

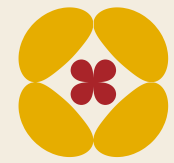
 Licence de Santé Publique

Systeme de Santé en Chine

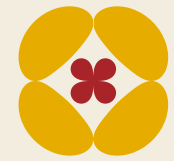
Tasnim FAREH
interne de Santé Publique

Vendredi 8 Novembre 2024





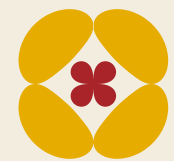
Histoire récente du système de santé



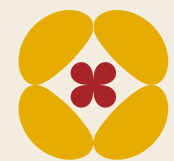
Financement du système de santé



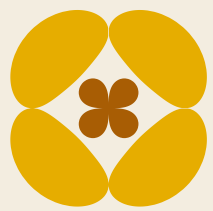
Répartition de l'offre de soin



Le numérique, une solution aux inégalités d'accès aux soins ?



La place de la médecine traditionnelle dans le système de santé



PARTIE 1

Histoire du Système de santé

Histoire du Système de Santé

Ère Mao (1949-1976) - Mise en place d'un programme d'accès universels au soins

80 % de la population en zone rurale

Niveau 1 : Dispensaires de villages

Niveau 2 : Centres de santé des cantons

Niveau 3 : Hôpital de District

赤脚医生 chijiao yisheng, Poster 1964



✿ Quasi gratuité des soins, très bonne couverture sociale et amélioration de l'état de santé global de la population

✿ Mais soins de bases et niveau d'équipement faible

Histoire du Système de Santé

Ere de Deng Xiaoping (1978-1989) - Réformes économiques et transition vers un système de marché des soins

- Accélération de mise en place des structures de santé privées
- Arrêt du financement du système médical communautaire
- Autonomisation des offreurs de soins de niveau 2 et de niveau 3 (logique de maximisation des profits)

The Time, 1983



- ❖ Remplacement des établissements publics, effondrement des établissements publics de niveau 1
- ❖ Flambée des prix et logique de maximisation des profits dans les hôpitaux
- ❖ Population locale qui se retrouve face à une offre de soins privée et chère = creusement de l'écart entre les villes et les campagnes
- ❖ Perte du parcours de soins

Milcent C. (2021). Le système de santé chinois

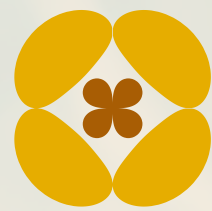
Histoire du Système de Santé

Bilan et Conséquences des réformes du système de soin

Systeme décentralisé, structuré avec parcours de soins et quasi gratuité des soins
Qualité médiocre mais pas d'inégalités d'accès au soins

Systeme centralisé, destructuré - Liberté de trajectoire du patient

Concentration de la demande dans les établissements hospitaliers d'excellence
Pénurie de l'offre
Explosion du prix des soins
(augmentation exponentielle depuis les années 80)
Fortes inégalités d'accès aux soins



PARTIE 2

Financement du système de santé

Financement global du coût des soins



Financement global du coût des soins

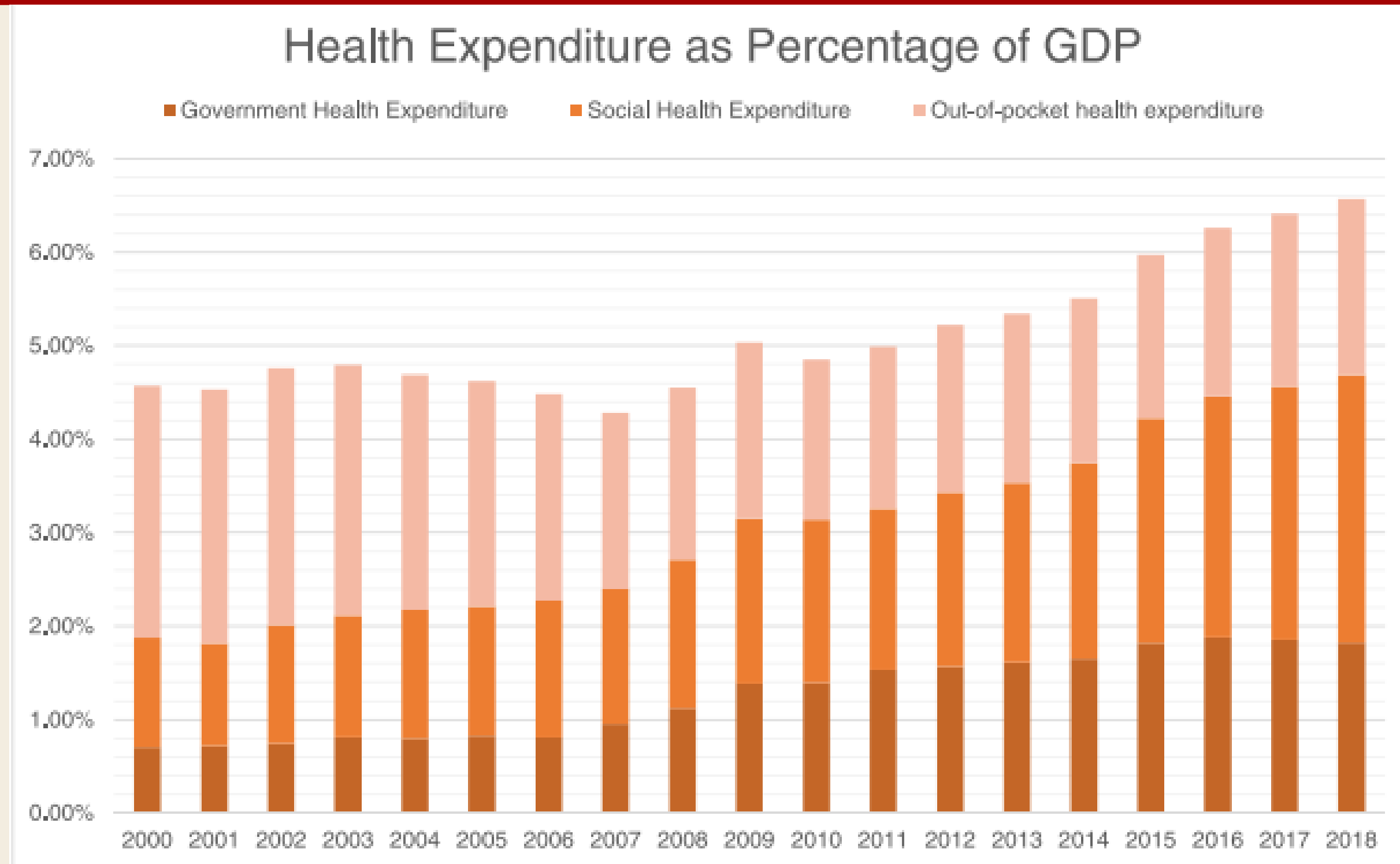
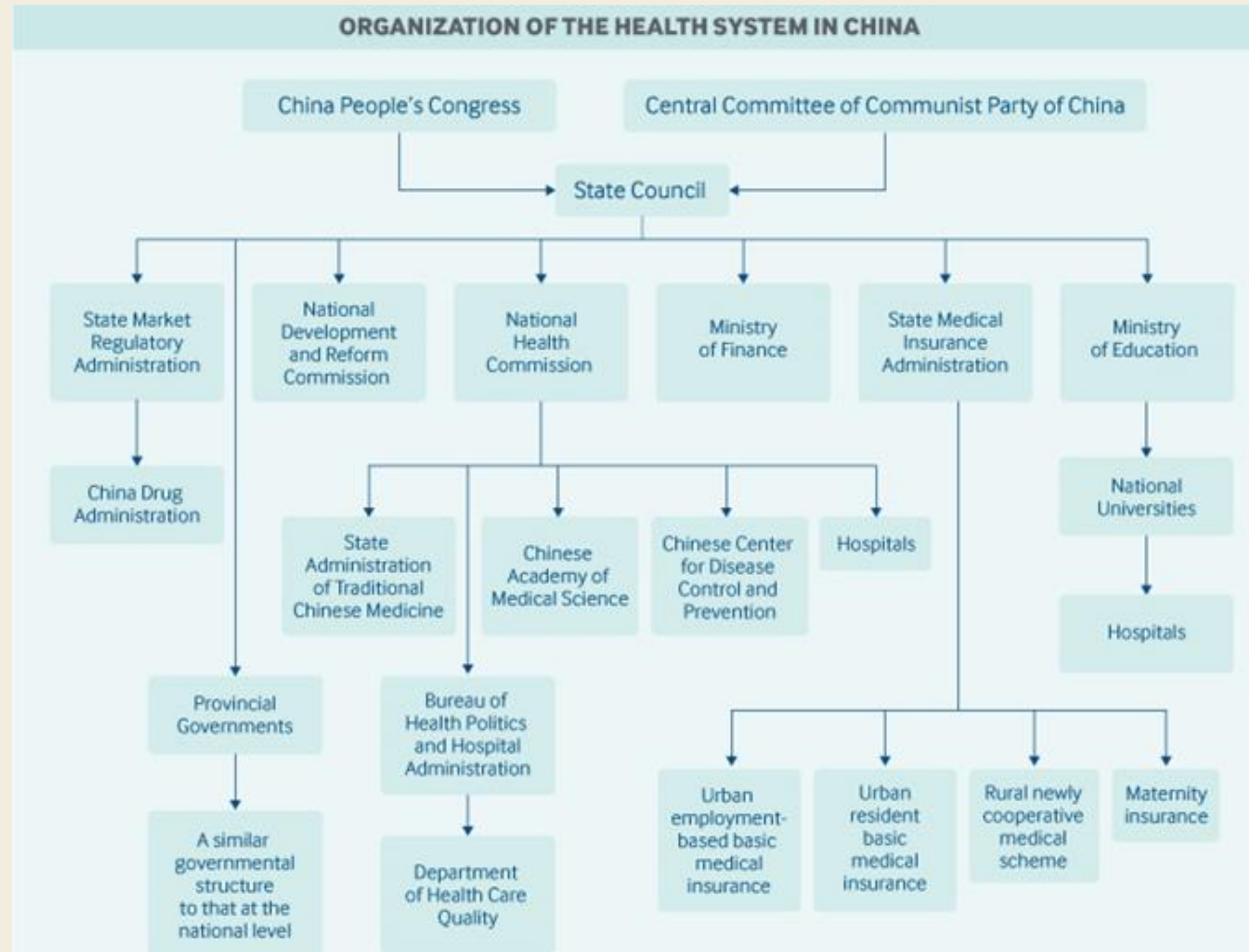


