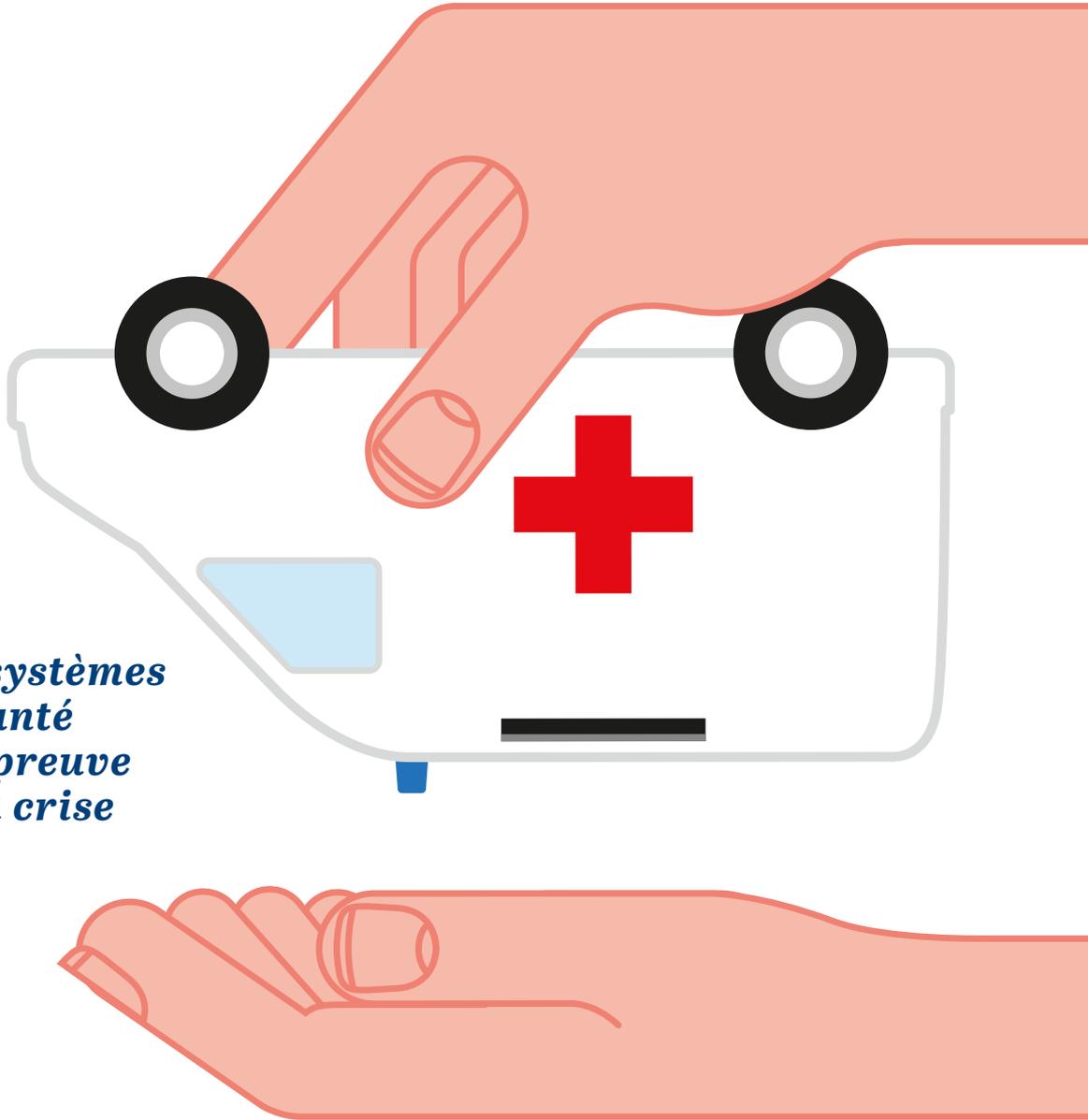


regards

sur la santé publique



*Les systèmes
de santé
à l'épreuve
de la crise*



Aborder ensemble les enjeux de santé sous un angle nouveau

La stratégie nationale de santé et les orientations législatives qui en découleront visent à relever les défis auxquels notre système de soins est confronté : vieillissement de la population, prise en charge des pathologies chroniques, coopération accrue des acteurs de soins au service d'une médecine de parcours.

Ce grand chantier, qui façonnera l'organisation des soins de demain, mobilise toutes les parties prenantes : professionnels, patients, établissements de soins, autorités locales, mais aussi l'industrie pharmaceutique.

À travers leur connaissance des enjeux, des spécificités des territoires et des attentes des patients, les entreprises du médicament ont une responsabilité centrale et un rôle à jouer dans la modernisation de notre système de soins. Au service du patient, du soignant et des finances publiques.

