

Résumé – Organisation et modes de financement d'un système de soins – Protection sociale

I. Organisation et modes de financement d'un système de soins

A. Modèles théoriques du système de santé

Public / Planifié : Gouverné par l'État, donc les professionnels de santé sont des fonctionnaires. La population n'a accès au système que par le médecin généraliste (qui appartient à une liste).

Libéral / Contractuel : Privé, pas d'action de l'État. Interaction entre population, entreprises et assurances privées. Toute population adulte doit contracter une prime d'assurance et la payer de sa poche pour pouvoir être remboursé. Accès illimité à toute l'offre de soins. Il faut payer directement le prestataire, remboursement secondaire et dépend de la prime d'assurance à laquelle le patient a souscrit.

→ Aujourd'hui de tels systèmes n'existent nulle part, il s'agit toujours d'un compromis.

L'argent dans un système de santé vient toujours soit de la prime d'assurance, soit de l'impôt (Beveridge), soit de la cotisation sur le travail (Bismarck).

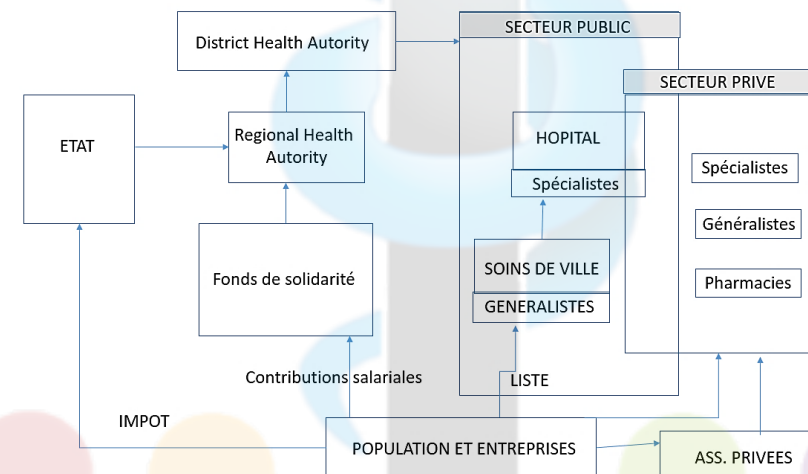
B. Système britannique

D'un côté public : **soins gratuits** financés par l'impôt avec le **système de la capitation** (le médecin généraliste oriente le patient chez un spécialiste ou à l'hôpital) → se rapproche d'un système de santé Beveridgien.

Depuis Margaret Thatcher : secteur privé dépendant des systèmes d'assurances privées → secteur public libéré et citoyens plus libres dans parcours de soins.

Blair a accentué le pouvoir du médecin généraliste en mettant en place des **Primary Care Groups** = organisation de la médecine de ville → Inconvénients : met en concurrence les hôpitaux publics entre eux, longues listes d'attentes, nombre de lits limités...

À noter que les spécialités, l'imagerie et la biologie ne sont effectuées qu'à l'hôpital.



Le système de soins anglais.

C. Système français

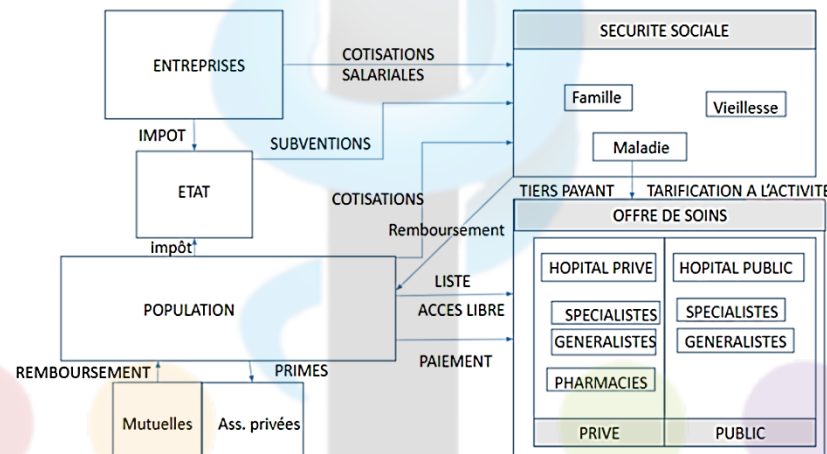
Système mixte avec une partie privée, très libérale et une partie publique.