Fig. A1. Health expenditure composition, 2000–2018 (National Bureau of Statistics, China).

En 2018: la Chine dépense 6,6% de son PIB pour la Santé ce qui représente 1.665 milliards de dollars

Rôle du Gouvernement



Les assurances de santé en Chine

- “Urban Employee Basic Medical Insurance” (2011)
- “Urban-Rural Resident Basic Medical Insurance” (2016)
- Assurances privées

En 2011, 95% de la population avait une couverture.

Services couverts : L'ensemble des prestations est souvent défini par les autorités locales

L'assurance médicale de base financée par l'État couvre généralement :

- les soins hospitaliers (dans certaines provinces et villes)
- les soins primaires et spécialisés
- les médicaments sur ordonnance
- les soins de santé mentale
- la kinésithérapie
- les soins d'urgence
- la médecine traditionnelle chinoise.

Les assurances de santé en Chine

La mise en place d'une assurance a largement contribué
à la réduction des inégalités d'accès au soin dans les années 2010



Cependant il n'y a pas d'agence qui évalue et rapporte les disparités de santé, et pas de programmes de soins ciblés pour réduire les inégalités et les disparités d'accès et de qualité des soins pour certains groupes de patients

+

Des disparités perdurent dans les variations de couverture des assurances déterminées localement



Le gouvernement central encourage le soutien de la formation de médecins ruraux dans les hôpitaux urbains et oblige les jeunes médecins à travailler dans les établissements ruraux

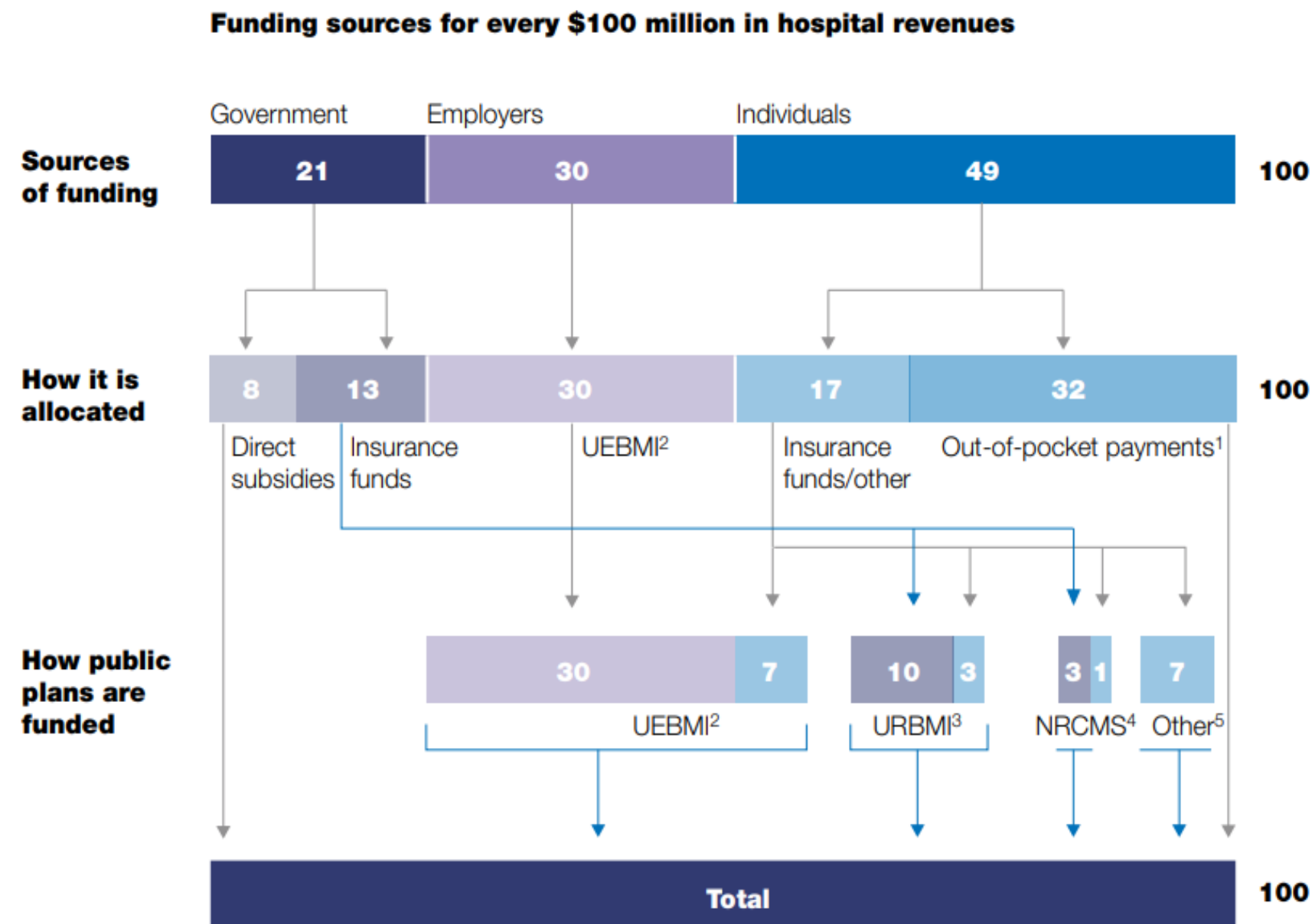
Le reste à charge

Les programmes d'assurance publique ne remboursent les patients que jusqu'à un certain plafond

Exemple : en 2018, le plafond des soins ambulatoires était de **3 000 CNY (845 USD)** pour les résidents de Pékin au titre de l'assurance médicale de base des résidents urbains et ruraux. En comparaison, le plafond pour les soins hospitaliers était de **200 000 CNY (56 338 USD)**

Il est possible d'utiliser des services de santé hors réseau (même d'une province à l'autre), mais le ticket modérateur est plus élevé.

Financement des Hopitaux



¹Includes \$6 million from the uninsured and \$26 million in co-payments from the insured.

²Urban Employee Basic Medical Insurance.

³Urban Resident Basic Medical Insurance.

⁴New Rural Cooperative Medical System.

⁵"Other" includes private health insurance (both supplementary and stand-alone); employer contribution to group private health insurance, which is ~\$1 million, is not shown. Total funding is ~\$7 million.

Source: Hospital interviews; government statistics

Huoshenshan Hospital in Wuhan



PARTIE 3

Répartition de l'offre de soin

Classement des Hôpitaux et niveaux de soins

Classement à trois niveaux des hôpitaux

	Number	Beds	Bed utilization (%)	Average number of outpatients per year (thousands)	Area	Personnel
Class III hospitals	~1,230	>500	~100	~520	<ul style="list-style-type: none"> • >60 square meters per bed • Net utilization area: >6 square meters per bed 	<ul style="list-style-type: none"> • >1.04 doctors per bed • >0.4 nurses per bed
Class II hospitals	~6,520	100–499	~80	~120	<ul style="list-style-type: none"> • >45 square meters per bed • Net utilization area: >5 square meters per bed 	<ul style="list-style-type: none"> • >0.88 doctors per bed • >0.4 nurses per bed
Class I hospitals	~5,110	20–99	~55	~30	<ul style="list-style-type: none"> • >45 square meters per bed 	<ul style="list-style-type: none"> • >0.7 doctors per bed • >3 doctors, >5 nurses in total
Unclassified hospitals¹	~7,430					

¹Including both public and private/joint-venture hospitals. Most have scale similar to class I or II hospitals.

Source: *China Health Statistics Yearbook*, 2008; Ministry of Health; literature search

Offre de soin médicale

1946

>80 % de la population rurale

Médecins aux pieds nus

Soins primaires et de prévention

1980's

Examens pour les “Médecins de village” qui deviennent “travailleurs de soins primaires” en cas d'échec

1990's

Augmentation des régulations

perte de la fonction de médecin de santé publique

2003
SARS-COV

Retour d'une fonction de prévention

2004

Rural Doctor Practice regulation

Formation standardisée pour tous les médecins ruraux. qui ne peuvent pratiquer en zone urbaine

Pour être accrédités les Hopîtaux obtiennent une licence de l'autorité sanitaire locale
Les Médecins obtiennent leur licence de praticien à travers les hôpitaux et celle-ci est sujette à réévaluation.