C'est dans cette perspective qu'est née notre volonté de créer *Regards*, un cahier de points de vue et d'ouverture sur les grands enjeux de santé publique. Son objectif : contribuer au débat public et susciter le dialogue, en soulevant des questions de santé sous un angle nouveau, en relayant des réflexions prospectives, en proposant des retours d'expérience innovants et inspirants, afin d'alimenter ressources et travaux de chacun sur l'évolution de notre système de soins.

Ce premier numéro s'intéresse aux impacts de la crise économique sur notre système de santé qui remettent en cause les principes mêmes de solidarité et d'égal accès aux soins dont il est garant. Quatre experts – économiste, chercheur, professeur de renommée internationale et professionnel de santé – y apportent leur analyse et de premières pistes de solutions.

CYRIL TITEUX
Président de Janssen France



Josep Figueras, directeur du Centre européen de l'OMS pour la politique de santé à Bruxelles.

CRISE FINANCIÈRE ET SYSTÈMES DE SANTÉ EUROPÉENS : IMPACT ET SOLUTIONS

Quel impact a eu la crise financière de 2008 sur les systèmes de santé européens? Ont-ils réussi à concilier contrôle des dépenses et qualité des soins? La réponse avec le docteur Josep Figueras, directeur du Centre européen de l'OMS pour la politique de santé à Bruxelles.

Voir l'ouvrage de Josep Figueras : *Health systems, health, wealth and societal well-being*, European Observatory on Health Systems and Policies Series - 2011.

QUEL REGARD PORTEZ-VOUS SUR LES EFFETS DE LA CRISE SUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ EUROPÉENS?

JOSEP FIGUERAS : Nous avons passé en revue plus de 45 systèmes de santé européens et analysé leur capacité de résilience face à la crise. De l'Islande au Kazakhstan, en passant par la Norvège ou Israël, la crise financière, qui a entraîné avec elle une crise de la dette et une crise économique, n'a pas affecté tous les pays européens de la même manière. L'impact a en

effet été plus rude en Grèce, en Irlande ou au Portugal, mais aussi, dans une certaine mesure, en Italie et en Espagne. Ces cinq pays ont non seulement vu leur PIB décliner et leur chômage grimper en flèche, mais ils ont en outre été paralysés par l'insécurité financière. Quoi qu'il en soit, entre 2008 et 2012, tous les pays, même les moins touchés, ont réduit leurs dépenses de santé. Ce qui a abouti dans certains d'entre eux à une diminution des services de santé ou à une augmentation des dépenses à charge du patient.

Autre constat: les chocs économiques constituent une vraie menace, tant pour la santé que pour les systèmes de santé. On le savait déjà, mais la récente crise l'a confirmé. Car dans ces périodes, les besoins de santé augmentent alors même que l'accès aux soins se restreint. Surtout pour les plus vulnérables comme les chômeurs. Leur souffrance psychologique augmente, allant dans certains pays jusqu'au suicide.

DE QUELLE FAÇON LES SYSTÈMES DE SANTÉ EUROPÉENS SE SONT-ILS DÉFENDUS?

J.F. : Avant de mentionner les réformes, je dois préciser qu'il est presque impossible de faire un lien direct entre plusieurs d'entre elles – déjà mises en place depuis de nombreuses années – et les effets de la crise.

Plus de vingt pays ont ainsi restructuré leur gouvernance, leurs établissements de santé publique ou l'organisation de leurs achats. Quelques-uns ont également mis en œuvre de nouvelles règles de prescription, incitant les médecins à prescrire des médicaments génériques et à alléger leurs ordonnances.

Dans les hôpitaux, différents services et prestations ont été rationalisés, comme les admissions, la durée des séjours, les équipements ou les process. Tout en contrôlant la rotation des lits, pour éviter les abus.

De façon plus globale, on a assisté à un regain de concentration des établissements de soins, ainsi qu'à une mutualisation accrue de services pour faire des économies d'échelle. Cette recherche d'efficacité a en outre été l'occasion de promouvoir la e-santé, via des dossiers médicaux en ligne et des ordonnances électroniques. Objectif: réduire le nombre d'exams, de consultations et de prescriptions par une meilleure coordination des soins.

Cependant, soyons clairs: certaines de ces réformes ont été adoptées non pas en raison des effets de la crise, mais parce qu'elles sont en elles-mêmes rentables et positives.

PLUS DE 20 PAYS ONT RESTRUCTURÉ LEUR GOUVERNANCE, LEURS ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PUBLIQUE OU L'ORGANISATION DE LEURS ACHATS.





AVEZ-VOUS VU ÉMERGER DES TENDANCES DE FOND? LA CRISE A-T-ELLE ÉTÉ À L'ORIGINE DE CHANGEMENTS PROFONDS?

