixé par l'assurance maladie pour un certain nombre de médicaments ; ainsi l'assurance-maladie ne rembourse pas automatiquement sur la base du prix de vente au public, mais sur la base d'un prix fixé par l'autorité fédérale compétente et publié au Journal Officiel; le différentiel est à la charge de l'assuré quelle que soit sa situation vis à vis de l'assurance maladie. Afin d'établir le montant du forfait de remboursement, les médicaments sont regroupés en 3 niveaux :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - niveau 1 : médicaments dont les principes actifs sont identiques - niveau 2 : médicaments dont les principes actifs sont des entités chimiques proches et dont l'activité pharmacologique et l'efficacité thérapeutique sont comparables - niveau 3 : médicaments n'ayant pas les mêmes composants actifs, mais dont l'effet thérapeutique est comparable. <p>De plus depuis le 28 février 2002, les pharmaciens d'officine ont le droit de substitution. Le pharmacien a l'obligation de délivrer au patient la molécule prescrite par le médecin ayant une efficacité thérapeutique similaire (générique ou essentiellement similaire) et le conditionnement le plus économique, sauf lorsque le médecin s'y oppose explicitement.</p> <p>Les médecins ont une enveloppe globale pour les prescriptions de médicaments et des sanctions individuelles sont prise par les caisses d'assurance maladie en cas de dépassement.</p>
	<p>Références</p> <p>Duriez M, Lequet-Slama D. Les systèmes de santé en Europe. Paris: P.U.F.; 1998. (Que sais-je ? 3343).</p> <p>Cohu S, Lequet-Slama D, Volovich P. Réforme des systèmes de santé allemand, néerlandais et suisse et introduction de la concurrence. Etudes et résultats.2005.445:1-12.</p> <p>Wolfgang G, Schulenburg MG.The health system of Germany. In: Marshall WR. Health care and reform in industrialized countries. Pennsylvania: Penn State University Press. 1997: 77-104.</p> <p>Réformes et régulation des systèmes de santé en Europe. Revue française des Affaires sociales.2006.2-3:19-351.</p> <p>Busse R, Riesberg A. Health care systems in transition: Germany. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2004.</p> <p>Le Faou AL. Les systèmes de santé en questions:Allemagne, France, Royaume-Uni, Etats-Unis et Canada. Paris: Ellipses Edition Marketing; 2003.</p> <p>Auger J, Une approche comparative des systèmes de santé dans quatre pays (Allemagne, Etats-Unis, France, Royaume-Uni). Coup d'œil;1999.5(1). Site de L'OCDE. (pages consultées le 27/03/07). http://www.oecd.org</p> <p><i>Françoise BAS-THERON. Le système de santé et d'assurance maladie en Allemagne Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire. http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000448/0000.pdf</i></p>