Le niveau de compétence des médecins est définie par la structure dans laquelle ils exercent

Répartition de la population et des structures de soins

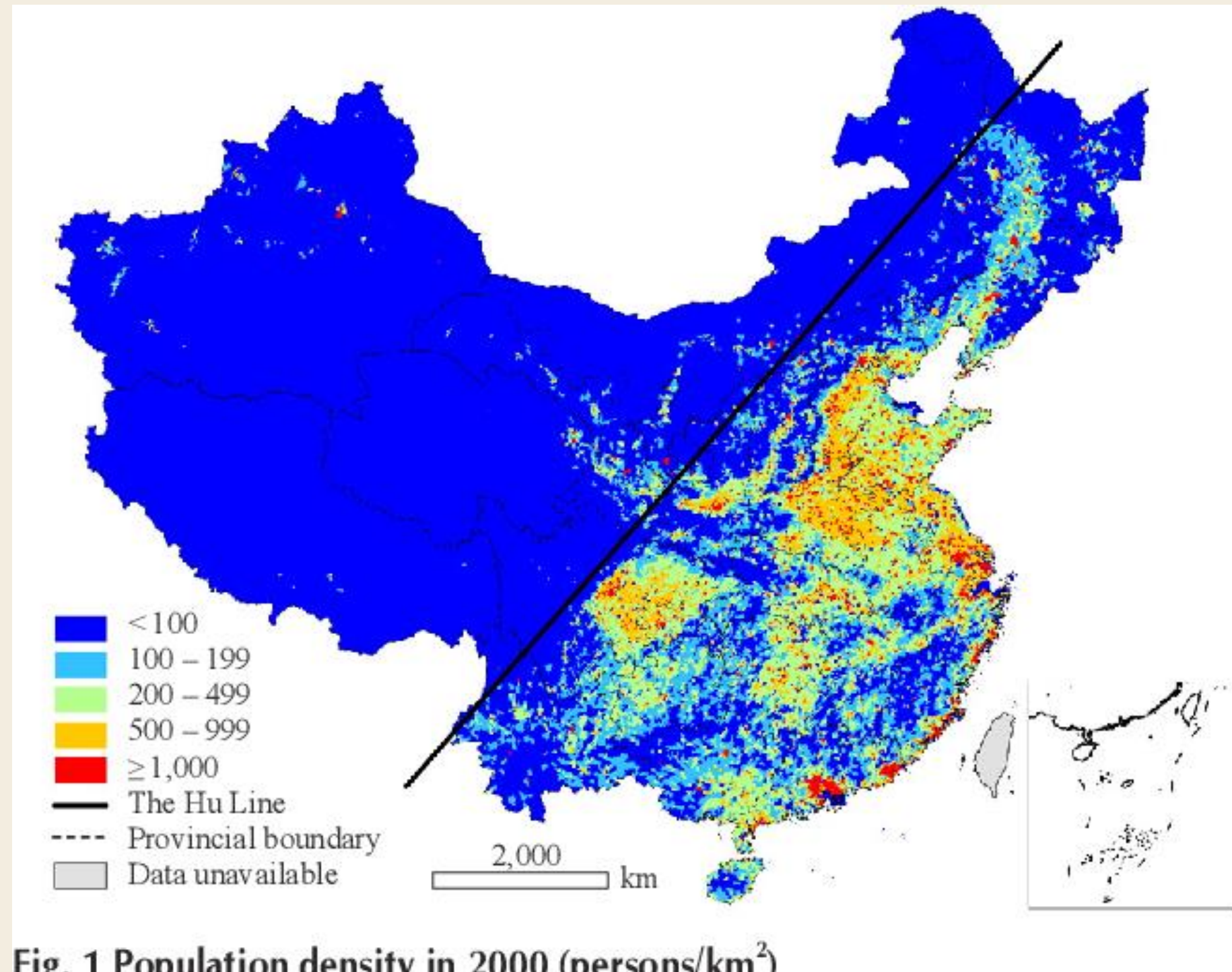
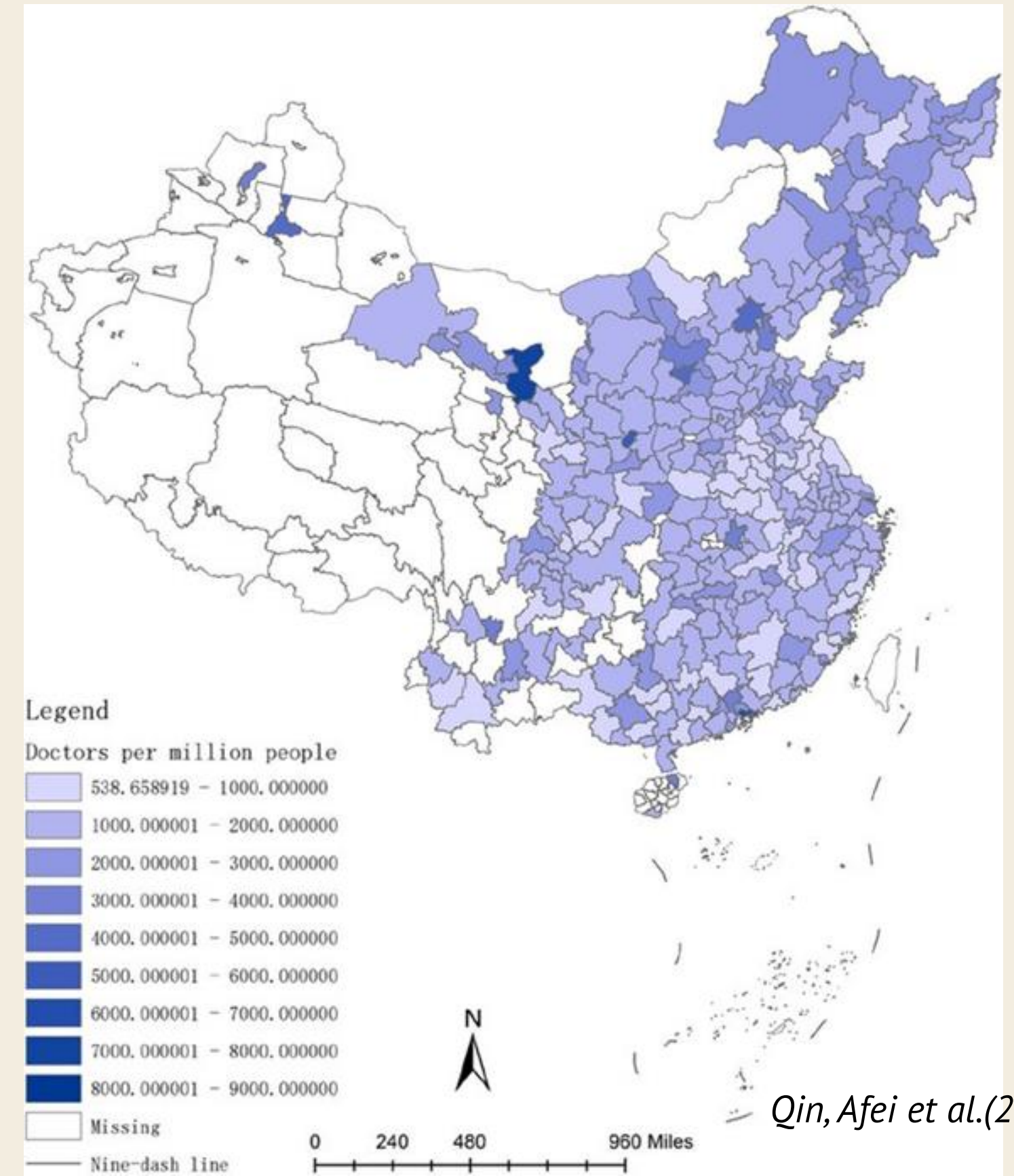
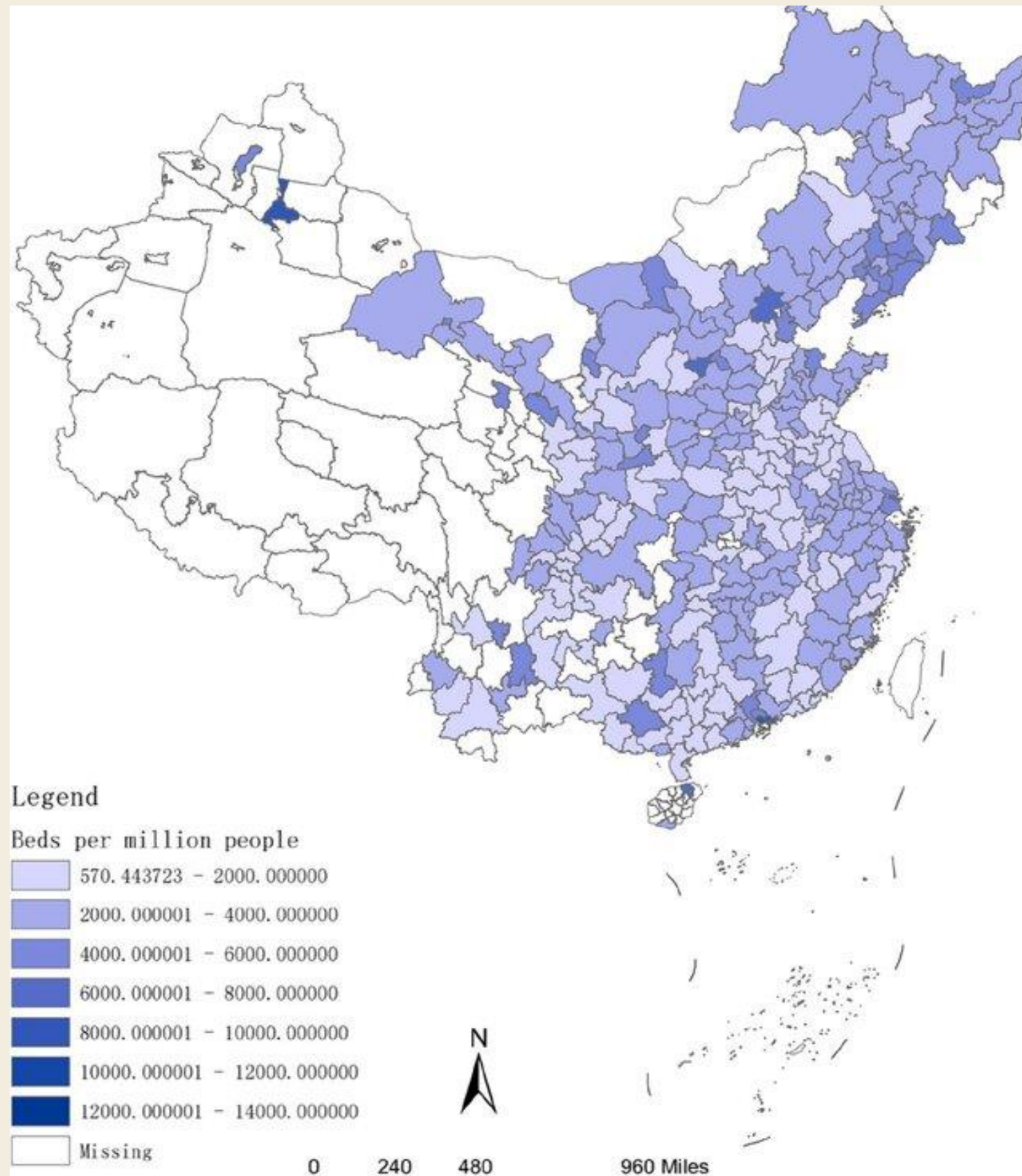