J. F. : Dans plusieurs pays, la crise a été l'occasion de renforcer à la fois les services sociaux et les services de santé. Avec de nouvelles mesures pour lutter contre la précarité, aider financièrement les familles de chômeurs en fin de droits et favoriser leur réinsertion grâce à des formations. Dans ces mêmes pays, on a assisté en parallèle à une accélération des programmes de prévention ou de santé publique, grâce à de nouvelles campagnes de dépistage, l'interdiction de fumer dans les lieux publics ou l'augmenta-

tion des taxes sur l'alcool et le tabac. De façon plus globale, la crise a poussé les soins de santé primaires à évoluer, afin d'améliorer l'accès aux soins, en matière de prévention comme de diagnostic ou de

prise en charge des maladies chroniques. Il a en effet été démontré qu'aider les patients à devenir plus autonomes, pour qu'ils soient acteurs de leur santé, contribuait aussi à améliorer la qualité des soins et leur efficacité.

De nombreux pays ont aussi engagé le débat sur la gestion des compétences. Ils cherchent ainsi à s'assurer que les bons talents sont affectés aux bons postes, à éviter les chevauchements entre services sociaux et services de santé, voire à accroître le rôle des infirmières dans la gestion des centres et le parcours de soins.

C'est dans ce domaine qu'on pourra progresser le plus, en matière de santé publique comme en matière d'efficacité. S'y ajoute la nécessaire transparence du système, à tous les niveaux, comme le reconnaissent tous les acteurs. Ainsi, les décideurs prennent de plus en plus en compte la qualité des services de santé. Les professionnels de santé semblent prêts à parler de changement, y compris s'il implique des réductions de salaire. Quant aux patients, ils paraissent conscients du rôle accru qu'ils vont devoir jouer dans la prise en charge de leur santé dont ils sont déjà, pour la plupart, devenus acteurs.

LES PATIENTS PARRAISSENT CONSCIENTS DU RÔLE ACCRU QU'ILS VONT DEVOIR JOUER DANS LA PRISE EN CHARGE DE LEUR SANTÉ DONT ILS SONT DÉJÀ DEVENUS ACTEURS.

À PROPOS DE JOSEP FIGUERAS

OMS

Le docteur Josep Figueras (MD, MPH et PhD) dirige l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé du Centre européen de l'OMS pour la politique de santé à Bruxelles.

APHEA

Il est membre du Comité d'accréditation de l'APHEA (Agency for Public Health Education Accreditation) et membre honoraire de la faculté de médecine de santé publique au Royaume-Uni.

Récompenses

Ses publications ont été primées à deux reprises par l'Association européenne de management de la santé (EHMA). Il a reçu, en 2006, la médaille Andrija Stampar pour ses actions en faveur de la santé publique. Il est aujourd'hui professeur invité à l'Imperial College de Londres.

International

Il s'est investi au sein des plus grandes organisations internationales, comme la Commission européenne ou la Banque mondiale. Il a servi en tant que conseiller dans plus de 40 pays à travers le monde et s'implique aujourd'hui en tant que membre dans plusieurs comités consultatifs.



Anne Bastie, directeur médical, Janssen France.

DIABÈTE ET CRISE : DES EFFETS INCONTESTABLES MAIS PAS INSURMONTABLES

Pourquoi la crise a-t-elle accentué davantage les inégalités chez les diabétiques? Comment les professionnels de santé peuvent-ils renverser la tendance? Le point avec le docteur Anne Bastie, directeur médical en virologie, immunologie et diabétologie chez Janssen.

VOTRE LABORATOIRE A PUBLIÉ EN 2014 UNE ÉTUDE SUR LES LIENS ENTRE RÉCESSION ET PRISE EN CHARGE DU DIABÈTE EN EUROPE. EN QUOI S'AGIT-IL D'UN ENJEU ÉCONOMIQUE ET DE SANTÉ PUBLIQUE?

ANNE BASTIE : Parce que le bilan est lourd. Au total, 12 nouveaux cas de diabète et 6 décès sont enregistrés toutes les minutes dans le monde. Près de 32 millions d'Européens² en souffrent

aujourd'hui, 325 000 en meurent chaque année et ce n'est pas près de s'arrêter. On estime à 70 % la hausse du nombre de cas d'ici à vingt ans. Pourquoi? Parce qu'un patient sur deux ne sait pas qu'il est atteint. Parce que nos modes de vie (sédentarité, mauvais équilibre alimentaire) favorisent la survenue du diabète. Et, enfin, parce que le diabète touche surtout les plus défavorisés, ceux-là mêmes qui ont été le plus durement touchés par la crise.

Du côté des coûts, la prise en charge du diabète représente à elle seule plus de 10 % des dépenses

PRÈS D'UN MALADE SUR DEUX DÉCLARE RENCONTRER DES DIFFICULTÉS DEPUIS QUATRE ANS POUR AUTOGÉRER SON DIABÈTE.

de santé dans la plupart des pays européens. La France y a consacré près de 13 milliards d'euros en 2010³, sans compter les comorbidités, et elles sont nombreuses. Un diabétique a ainsi deux fois plus de risques d'être victime d'une crise cardiaque ou d'un AVC. La majorité des cas d'insuffisance rénale et d'amputation sont dus au diabète. Sans oublier les maladies parodontales ou les dépressions, elles aussi beaucoup plus fréquentes chez les diabétiques. Quant à la cécité due au diabète: plus de 2,5 millions de personnes en souffrent à travers le monde. De quoi alourdir sérieusement la note et entamer la qualité de vie des patients...