	Etats-Unis
--	-------------------

<p>Contexte</p>	<p>1) Indicateur de comparaison des systèmes de santé EVie en 2003 : 74.8 ans chez les hommes, 81.1 ans chez les femmes Mortalité infantile en 2007 : 7/1000 2006 : les dépenses de santé sont plutôt faibles : 15.3 % du PIB</p> <p>2) Modèle de protection sociale D'inspiration libérale, le système d'assurance maladie américain ne repose ni sur le principe d'une couverture généralisée de la population ni sur celui d'un financement public par le biais de prélèvements obligatoires. Globalement, deux types de couverture existent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>L'assurance maladie privée</i> : le plus souvent liée à l'emploi - <i>Les programmes publics</i> : ils concernent essentiellement deux catégories de personnes: celles de plus de 65 ans qui sont couvertes par le programme Medicare et les familles pauvres éligibles à Medicaid.
<p>Acteurs</p>	<p>1) Acteurs du systèmes de soins La densité médicale, évaluée à près de 3 médecins pour 1000 habitants, est inférieure à la moyenne des pays de l'OCDE. Elle est surtout fort déséquilibrée, trois fois plus forte en zone urbaine qu'en zone rurale où l'accès aux soins constitue souvent un problème</p> <p><u>Le système de soins est organisé selon le principe du Managed care.</u> Il s'agit d'un système de partenariat entre les financeurs de soins (pouvoirs publics : medicare et medicaid, et assureurs privés) et les fournisseurs de soins (corps médical). Le <i>Managed Care</i> y est devenu le mode d'organisation des soins dominant. Il est devenu le modèle concurrent à celui de l'assurance maladie traditionnelle dont les contrats sont fondés sur un remboursement des coûts supportés par les patients. Il existe 3 modèles principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Les health maintenance organizations ou HMO</u> . organismes privés à but non lucratif à l'origine qui dispensent des soins médicaux à leurs adhérents sur la base d'un pré-paiement de la prime. Ces organismes, qui intègrent à la fois l'opération de production de soins et celle d'assurance, se sont développés à l'initiative des entreprises, des administrations, des syndicats puis des compagnies d'assurances elles-mêmes, qui introduisent les principes de différenciation des risques. Ils offrent en général plus de soins de médecine générale et préventive que les autres dispositifs mais moins de soins de spécialistes. Un HMO compte en moyenne 20 à 25 médecins. Les barrières financières aux soins sont moindres que dans les autres dispositifs ; en revanche il y a plus de formalités administratives à accomplir pour l'accès aux soins, le choix d'un médecin ou bien encore l'obtention d'un rendez-vous. - <u>Le preferred provider organization ou PPO</u> : réseaux de soins qui comprennent médecins et hôpitaux. Ils reposent sur la mise en place d'une contractualisation sélective entre organismes assureurs et prestataires de soins. - <u>le point of service ou POS (HMO ouvert)</u> : ces plans proposent des listes de médecins et d'hôpitaux auprès desquels les patients peuvent se faire soigner. Ils ont également le choix de se faire soigner en dehors du réseau. <p><u>Le secteur hospitalier</u> américain se compose d'hôpitaux publics et privés : la majorité d'entre eux sont encore à but non lucratif (85 %), notamment les hôpitaux fédéraux et la plupart des hôpitaux implantés dans les Etats</p>

(*Communityhospitals*), malgré leur conversion croissante en hôpitaux à but lucratif. Une deuxième typologie distingue les hôpitaux généraux (*Full Service Hospitals*), en majorité à but non lucratif, des hôpitaux spécialisés (*Specialty Hospitals*), principalement à but lucratif, avec une forte concurrence entre eux.

2) Accès au système de soins

- Les health maintenance organizations ou HMO : Les bénéficiaires choisissent un médecin référent, responsable de la coordination des soins à partir d'une liste proposée. Ils doivent théoriquement passer par lui pour avoir accès à un spécialiste, sous peine de ne pas être couverts si leur choix devait se porter sur un autre médecin, quand bien même celui-ci fait partie du même réseau de soins.

- Le preferred provider organization ou PPO : Les participants ont plus de liberté que dans les HMO. Le fait de choisir un médecin ou un hôpital agréé par le réseau est encouragé financièrement (prestations plus complètes, pas de formulaire de demande de remboursement à remplir) mais pénalisé financièrement en dehors du réseau.

- le point of service ou POS : C'est un modèle à mi-chemin entre le HMO et le PPO. Les assurés peuvent choisir d'être soignés au sein du réseau en étant totalement remboursés, ou de sortir de ce réseau tout en conservant des droits à remboursement partiel. En effet, Si un participant habite dans une région où existe un tel réseau, il doit choisir un médecin référent du réseau. Si ce dernier coordonne l'ensemble des soins, le niveau des prestations accessibles est plus élevé et il n'est exigé aucune demande écrite de remboursement. Mais le participant peut également avoir accès à des praticiens hors réseau. Et leurs coûts restent relativement peu élevés, d'où leur popularité

3) statut et mode de financement des acteurs

L'écrasante majorité des médecins est constituée de spécialistes (92 %), dont le statut social et les revenus sont nettement plus élevés que ceux des généralistes (notamment les chirurgiens). 18 % des médecins exercent à l'hôpital et 68 % sont installés en cabinet privé (US Census Bureau, 2003).