Fig. 1 Population density in 2000 (persons/km²)

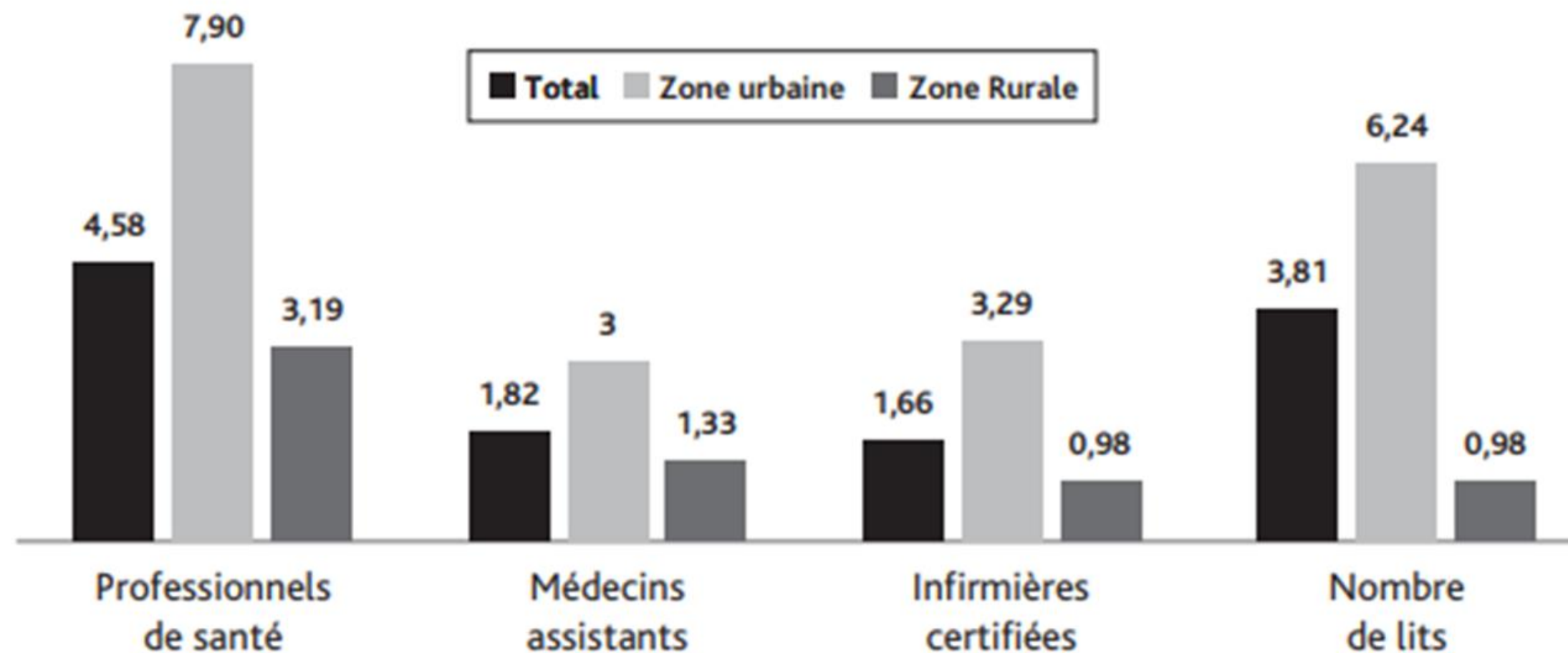


Répartition des lits et des médecins



Répartition entre zone urbaine et rurale

Graphique 1 – Personnel médical et nombre de lits en Chine, 2011 (pour 1 000 habitants)



Source : Sarah L. Barber, Michael Borowitz, Henk Bekedam et Jin Ma, « The Hospital of the Future in China: China's Reform of Public Hospitals and Trends from Industrialized Countries », *Health Policy and Planning*, vol. 29, n° 3, 2014, p. 367-378. Source : *China Health Statistical Yearbook*, 2012.

Répartition de l'offre entre secteur public et privé

82,8 % de tous les médecins en exercice travaillent dans des établissements de santé public

En outre, les hôpitaux publics fournissent **89,78 %** de tous les services ambulatoires et **87,92 %** de tous les services hospitaliers