LA CRISE A PLUS DUREMENT FRAPPÉ LES DIABÉTIQUES QUE LE RESTE DE LA POPULATION. POURQUOI?

A. B. : Pour trois raisons. Tout d'abord, parce que la crise a accru la précarité et que cette dernière favorise la survenue du diabète. Schématiquement, les personnes défavorisées pratiquent moins d'exercice physique que le reste de la population, privilégient les aliments peu chers, gras et sucrés, sont souvent en surpoids et se soignent moins bien ou pas du tout. Deuxième raison: parce que les

LE DIABÈTE EXIGE UNE PARTICIPATION ACTIVE DES PATIENTS DÈS L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC.

personnes en situation précaire ont plus de difficulté à gérer leur maladie alors que le diabète exige une participation active des patients dès l'annonce du diagnostic. Pour vivre bien, le diabétique doit être capable d'autogérer efficacement sa maladie, c'est-à-dire la connaître et la comprendre, être en mesure d'adopter un nouveau mode de vie, contrôler sa glycémie jusqu'à plusieurs fois par jour, suivre son traitement et rester motivé à vie.

Enfin, parce que les personnes en situation précaire rencontrent davantage de difficultés financières qu'avant. Non seulement leur niveau de revenu a baissé, mais, dans le même temps, certains remboursements ont été réduits (bandelettes de test plafonnées, transport sanitaire restreint pour se rendre aux soins, etc.). Près d'un malade sur deux déclare ainsi rencontrer des difficultés depuis quatre ans pour autogérer son diabète, respecter l'hygiène de vie et acheter les médicaments, ainsi que les tests de surveillance dont il a besoin. Plus d'un sur trois affirme qu'il n'a pas les moyens de suivre sa glycémie et un sur quatre qu'il n'a pas les moyens d'acheter ses médicaments...

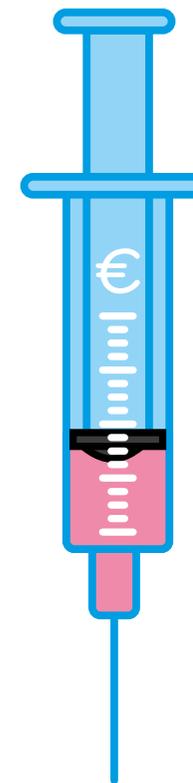
JUSQU'À QUEL POINT, AVEC QUI ET COMMENT LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ PEUVENT-ILS RÉAGIR?

A. B. : Tous les experts s'accordent sur un point majeur: aider les patients à avoir une activité physique, une alimentation saine et un accès à des services de santé spécialisés sera primordial pour réduire les inégalités face au diabète. Si le troisième point est du ressort des pouvoirs publics, les deux premiers relèvent bien des professionnels de santé, qu'il s'agisse de prévention ou d'éducation thérapeutique. La majorité des médecins estime être capable de jouer ce rôle, mais seulement un tiers avoue

en avoir réellement le temps et les moyens. Et c'est là que l'industrie intervient, en complément de sa mission purement pharmaceutique. Avec des outils de formation en ligne pour les professionnels de santé et des supports de sensibilisation papier ou numériques à remettre aux patients lors d'une consultation. Sans oublier les outils destinés aux associations de patients qui développent des approches "peer to peer", les pharmaciens hospitaliers et les autres équipes pluridisciplinaires qui jouent un rôle de plus en plus important dans de nombreux pays européens. Reste que beaucoup de personnes en situation précaire échappent aux circuits traditionnels. Pour toucher ces dernières, mais aussi amé-

liorer la prise en charge des autres patients, la Commission européenne et les États membres doivent faire de l'autogestion du diabète une priorité de leur politique de santé: en favorisant l'arrivée de nouvelles molécules sur le marché, car ces innovations permettent aux patients d'être plus observants; en menant des campagnes de prévention et de sensibilisation à l'hygiène de vie, via Internet notamment; en travaillant avec des urbanistes pour construire des "villes-santé" propices à l'exercice physique; en incitant la grande distribution low cost à sensibiliser les consommateurs à l'équilibre alimentaire, etc. Certaines de ces mesures sont déjà en place, d'autres sont en projet. Elles laissent espérer à moyen terme des économies et des gains pour la santé.

BEAUCOUP DE PERSONNES EN SITUATION PRÉCAIRE ÉCHAPPENT AUX CIRCUITS TRADITIONNELS.