Ils peuvent pratiquer la médecine selon quatre modes d'organisation : la médecine de groupe, la médecine en clinique, en hôpital ou dans un réseau de soins coordonnés (en libéral ou en tant que salarié). Certains arrangements financiers ont été développés récemment pour tenter de contenir l'inflation des coûts de santé liée au paiement à l'acte et améliorer la qualité des services de soins : le paiement par capitation (un paiement mensuel forfaitaire par patient) ou le paiement basé sur les performances

4) Mode de financement des acteurs

Plusieurs modes de financement cohabitent aux Etats-Unis selon le modèle d'organisation des soins.

HMO : le « *staff model* » emploie directement des médecins salariés et possède ses propres centres de soins ambulatoires et hôpitaux.

PPO : les prestataires sont payés à l'acte. Leur rémunération est souvent plus importante que dans le cadre des HMO

POS: les prestataires sont payés à l'acte

Les établissements des soins : paiement à l'activité fondé sur des paiements

	<p>prospectifs à la pathologie</p> <p><u>Prescription de médicaments</u> : Aux USA, les prix sont fixés librement par les entreprises et sont donc élevés. Pour limiter les dépenses en médicaments, les organismes de protection sociale ont mis en place des listes positives de spécialités qu'ils acceptent de rembourser. Ceci a conduit les entreprises du médicament à conclure des accords de prix avec ces organismes pour que leurs produits soient référencés. De plus, la part à la charge du patient étant souvent importante, les entreprises ayant le droit de faire de la publicité auprès du public proposent des promotions pour inciter les patients à acheter leurs médicaments</p>
Financements	<p>1) Origine du financement :</p> <p>Le financement est assuré à 54% par le secteur privé (ménages : 25.1% et assurance privée : 35.4%) et à 46% par le secteur publique (Etat et collectivité : 32.5%, gouvernement fédéral : 13.4% pour les programmes Medicare et Medicaid)</p>
	<p>Références</p> <p>Auger J, Une approche comparative des systèmes de santé dans quatre pays (Allemagne, Etats-Unis, France, Royaume-Uni). Coup d'œil;1999.5(1). La réforme des systèmes de santé: étude de dix-sept pays de l'OCDE.Paris: OCDE;1994. 344 p. Chambaretaud S, Lequet-Slama D, Rodwin V. Couverture maladie et organisation des soins aux Etats-Unis. Etudes et Résultats.2001.119. Site de L'OCDE. (pages consultées le 27/03/07).http://www.oecd.org La crise chronique du système de santé américains. Catherine SAUVIAT DREES Etudes et Résultats. N° 600 • septembre 2007. http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er600/er600.pdf</p>

Commentaire de la comparaison des trois pays:

Ces 3 pays répondent à des logiques de fonctionnement très différentes : système bismarckien, béveridgien ou libéral, statut et modes de rémunération des acteurs très différents, accès aux soins également très variable selon les pays, réglementés, soit au niveau gouvernemental (Angleterre), soit par le système privé (Etats-Unis).

Malgré tout ils se trouvent confrontés aux mêmes difficultés :

- démographie médicale trop importante ou inégalement répartie sur le territoire
- dépenses de santé trop importante

Quelques spécificités cependant :

- les Etats-Unis sont les plus dépensiers pour des indicateurs de santé de moins bon niveau que les deux autres pays
- l'Angleterre a tenté de maîtriser ses dépenses de santé depuis 30 ans au travers d'un système gouvernemental fort, mais qui évolue depuis 20 ans vers le libéralisme en raison d'un défaut de la qualité de ses soins et des délais d'attente considérables.