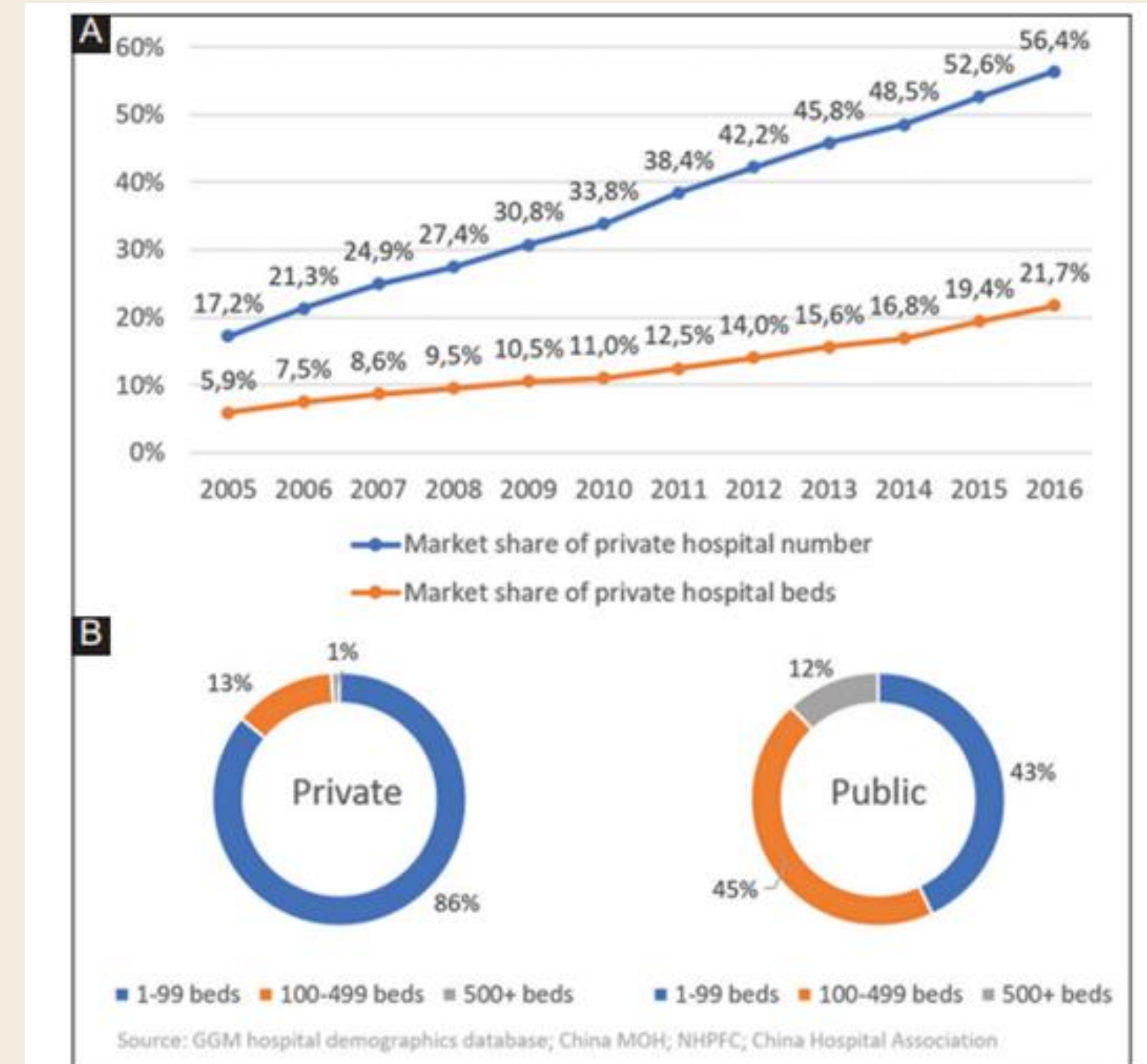
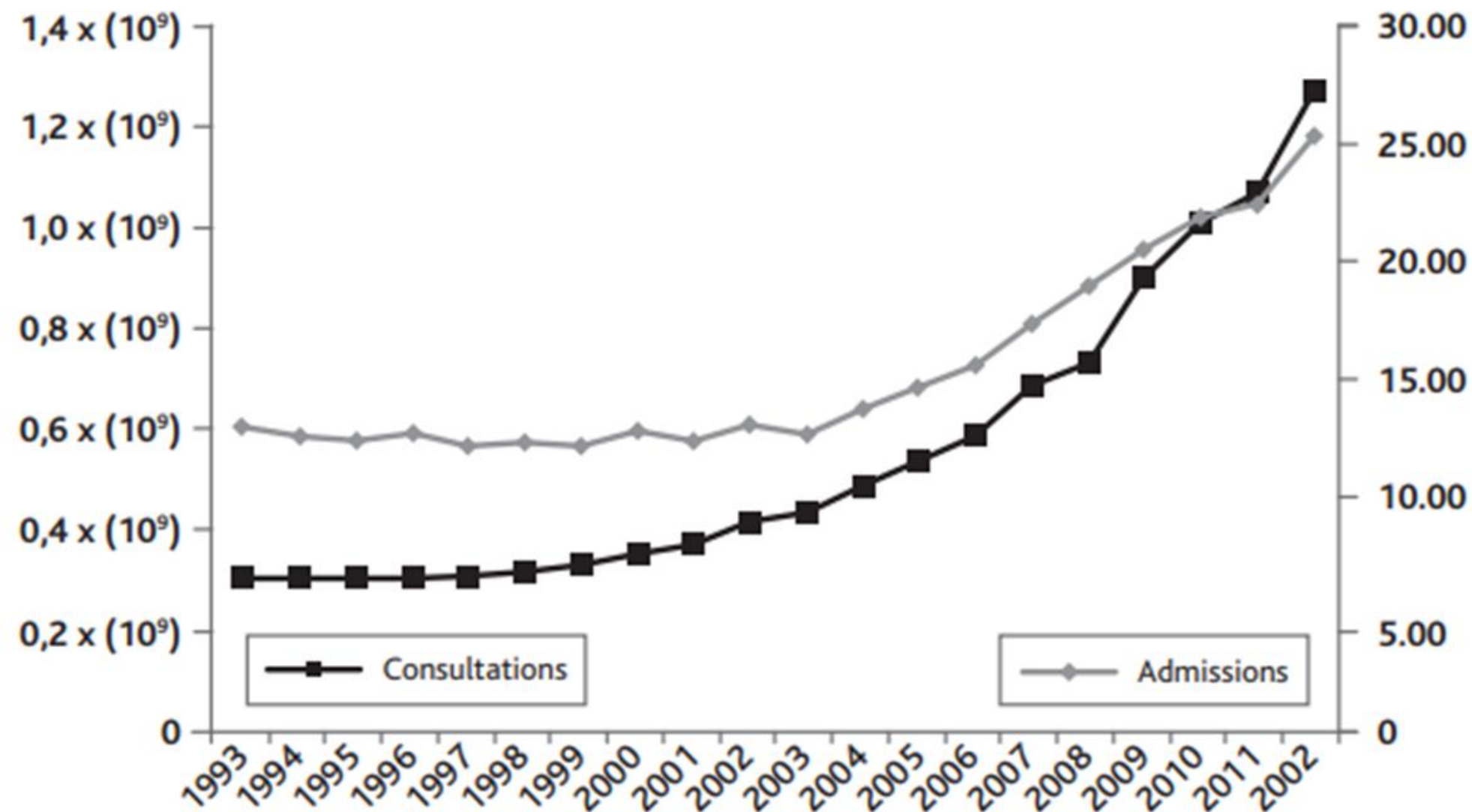


Figure 4. Public and private hospitals trend in China. (A) Source: Der et al., 2018 [25]. (B) Source: <https://www.asianhbm.com/healthcare-management/china-private-hospitals#:~:text=There%20are%20now%20about%2026%2C000,to%20hospital%20status%20every%20year>

Tensions sur l'hôpital public

Graphique 2 – Évolution (1993 - 2012) des entrées en admission et des consultations à l'hôpital public (en milliards)



Source : Shan Wang, Lihua Liu, Lin Li et Jianchao Liu, « Comparison of Chinese Inpatients with Different Types of Medical Insurance Before and After the 2009 Healthcare Reform », *BMC Health Services Research*, vol. 14, 2014, p. 443. Source des chiffres : *China Health Statistical Yearbook*, 2012.

- 20% des patients traités en consultation à l'hôpital le sont pour des rhumes ou des Gastro-entérites
- 30% des admissions sont médicalement justifiées
- La durée de séjour hospitalier en Chine est **deux fois plus longue** que la moyenne des pays de l'OCDE

D'après ce graphique on peut voir que le nombre d'admission à l'hôpital a public a doublé entre 2003 et 2012, et le nombre de consultations ont quadruplé entre 2000 et 2012

Le modèle économique hospitalier à l'origine des tensions

Jusque dans les années 80's. L'État central finançait, en moyenne, 60 % des dépenses des établissements hospitaliers.

En 1992, le ministère de la Santé chinois a officiellement accordé une plus grande autonomie aux hôpitaux publics.

En 2003, la part de financement public s'était ainsi réduite à 7 %, en moyenne

L'Hôpital public

- Peut agir comme une entreprise qui maximise son profit
- Fait ses choix d'investissement et fixes ses prix
- Garde son mode de gouvernance traditionnelle d'institution publique




Conséquences

- ✦ Compléments de revenus aux médecins qui incitent à multiplier le nombre de visites, à sur-prescrire, sur-diagnostiquer.
- ✦ Vente de médicament = 40% du chiffre d'affaire des établissements publics de santé
- ✦ Surconsommation des soins, augmentation des soins = création d'un climat tendu entre soignants et les patients

Rentabilisation et augmentation du coût des soins sans régulation

(ni par le marché, ni par l'état ou les provinces)

Mesures de régulations possibles

-  **Mark-up Zero** = absence de marge bénéficiaire
-  **Pharmaceutical catalogue** = pour prescrire en priorité les produits de santé sans profits
-  **Paiement des hôpitaux par le système des Groupes Homogènes de Malades (GHM)**

Au niveau international, consensus sur l'avantage d'une tarification hospitalière basée sur l'activité des établissements (Informations sur les tarifs de séjours par les GHM)

Mais cela demande une base d'information complexe, contenant des données complètes et uniformisées

- En 2016, systèmes d'informations médicales étaient encore peu développés

- En 2021 ces systèmes sont encore en construction et non utilisés pour le remboursement

- En 2012 9,5 millions de dollars sont investis pour le développement de l'enregistrement des données médicales et l'amélioration du système d'information des hôpitaux

Les files d'attente et leur gestion



Figure 3. The situation in the Accident and Emergency Department, Hospital of Beijing University, People's Hospital at 10:00 am on a weekday in November 2015.



- Suivant les sources, le nombre de consultations par jour et par médecin varie entre 60 et 80 consultations
- Quand l'hôpital est fortement renommé ce chiffre atteint 100 patients par jour et par médecin et jusqu'à 200 patients les jours de pic
- D'après une étude réalisée dans la province du Shaanxi, le médecin passerait moins d'une minute et demie à parler avec le patient

Yinao ou la violence à l'hôpital

Yi 医 (médical) nao 闹 (dispute/violence)

Raisons :

- 1 – Engorgement des établissements publics et inégalités d'accès aux soins
- 2 – Maximisation des coûts et compensations financières des médecins pour accéder aux soins médicaux
- 3 – Les Médecins des villes ont un statut fonctionnaire et de cadre du parti (bianzhi 编制)

Chaque année, plus de 10 000 médecins seraient attaqués

Une enquête sur 10 provinces montre que la moitié des médecins chinois auraient été verbalement agressés
un tiers physiquement menacés

De nouvelles réformes pour l'offre de soin

Une série de réformes initiées depuis 2009 tend à décentraliser l'offre de soins





Depuis 2009, la rémunération des structures primaires sur les performances a été mise en place, afin de substituer à la méthode de financement par la marge bénéficiaire sur les médicaments.