1. P. Kanavos, S. van den Aardweg, W. Schurer, *Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries*, LSE Health, London School of Economics, janvier 2012.
2. R. Busse, M. Blümel, D. Scheller-Kreinsen, et al., « Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions and challenges, The World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies », *Observatory studies series 20*, 2010.
3. S. T. Johnson, C. Mundt, A. Soprovich, et al., « Healthy eating and active living for diabetes in primary care networks (HEALD-PCN): rationale, design, and evaluation of a pragmatic controlled trial for adults with type 2 diabetes », *BMC Public Health* 2012, 12:455.

À PROPOS D'ANNE BASTIE

Janssen France

Le docteur Anne Bastie est hépato-gastro-entérologue, directeur médical en virologie, immunologie et diabétologie au sein du laboratoire Janssen en France depuis 2012.

Industrie pharmaceutique

Depuis près de quinze ans, elle a occupé successivement le poste de Medical Advisor en oncologie chez Novartis, puis en onco-hématologie chez Amgen et, enfin, celui de directeur médical en oncologie chez Merck Serono.

CHU Créteil

Elle exerçait auparavant en tant que chef de clinique assistant en hépato-gastro-entérologie au CHU Henri-Mondor de Créteil.



Effizienz, qualité, accès aux soins : ce que les hôpitaux indiens peuvent nous apprendre

Comment atteindre, voire dépasser, les standards mondiaux de qualité tout en affichant les coûts les plus bas? C'est à cette question que répond Vijay Govindarajan à travers l'analyse de neuf hôpitaux indiens qu'il a étudiés pendant deux ans.



Vijay Govindarajan, professeur en stratégie et innovation à la Business Tuck School de Dartmouth et membre émérite du Centre de Dartmouth pour les prestations de soins.

QUELS CONSTATS DE DÉPART VOUS ONT POUSSÉ À ÉTUDIER NEUF HÔPITAUX INDIENS?

VIJAY GOVINDARAJAN : J'ai commencé par m'intéresser au système de santé indien en général, qui peine à répondre aux besoins de 1,2 milliard de citoyens, faute de médecins, d'infirmières et d'hôpitaux. Un système dont les coûts médicaux seraient bien inférieurs à ceux des pays occidentaux et la main-d'œuvre bon marché parce que la qualité des soins y serait médiocre et la recherche inexistante. Ce qui est faux. Car si Narayana Health (NH), un des principaux hôpitaux indiens, peut faire de la recherche, c'est justement grâce au faible coût de sa main-d'œuvre. L'établissement

a même mis au point une technique révolutionnaire pour effectuer des opérations à cœur ouvert. Avec un taux de mortalité de 1,2 % pour un coût total de 3000 dollars (2375 euros), alors qu'aux États-Unis, le coût est 50 fois plus élevé et le taux de mortalité atteint 2 %. J'ai été intrigué par cette extrême différence de coût, pour une qualité identique, voire supérieure. Et j'ai voulu savoir s'il existait dans ce pays si démuné d'autres hôpitaux de ce niveau et, si oui, comment ils arrivaient à fournir des soins à la fois abordables et de qualité. Je me suis alors très rapidement rendu compte que l'innovation se niche au cœur des process et du transfert des savoirs, et non au cœur du savoir lui-même.

VOUS IDENTIFIEZ TROIS FACTEURS D'EFFICACITÉ: UN RÉSEAU DE SOINS EN ÉTOILE, LA DÉLÉGATION ET LA RÉDUCTION DES COÛTS. POUVEZ-VOUS NOUS EN DIRE PLUS?

V. G. : Le réseau en étoile est un modèle organisationnel qui intègre la prise en charge du patient de façon concentrique. Avec, en périphérie, des services de médecine générale et, au centre, une médecine de spécialistes. Moins équipés que ceux du centre, les services de premier niveau se concentrent sur le diagnostic, les traitements simples et le suivi. Les services du centre regroupent les experts et les spécialistes, qui travaillent avec un équipement haut de gamme et effectuent des actes chirurgicaux complexes. Cette canalisation des flux fait baisser les coûts. À chaque intervention spécialisée, les médecins gagnent à la fois en expertise et



en pratique, ce qui améliore la qualité. Ensuite, déléguer c'est accepter que chaque tâche relève d'une compétence spécifique. Dans les neuf hôpitaux de mon étude, aucun professionnel de santé ne s'engage dans une tâche qui peut être effectuée par quelqu'un d'autre. Pour ce faire, ils ont même créé des postes ouverts aux simples bacheliers qu'ils forment aux métiers de la santé. En Occident, nous supprimons les emplois peu qualifiés pour réduire les coûts. Obligeant ainsi les personnels qualifiés à effectuer des tâches à faible valeur ajoutée, ce qui a pour effet d'augmenter les coûts! Enfin, les hôpitaux de mon étude sont tous des champions de la sobriété. Et ce de façon radicale, pour tout ce qui ne relève pas de la santé. On y trouve ni vaste espace d'accueil,

ni cafétéria, ni même climatisation, sauf dans le bloc opératoire. Les meubles sont réduits au strict minimum, tout comme le confort, très sommaire. Rien d'ostentatoire ni d'inutile: l'argent est dépensé pour des choses qui comptent.