11% du PIB a été consacré à la santé (l'un des 3 plus coûteux au monde)
 → la sécurité sociale a un budget supérieur à celui de l'État. La France est classée au **5^{ème} rang mondial** en matière d'indicateur de santé.

Couverture universelle : obligation de soin pour tous → **CMU** (couverture Maladie universelle) et **AME** (Aide Médicale d'État) pour les sans-papiers. La sécurité sociale couvre 75% des frais de santé des familles.

Païement à l'acte du praticien (une séance de kiné) ≠ à l'**activité** d'un hôpital (en fonction du nombre d'appendicites par ex).

Regroupement de professionnels : Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), maisons de santé pluriprofessionnelles, Communautés Professionnelles de Territoire de Santé (CPTS).



Le système de santé français.

II. Protection sociale

C'est l'ensemble des dispositifs et systèmes sociaux, juridiques et économiques mis en œuvre par une collectivité pour protéger ses membres des risques sociaux.

Elle cible notamment maladie, vieillesse, décès, maternité, invalidité, handicap, dépendance, chômage, famille.

C'est le lien entre le médical et le social.

Cela représente des enjeux financiers colossaux : 653 milliards d'euros pour l'ensemble des prestations sociales proposées.

Le but c'est la PEC de l'augmentation des besoins ou diminution des ressources au travers de 3 dispositifs principaux :

- **ASSISTANCE** : aide ou prescription reçue sans contribution préalable ;
- **PRÉVOYANCE** : mettre de l'agent de côté (assurance et mutuelle) ;
- **ASSURANCE** : couverture des risques sociaux en contrepartie d'une cotisation via impôts ou salaires.

A. Sécurité sociale

Le chômage n'en fait PAS partie !

Depuis 1945, elle repose sur les mêmes principes :

- Universalité de la protection ;
- Unité de régime ;
- Uniformité des prestations et des taux de cotisation ;
- Autonomie de gestion des organismes.

Depuis janvier 1996, la contribution ne provient plus uniquement des cotisations mais aussi des impôts. On parle aujourd'hui de contribution sociale généralisée.

Depuis février 1996, il y a l'**ONDAM** (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie).

Les personnes vivant avec l'assuré peuvent être prises en charge : ce sont les ayants droit.

La protection sociale est divisée en 4 branches gérées par 3 caisses : **CNAF** (Caisse Nationale des Allocations familiales), **CNAVTS** (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse) et **CNAMTS** (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) elle-même divisée avec d'un côté les accidents du travail et maladies professionnelles, et de l'autre en maladie, invalidité, décès et maternité → ce qui est géré par l'**Assurance Maladie**.

Il y a différents régimes ; celui qui représente le + de français c'est le régime général des travailleurs salariés.

B. Assurance maladie

Principe : égalité d'accès et qualité de soins.

Objectifs : amélioration de la santé, prise en charge optimale, efficience.

5 leviers d'action :

- **Périmètre** de PEC : assurance maladie et HAS décident les actes remboursables ;
- **Tarifcation** : gérer actes et tarifs de ceux-ci (adaptés au volume) ;
- **Planification** de l'offre : ministère et ARS définissent le nombre d'hôpitaux, de laboratoires... le but est de favoriser une bonne coopération entre médecin de ville et hôpitaux ;
- **Prévention et information** : médecine surtout curative, budget alloué à la prévention 1.8 % ;

- **Informier et former les professionnels de santé** : recommandations qui évoluent sans cesse + nécessité d'uniformiser les pratiques, formation continue importante.

⚠ À la différence entre prestation en nature (une consultation, un acte, « un service ») ou en espèce (salaire).

L'invalidité est une maladie, un handicap qui empêche la personne d'être en pleine possession de ses moyens et donc de ses ressources. Il y a alors 3 catégories pour les pensions d'invalidité en fonction si la personne peut encore travailler, ou non ou encore si elle a besoin d'un aidant au quotidien.

Tiers-payant : patient n'engage pas la dépense, le professionnel sera remboursé par l'Assurance Maladie.

Ticket modérateur : ce qu'il reste à payer après Assurance Maladie et mutuelle (40 à 50% des frais), varie selon les catégories de prestation, participation forfaitaire d'1 €.

Protection sociale > Sécurité sociale > Assurance maladie