En 2015, un système d'orientation vers un médecin généraliste a été mis en place (augmentation du remboursement en structures de soins primaires)

Mais les patients voient encore les urgences comme une entrée vers le système de soin
(perçus comme de plus haute qualité)

Les effets de la crise COVID

En 2022, le gouvernement central a établi une liste de quatre priorités de travail dont :

-  Le renforcement de la capacité de prévention des maladies par l'amélioration du réseau de prévention des maladie
-  Le renforcement des capacités des professionnels de la santé publique
-  Coordonner les équipes de santé et les institutions travaillant ensemble pour gérer les maladies majeures telles que le cancer et les accidents vasculaires cérébraux
-  Inciter les hôpitaux et les cliniciens à fournir des services d'éducation et de promotion de la santé

Une vision d'ici à 2030

Priority Level: ● High ● Mid ● Low Progress: Substantial Moderate Early

Pillar	Priority	Progress	Time Horizons to Demonstrate Impact		
			Near Term	Medium Term	Longer Term
Equitable access and outcomes	●	<div style="width: 70%; height: 15px; background-color: #2e7d32;"></div>	Continue investment in decentralization and alternative care models (e.g. home care) to help improve access to essential health and healthcare systems globally.	Incorporate more equal representation in clinical trials to improve the evidence base for decision-making and unlock understanding of different diseases and appropriate treatment across different regions.	Make disproportionate investment in health and healthcare services in low- and middle-income countries (LMICs) to narrow the global health disparity gap.
Healthcare systems transformation	●	<div style="width: 40%; height: 15px; background-color: #2e7d32;"></div>	Ensure all healthcare systems globally return to pre-pandemic stability.	Invest in and diversify supply chains to ensure healthcare systems are resilient and reliable for all countries globally.	Refocus healthcare systems on the value of the services delivered, as opposed to the volume, incorporating better prevention and preservation of care and consistent reporting of outcome metrics.
Technology and innovation	●	<div style="width: 20%; height: 15px; background-color: #2e7d32;"></div>	Incentivize investment to drive innovation in medicine development and commercialization, supply chain optimization and healthcare delivery.	Harmonize data use and its applications across the healthcare industry and across geographies.	Work with policymakers to create a regulatory environment that cultivates and drives innovation across all geographies and all parts of the healthcare system.
Environmental sustainability	●	<div style="width: 15%; height: 15px; background-color: #2e7d32;"></div>	Work to embed environmental, social and governance pillars into the health and healthcare industry by defining and tracking a set of metrics centrally.	Make disproportionate investments in LMICs to reduce the impact of climate change on health – for example, reduce the number of people pushed into poverty each year due to climate shocks and stresses.	Reduce climate footprint of health and healthcare as an industry, focusing on addressing key segments responsible for major emissions while maintaining patient-centricity and equity.

The Healthy China 2030 strategic policy serves as a guiding framework for progressing health system improvements throughout this decade. Image: World Economic Forum and L.E.K. Consulting



PARTIE 4

Le numérique, une solution ?

Les services de santé en ligne en Chine

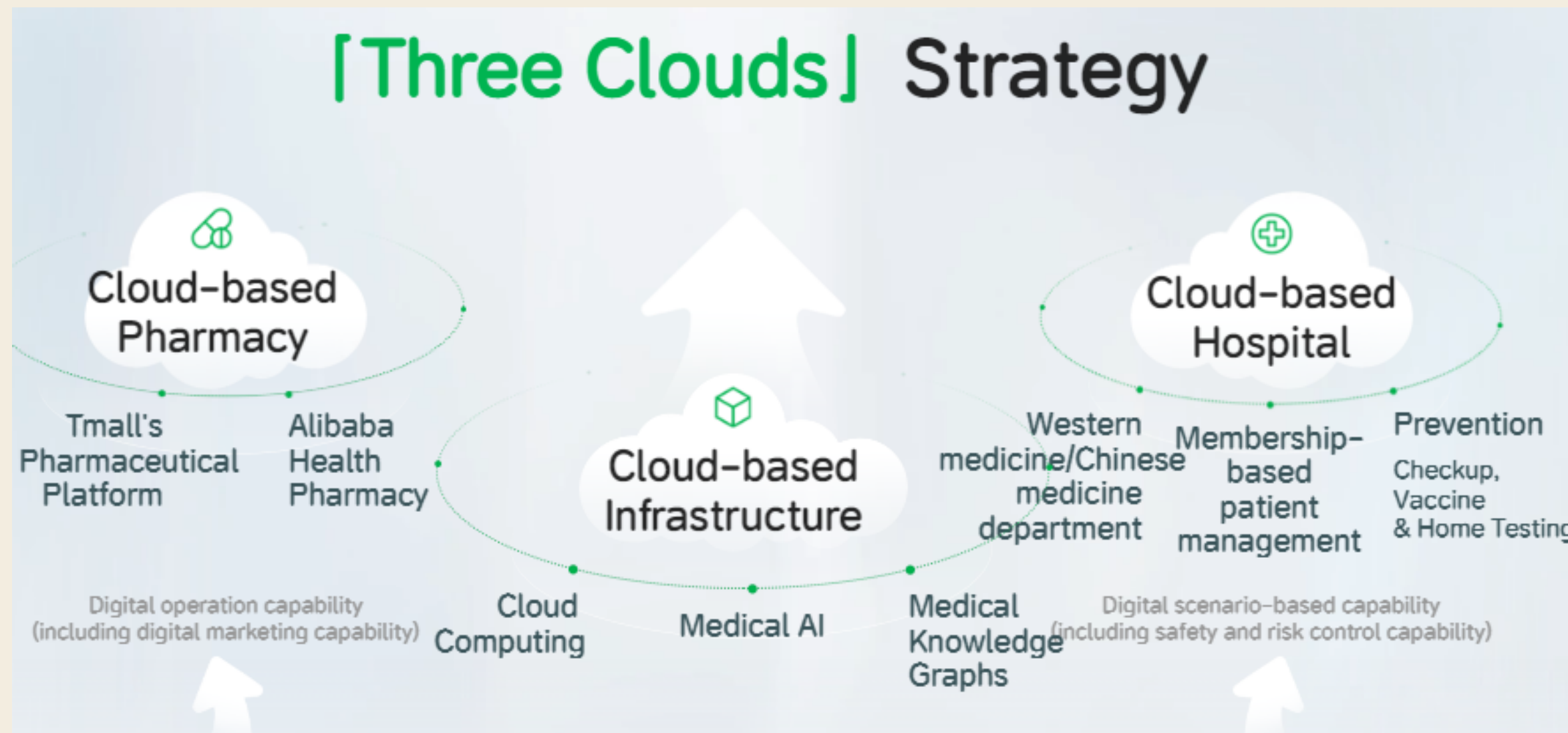


China's online healthcare services				
	JD Health	Alibaba Health	PingAn Health	WeDoctor
Online appointment booking	✓	✓	✓	✓
Online consulting	✓	✓	✓	✓
Online pharmaceutical retail		✓	✓	✓
Offline-to-online retail service	✓	✓		
Medicine cold chain	✓			
Internet hospital network	✓	✓	✓	✓
In-house doctors	✓		✓	
Family doctor service	✓		✓	
Medical health insurance			✓	✓

As of Dec. 18, 2020.
Source: Company statements

Figure 6. A coming integrated model of online-offline healthcare.
Source: <https://www.spglobal.com/marketintelligence/en/news-insights/latest-news-headlines/china-s-big-tech-to-continue-disruption-of-healthcare-sector-despite-crackdown-61610882>

Les promesses de l'IA



"Business profile" de Alibaba Health présenté sur le site <https://www.alihealth.cn/en-us/aboutus>

Les avantages de la numérisation

- ❖ Pallier aux obstacles géographiques
- ❖ Donne l'accès à des services de soins multiples dont examens complémentaires
- ❖ Les médicaments prescrits peuvent être livrés à la maison en quelques heures
- ❖ Les médecins peuvent être assistés par IA et les IA-chatbots peuvent faire entrer le patient dans son parcours de soin
- ❖ Les informations du patient peuvent être stockées et gérées sur le cloud et être accessibles aux soignants
- ❖ Des appareils connectés peuvent aider à suivre les patients en routine et en temps réel
- ❖ Le poids financier du soin peut être allégé avec ce genre de systèmes.

Les défis et points de vigilance

- ✦ Confidentialité de l'information
 - ✦ Conflits d'intérêts
- ✦ Contrôle des géants du Net



PARTIE 5

La place de la médecine traditionnelle



La médecine traditionnelle chinoise en quelques principes...



L'intégration de la Médecine Traditionnelle dans le Système de Santé

Actuellement, la médecine occidentale et la MTC sont les deux principales pratiques médicales en Chine. La médecine intégrée MTC/occidentale tente de combiner les meilleures pratiques de la MTC et de la médecine occidentale et la médecine chinoise des minorités, comme la médecine mongole et la médecine tibétaine, sont également pratiquées officiellement dans le système de soins de santé chinois.