CES LEVIERS SONT-ILS TRANSPOSABLES EN OCCIDENT?

V. G. : La réglementation, la couverture des risques professionnels et l'existence de

lobbies médicaux puissants constituent sans doute des freins. S'y ajoutent des idées reçues, chez les médecins comme chez les patients. Beaucoup pensent que plus ils payent, mieux ils seront soignés. Or on a démontré que c'était faux. C'est aux gouvernements d'agir pour changer ces comportements. Avec, par exemple, des incitations pour améliorer la performance hospitalière. Si les établissements de santé pouvaient être incités à gagner de l'argent, alors l'industrie et le pays tout entier se porteraient mieux. Reste à essayer.

JE ME SUIS TRÈS RAPIDEMENT RENDU COMPTE QUE L'INNOVATION SE NICHE AU CŒUR DES PROCESS ET DU TRANSFERT DES SAVOIRS, ET NON AU CŒUR DU SAVOIR LUI-MÊME.



REPÈRES*



20

La plupart des actes médicaux sont 20 fois moins chers en Inde qu'aux États-Unis.



12 000 \$ / 67 000 \$

Prix d'une dialyse dans un grand hôpital indien, en regard de celui appliqué dans un hôpital américain.



50 000 \$ / 253 000 \$

Salaires annuels d'un ophtalmologiste indien, contre celui d'un ophtalmologiste américain.



400-600 / 100-200

Nombre moyen d'opérations réalisées chaque année par un chirurgien de l'hôpital NH en Inde, comparé à celui d'un chirurgien américain.

* V. Govindarajan, «Delivering world-class health care, affordably», Business Harvard Review, nov. 2013.



Hausse du reste à charge en santé : un observatoire pour tirer la sonnette d'alarme

Dépassements d'honoraires, hospitalisations, soins dentaires... Qu'en est-il vraiment du reste à charge? Et pourquoi est-il important de surveiller son évolution? La réponse avec Danièle Desclerc-Dulac, présidente du Collectif interassociatif sur la santé (CISS).



Danièle Desclerc-Dulac, présidente du CISS. Ex-directrice adjointe de la CPAM du Loiret et directrice générale du Centre technique d'appui des centres d'examen de santé de l'Assurance maladie.

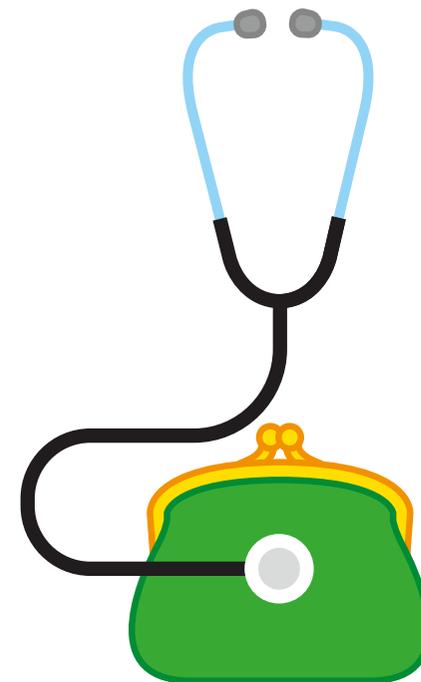
VOTRE COLLECTIF ÉDITE DEPUIS MAI 2013 UN OBSERVATOIRE CITOYEN DU RESTE À CHARGE EN SANTÉ. POURQUOI?

DANIÈLE DESCLERC-DULAC : Notre collectif a pour vocation de défendre l'accès de tous les patients à des soins de qualité. Or le reste à charge peut conditionner cet accès aux soins, en particulier dans un contexte de crise économique. Nous tenons donc à en suivre l'évolution en utilisant pour cela un trésor sur lequel est assise l'Assurance maladie: le Système national d'information interrégimes (SNIIRAM), la plus grosse base de données de santé au monde. Des données publiques et anonymes mais largement sous-exploitées. En tant que membre de l'Institut des données de santé (IDS), nous

faisons partie de ceux qui ont accès à ces données. Analyser le reste à charge est pour nous une façon de les rendre utiles, à condition de savoir les faire parler car l'exploitation des bases de données reste très complexe. C'est pourquoi nous nous sommes associés à deux organismes partenaires au travers de la revue *60 Millions de consommateurs* et de la société Santéclair. Trois domaines ont ainsi été passés au crible depuis un an: les dépassements d'honoraires, les hospitalisations et les soins dentaires. La prochaine édition portera sur les dispositifs médicaux.

OÙ EN EST LE RESTE À CHARGE EN CAS DE DÉPASSEMENT D'HONORAIRES?