Les étudiants suivent généralement une formation de 3 à 8 ans pour obtenir un diplôme d'associé, de bachelier, de maître ou de docteur de la MTC.

Dans les cliniques de santé, les médecins qui pratiquent la médecine occidentale représentent 50,3 % de l'ensemble des médecins, suivis par 32,3 % de médecins qui pratiquent la MTC et la médecine occidentale intégrée, et 17,4 % qui pratiquent uniquement la MTC.

Evidenced Base Medecine vs Traditional Medecine ?

Depuis une vingtaine d'année, l'evidence Based Medecine est intégrée à la recherche en Médecine Traditionnelle Chinoise

Des défis

Reproductibilité
Choix des placebo
La personnalisation du diagnostic et du traitement

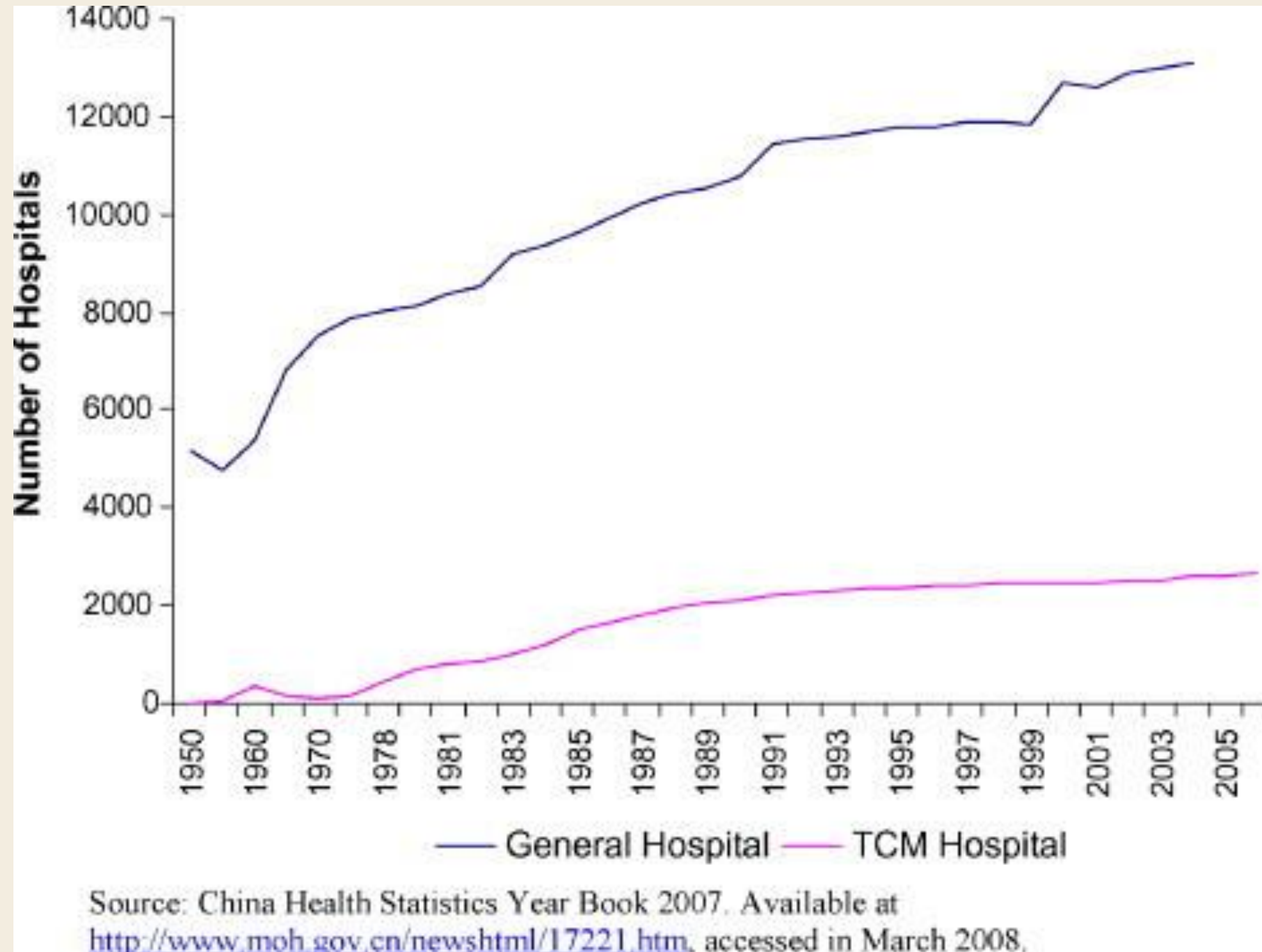
Des études cliniques
insuffisantes

Mais également...

Des études bien menées
qui montrent des résultats

Fung, F. Y., & Linn, Y. C. (2015).
Developing traditional chinese medicine
in the era of evidence-based medicine:
current evidences and challenges.

L'utilisation de la médecine traditionnelle



L'opinion publique sur la Médecine traditionnelle

Une enquête auprès de 42 819 personnes dans les zones urbaines et rurales de Chine a également montré que

- 54 % de la population préfèrent les traitements médicaux occidentaux
- 25 % préfèrent les traitements intégrés MTC/occidentaux
- 12 % préfèrent uniquement les traitements MTC
- 5 % préfèrent la médecine occidentale pour les affections aiguës et la MTC pour les affections chroniques
- 1 % préfère la médecine occidentale pour le diagnostic et la MTC pour le traitement

Pour les personnes qui préfèrent le traitement par la MTC, la principale raison est leur croyance en la MTC (50,7 %), suivie par les bons résultats cliniques (21,5 %), le traitement de la cause (11,2 %), les effets indésirables fréquents de la médecine occidentale (8,7 %) et le prix peu élevé (6,8 %).

Conclusion



De nombreuses réformes ont été faites depuis les années 2010 pour réduire les inégalités d'accès au soin et optimiser le soin dans l'intérêt des patients, tout en en rendant le système de santé plus efficient et plus robuste



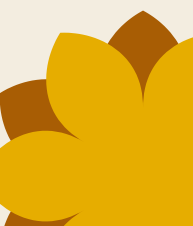
Le numérique fait partie des solutions utilisées pour pallier à la saturation des hôpitaux, mais constitue un enjeu de régulation pour l'Etat



Depuis 2022, un plan de renforcement du système de santé met en avant la prévention pour rendre le système plus résilient



Des efforts constants de l'Etat sont fait pour mettre en avant la Médecine Traditionnelle dans le système de soin et pour la faire reconnaître de manière Evidence Based à une échelle internationale.

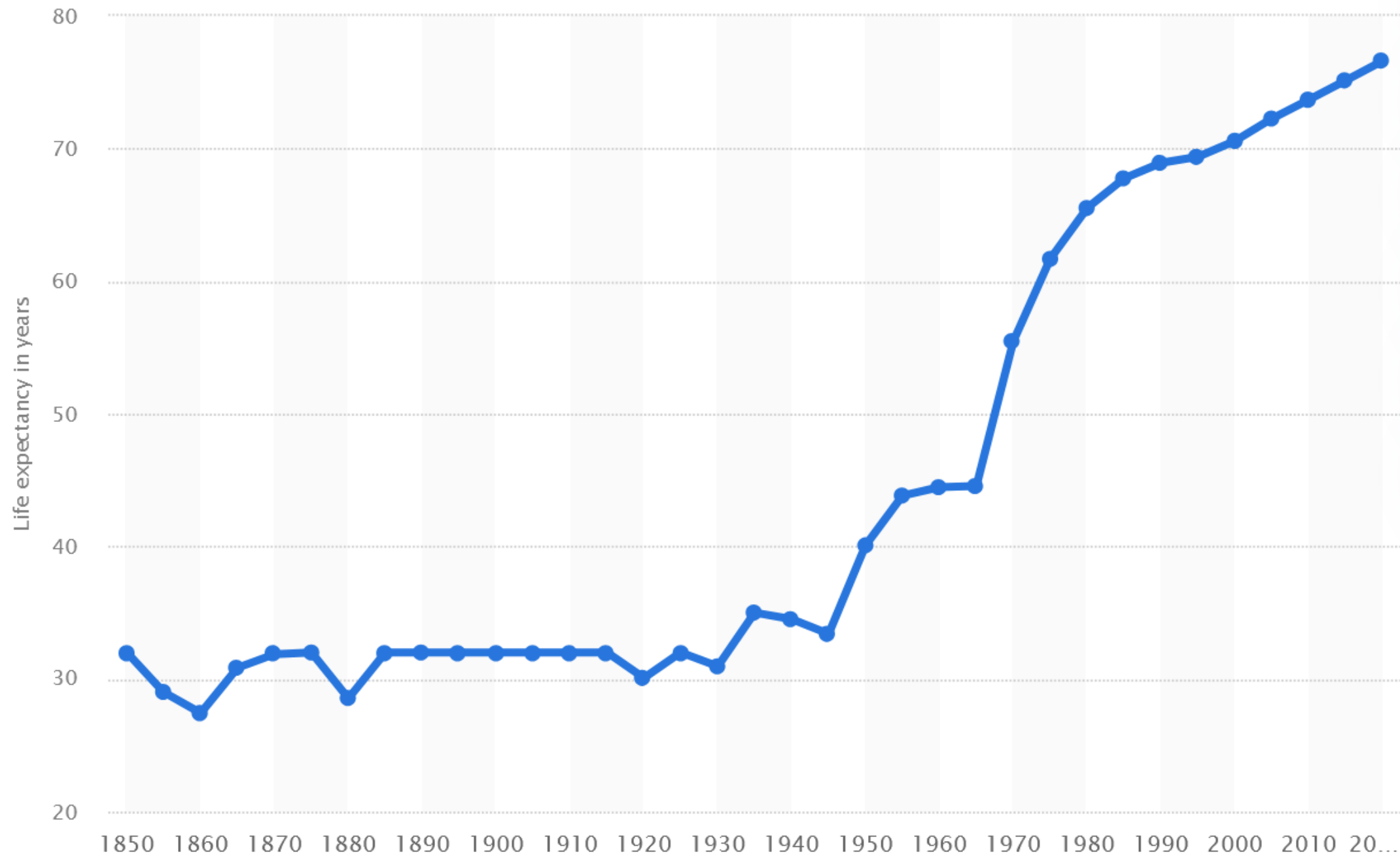


Merci pour votre écoute !



fareh.tasnim@gmail.com

Life expectancy (from birth) in China from 1850 to 2020*



- ★
- 🔔
- ⚙️
- 🔗
- 🗉
- 🖨️

DOWNLOAD

- PDF +
- XLS +
- PNG +
- PPT +

- [Show sources information](#)
- [Show publisher information](#)
- [Use Ask Statista Research Service](#)

Release date

June 2019

Region

China

Survey time period

1850-2020

Supplementary notes

*All data given is an average of the preceding five year period.

Data for the second source can be found [here](#).

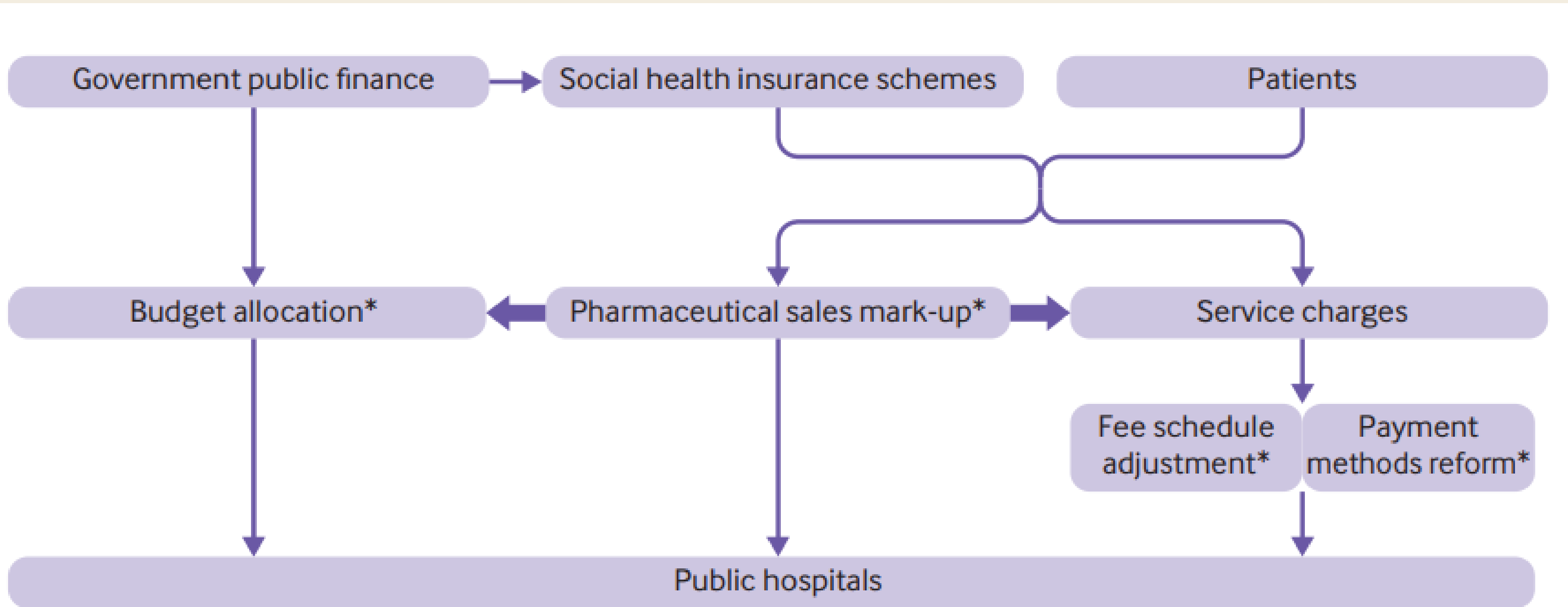
Citation formats

→ [View options](#)

[Additional Information](#)

© Statista 2024

[Show source](#)

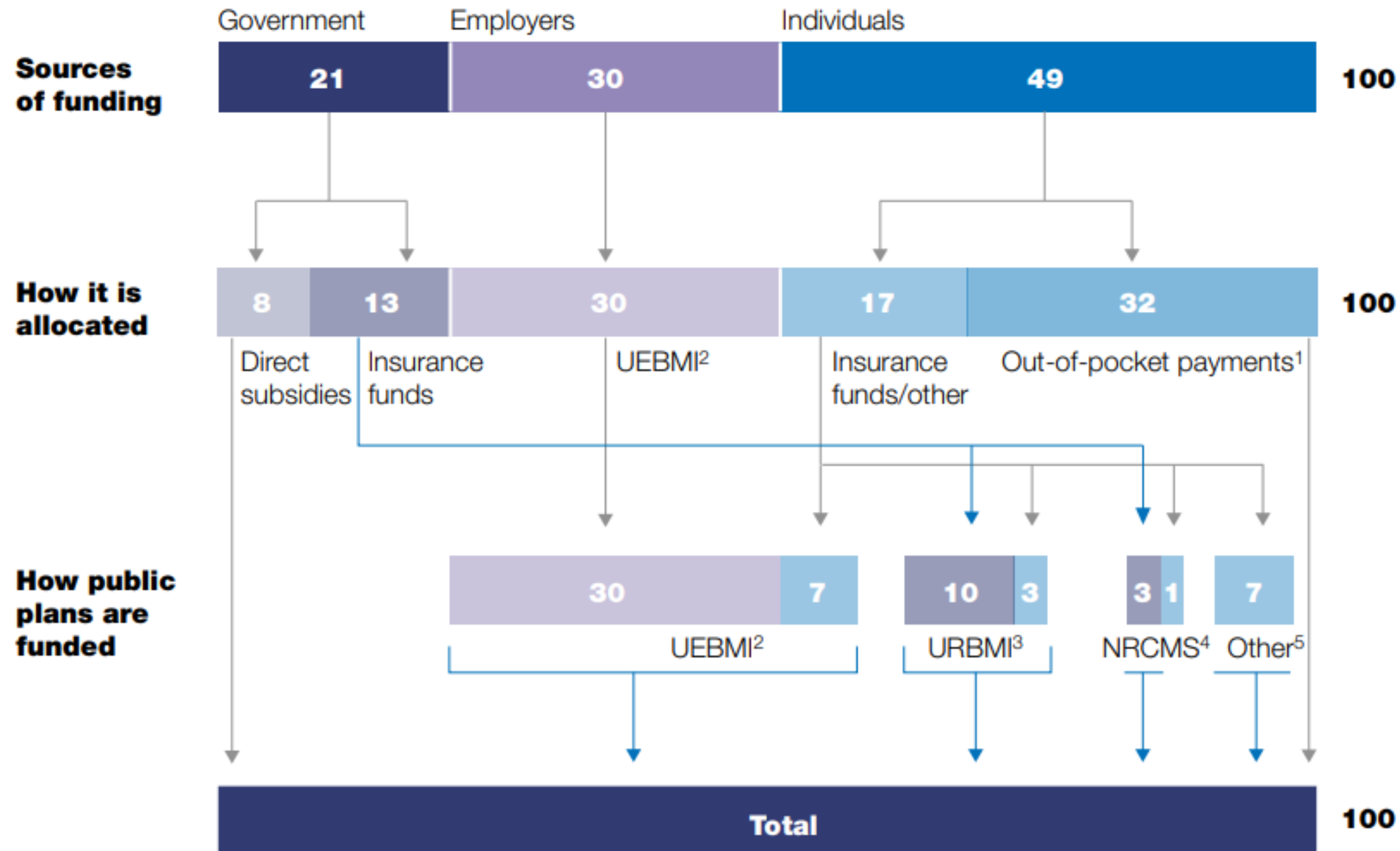


* Major areas targeted by the reform on public hospital financing

➔ Drug mark-up removal was to be compensated by increased budget allocation or increased service charges

Fig 1 | Revenue sources of public hospitals and reform objectives from 2009 to 2018

Funding sources for every \$100 million in hospital revenues



¹Includes \$6 million from the uninsured and \$26 million in co-payments from the insured.

²Urban Employee Basic Medical Insurance.

³Urban Resident Basic Medical Insurance.

⁴New Rural Cooperative Medical System.

⁵“Other” includes private health insurance (both supplementary and stand-alone); employer contribution to group private health insurance, which is ~\$1 million, is not shown. Total funding is ~\$7 million.

Source: Hospital interviews; government statistics