D. D.-D. : Sur les 40 milliards d'euros versés par les Français en 2012 aux professionnels de santé libéraux, 27 milliards ont été remboursés par l'Assurance maladie et 13 milliards sont restés à leur charge ou à celle de leur complémentaire santé. Plus de la moitié de ce reste à charge vient des dépassements d'honoraires, en particulier ceux pratiqués par les médecins et les chirurgiens-dentistes. Le montant moyen du reste à charge par acte est de 8,40 euros (tous professionnels de santé confondus, France entière), mais peut atteindre plus de 37 euros en moyenne pour les actes pratiqués par un médecin spécialiste parisien. Chirurgiens, gynécologues, ophtalmologistes, ORL, etc., ce sont les spécialistes exerçant en secteur II qui concentrent à eux seuls plus de 80 % des dépassements. La difficulté d'accès aux soins se pose surtout lorsque, dans certaines spécialités, les médecins exerçant en secteur II sont majoritaires, comme cela



arrive plus fréquemment à Paris, dans le département du Rhône ou dans celui des Alpes-Maritimes, où les tarifs pratiqués sont souvent bien au-dessus de la moyenne nationale. Et plus ces dépassements sont élevés moins les complémentaires santé les prennent bien en charge.

ET À L'HÔPITAL?

D. D.-D. : Rien de tel en cas d'hospitalisation, les soins hospitaliers étant globalement bien couverts par la Sécurité sociale comme par les complémentaires santé. Notre observatoire a cependant relevé de grandes disparités par rapport à certains frais facturés par les hôpitaux publics, et c'est une surprise. Ainsi, en l'absence d'exonération ou de forfaitisation du ticket modérateur (TM) sur les soins, le reste à charge pour le patient peut atteindre jusqu'à 20 % du montant des soins facturés par l'hôpital. C'est le "tarif journalier de prestation", fixé par chaque hôpital selon des critères qui restent opaques, mais pouvant aboutir dans certains cas à ce que des sommes importantes soient facturées au patient ou à sa complémentaire santé.

liar de prestation", fixé par chaque hôpital selon des critères qui restent opaques, mais pouvant aboutir dans certains cas à ce que des sommes importantes soient facturées au patient ou à sa complémentaire santé.

QUELS SONT LES RISQUES ET COMMENT PRÉSERVER L'ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ?

D. D.-D. : Qui dit hausse du reste à charge dit renoncement ou report de soins. Pour enrayer le phénomène des dépassements d'honoraires, le CISS préconise, notamment, d'évoluer vers d'autres systèmes de rémunération des médecins, en remettant en cause la primauté du paiement à l'acte. On commence à s'y mettre avec la rémunération à la performance pour la tenue du dossier médical, par exemple, ou pour le suivi de certaines pathologies chroniques. Mais il faudrait aller plus loin. Quant à l'hôpital public, selon nous, le TM devrait être forfaitisé pour tous les soins, et pas seulement pour les soins les plus coûteux.

Il y va de la solidarité de notre système de santé. Or tout le monde sait que les systèmes les plus solidaires sont aussi les plus efficaces. Les États-Unis en sont un bon contre-exemple. Avec 16 % du PIB, c'est le système le plus cher du monde... mais aussi parmi les moins solidaires au sein des pays développés. G

TOUT LE MONDE SAIT QUE LES SYSTÈMES DE SANTÉ LES PLUS SOLIDAIRES SONT AUSSI LES PLUS EFFICACES.



REPÈRES*

20 %

Sans exonération du ticket modérateur ou acte lourd, c'est ce que peut atteindre le reste à charge dans certains hôpitaux publics.

54 %

C'est ce que représentent les dépassements dans le reste à charge.

9 %

d'augmentation de dépassement d'honoraires depuis deux ans.

1,5

point de moins pour la couverture de l'Assurance maladie entre 2004 et 2011.

500 000

personnes auront abandonné leur complémentaire santé en 2014.

* Étude, CISS, *60 Millions de consommateurs*, Santéclair. « Remboursement des dispositifs médicaux: la double peine pour certains assurés sociaux », nov. 2014.



Health systems, health, wealth and societal well-being. Assessing the case for investing in health systems

Josep Figueras.

European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2011.

Dans cet ouvrage de référence, Josep Figueras considère l'importance du système de santé comme un élément contribuant à l'amélioration de la santé publique, tout en participant à la croissance économique. Il insiste sur la nécessité d'investir afin de créer des systèmes de santé efficaces, équitables et durables, adaptés au XXI^e siècle.

Sur le même sujet:

Health systems, health and wealth: the argument for investment applies now more than ever

Martin McKee, Sanjay Basu, David Stuckler, *Social Science & Medicine*, n° 74, p. 684-687, 2012.

Re-orienting health systems: Towards modern, responsive and sustainable health promoting systems

EuroHealthNet, 2012.



Delivering World-Class Health Care, Affordably

Vijay Govindarajan. *Harvard Business Review*, novembre 2013.

Cette étude, publiée dans la *Harvard Business Review*, évoque le système de santé indien et les nouvelles formes de gestion hospitalière qui émergent dans ce pays, dont les dispositions pour l'innovation commencent à rayonner dans le monde.

Sur le même sujet:

Health Care Reforms That Work

Vijay Govindarajan et Akash Nayak Karopadi, *Harvard Business Review*, 5 mars 2014.

Why can't U.S. health care costs be cut in half?

Vijay Govindarajan et Ravi Ramamurti, *Harvard Business Review*, 29 octobre 2013.



Reverse Innovation

Vijay Govindarajan and Chris Trimble, 2012.

L'innovation n'est pas seulement l'apanage des pays développés. C'est ce que prouve cet ouvrage en présentant des cas d'innovations inversées (reverse innovations) conçues dans les pays en développement et porteuses de nouvelles opportunités. www.reverse-innovation.com

Sur le même sujet:

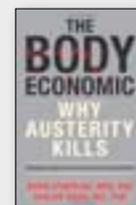
Innovation inversée: quand la créativité vient du Sud

Isabelle Hennebelle, *L'Express*, 25 octobre 2009.

Pour l'égalité d'accès aux soins et à la santé et la réduction des inégalités de santé

Paul-Henri Bréchat *Revue hospitalière de France*, n° 550 janvier-février 2013.

Ce document étudie le système actuel de santé en France, proposant des pistes de réflexion pour esquisser les contours d'un service public qui permettrait de réduire les inégalités d'accès aux soins et à la santé.



The body economic: why austerity kills

David Stuckler, Sanjay Basu, mai 2014.

Sur la base de données collectées à travers le monde et d'études de cas à travers les époques, les deux auteurs, respectivement professeur à l'université d'Oxford et assistant professeur en médecine à l'université de Stanford, analysent le coût humain de la crise. <http://thebodyeconomic.com>

Les suites de la crise grecque offrent des perspectives pour la santé

Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé, volume 92, n° 1, janvier 2014.

Interview d'Aris Sissouras, directeur de l'Unité politique de santé et planification et gestion opérationnelles de l'université de Patras, sur la réforme de la santé en Grèce, née de la crise économique de 2008.



Le diabète en temps de crise: l'impact de la crise économique sur la gestion du diabète en Europe

Rapport européen commandé par Janssen-EMEA, juin 2014.

Ce rapport s'intéresse aux conséquences de la récession économique sur la prise en charge du diabète. Des patients et médecins généralistes de six pays européens y témoignent de leurs difficultés quotidiennes pour gérer la maladie dans un contexte où les moyens financiers manquent.

Observatoire de l'égalité d'accès aux soins

Sondage Ipsos Public Affairs pour la Fédération hospitalière de France, mai 2014.

Comment les Français perçoivent-ils leur système de santé? Ce sondage tente de répondre à cette question en évaluant le niveau de satisfaction des Français et en identifiant des pistes d'amélioration pour tendre vers un système égalitaire.



Compare your country

compareyourcountry.org/health

Outil de comparaison des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE et leur évolution qui permet de visualiser et comparer les données de santé en ce qui concerne l'espérance de vie, les facteurs de risque (alcool et tabac) et les tendances des dépenses de santé. Les graphiques reprennent les chiffres du rapport Health at a glance, 2013.

Health and financial crisis monitor

www.hfcm.eu

Plateforme créée par l'Observatoire européen des politiques et systèmes de santé en collaboration avec l'École de santé publique d'Andalousie. La plateforme regroupe différents articles et études montrant les effets de la crise financière sur la santé et les systèmes de santé.



En chiffres



des Français estiment que les problèmes de financement des dépenses de santé sont de nature à menacer le système de santé français¹.



C'est ce que représente la prise en charge du diabète dans les dépenses de santé dans la plupart des pays membres de l'Union européenne².



des Français déclarent que leur situation financière actuelle ne leur permet pas de se soigner autant que nécessaire (consultation médicale, prise de médicaments, etc.)².



des Français approuvent la généralisation du tiers payant, qui permettrait de ne plus avancer d'argent lors d'une consultation chez le médecin³.



des patients diabétiques déclarent ne pas avoir les moyens d'acheter de la nourriture saine².



des patients atteints de maladie chronique considèrent que l'augmentation du reste à charge menace le système de santé en France².



des Français perçoivent une inégalité au niveau de l'accès aux soins¹.



a dû renoncer à des soins ou à une consultation en raison d'un coût jugé trop élevé¹.

1. Sondage Ipsos pour la Fédération hospitalière de France : "Observatoire de l'égalité d'accès aux soins" – mai 2014. 2. Rapport de Janssen-EMA : "Le diabète en temps de crise : l'impact de la crise économique sur la gestion du diabète en Europe" – juin 2014. 3. Sondage OpinionWay pour le Syndicat des médecins libéraux – août 2014.