

LES SYSTÈMES DE SANTÉ À L'ÉTRANGER



LE SYSTÈME DE SANTÉ ALLEMAND

Le système allemand, d'inspiration bismarckienne, est constitué d'une obligation d'affiliation au système légal et de souscription à une assurance privée. La gestion du système est assurée par le Ministère de la Santé et par les Länder.

La gestion de l'offre de soins opérée par ces derniers peut varier selon les Länder eux-mêmes, mais un bloc commun reste géré quel que soit le territoire.

Les acteurs mobilisés sont également le comité mixte fédéral, les assureurs maladie et la fédération nationale des caisses, des instances nommées, les associations de représentants de patients, de professionnels et les ordres.

Ces auteurs acteurs peuvent mener des actions de santé publique conjointement aux Länder. Les professionnels de santé peuvent recevoir toute personne assurée, le médecin généraliste ou pédiatre étant généralement le premier contact pour les patients. La prescription du médecin prévaut pour le recours aux hôpitaux, sauf cas d'urgence. En outre, les patients sont libres du choix du praticien ambulatoire.

Les établissements varient dans la prise en charge des patients selon leur spécificité : prise en charge de la dépendance, soins de jour ou soins d'urgence.

1977

Première politique de maîtrise des dépenses de santé en Europe - inspiration libérale. Tentative d'équilibre entre les charges employeur et les charges de l'assurance maladie. Frein par les Länder.

1989

Réforme Seehofer qui détermine des forfaits par pathologies, instaure une coordination entre soins ambulatoires et hospitalier, et une concurrence entre les assurances privées.

1992

Réforme Blüm qui instaure le ticket modérateur avec un prix de référence et un droit de substitution du pharmacien.



LE SYSTÈME DE SANTÉ BELGE

Le système belge, également bismarckien, est géré à la fois par les gouvernements fédérés (ou communes) qui gèrent la prévention et la promotion de la santé, la coordination des soins, les financements des investissements hospitaliers.

L'Etat, quant à lui, encadre le financement des établissements hospitaliers, l'assurance maladie.

La rémunération des praticiens est soumise à l'acte.

Le principe de libre exercice de la médecine est aussi présent que celui du libre choix du praticien par le patient. Les soins pris en charge sont listés par l'assurance maladie (ex : kinésithérapie, soins dentaires).

Outre le Ministère de la Santé et les gouvernements, des instances sont mobilisées dans le système de santé (ex: le SPF).

À l'inverse de l'Allemagne, les cliniques totalement privées n'existent pas : les hôpitaux peuvent être privés, à but non lucratif.

Il existe également une prise en charge selon les soins, notamment ceux de longue durée, ou ceux d'urgence.

1990

Suivi du principe allemand et du développement d'un financement alternatif. Instauration des principes de solidarité et d'une universalité. Singularisation de l'assurance maladie face aux accidents du travail.

OBJECTIFS

- Se focaliser sur les groupes fragilisés, responsabiliser les publics, favoriser l'hospitalisation de jour, la coordination des soins, réduire les durées d'hospitalisation.
- Développement d'une réflexion sur les pensions de retraite, notamment des retraités de la fonction publique.



LE SYSTÈME DE SANTÉ NÉERLANDAIS

Le système néerlandais est proche du français par sa mixité entre régime beveridgien et bismarckien. L'Etat un rôle de décideur stratégique, mais les échelons locaux peuvent aussi prendre part au pilotage du système de santé.

En effet, ces derniers disposent de la responsabilité des services et des prestations qui doivent être assurés par des caisses privées.

Les municipalités doivent créer des services de santé dans les communes, mais également instaurer des dispositifs de prévention et promotion de la santé.

Elles agissent sur les thématiques suivantes : prévention, santé environnementale, établissements médico-sociaux, inspection sanitaire...

L'État, dans ses attributions, définit un ensemble de soins qui sera alors, selon la loi, pris en charge par l'assurance maladie. Il établit les budgets et les gran

Le principe du libre choix du praticien prévaut toujours, avec instauration de l'équivalent du parcours de soins afin de pouvoir bénéficier d'une prise en charge, sauf cas d'urgence.

ANNÉES 1990

Le financement était composé à 2/3 de l'assurance maladie et à 1/3 des assurances privées. Le médecin généraliste est le pivot du système de santé, pour limiter le recours aux soins onéreux.

OBJECTIFS

- Un projet "Dekker" est mené, où certains soins basculent dans la prise en charge par des complémentaires privées. L'on concilie alors le principe de solidarité nationale à celui de responsabilisation des organismes financeurs.
- La réforme paraît originale à l'époque pour cette association même. Les assurances et caisses privées doivent alors négocier des contrats avec des praticiens, toujours avec la liberté de choix du patient.



LE SYSTÈME DE SANTÉ BRITANNIQUE

Le système britannique, beveridgien, est un système universel, qui est basé sur la résidence du patient, financé par l'impôt, et permet un accès gratuit pour tout assuré qui peut aussi se doter d'une complémentaire privée.

La gestion du système de santé est conjointement assurée par l'Etat (qui joue le rôle de décideur politique et stratégique), les ministères des quatre pays du Royaume-Uni (Irlande du Nord, Pays de Galles, Ecosse, Angleterre), et les médecins-chefs représentants de ces pays. S'ajoutent à cela des instances spécialisées, dont la NHS.

Dans l'offre de soins, les pharmacies jouent un rôle à part, tout comme les établissements de réadaptation et de soins de longue durée, face aux établissements généraux, spécialisés, tertiaires.

Les soins sont régis par un parcours, notamment pour le spécialiste, et peuvent ne pas être pris en charge (ex : l'IVG).

Le financement est aussi basé sur la franchise, et le conventionnement des professionnels

1991

Réforme du système de santé, avec mise en place d'un marché interne, et organisé.

La dépense est contrôlée et prédéterminée. Les offreurs et demandeurs viennent des organes du système de santé.

OBJECTIFS

- La conception est que le maximum de population couverte constitue un minimum dans l'équilibre du risque. Les cabinets bénéficiant de la réforme doivent recevoir un public de 7000 patients minimum.
- Si les frais occasionnés par un patient hospitalisé excèdent les 5000€, le district prend les frais supplémentaires en charge. Cela permet aussi une plus grande autonomie des actions des médecins généralistes.



LE SYSTÈME DE SANTÉ ITALIEN

Egalement d'inspiration beveridgienne, le système de santé italien permet une couverture unique avec édification d'un parcours de soins, avec une prise en charge par région.

Le Ministère joue le rôle de décideur stratégique et politique, avec la présence de 3 départements :

- Santé publique et innovation
- Planification
- Sécurité vétérinaire, alimentation

Une agence italienne du médicament joue le rôle d'approbateur de brevets.

Les autorités régionales et locales de santé gèrent respectivement les soins de longue durée et l'offre de soins.

Enfin, se joue une stratégie nationale de santé mentale, avec quatre services selon les besoins :

- Communaux, pour les soins ambulatoires.
- Semi-résidentiels, pour les soins de jour.
- Résidentiels, de réadaptation thérapeutique.
- Unités psychiatriques, pour les urgences.

ANNÉES 1970

Instauration d'un nouveau système de santé au regard de la multiplicité du système ancien.

ANNÉES 1990

Mécontentement global des Italiens, au vu des inégalités entre groupes sociaux dans l'accès aux soins, mais aussi de la mauvaise qualité de ces derniers, et enfin en raison d'une politisation excessive du système de santé.

1997

Début d'une régionalisation de la prise en charge des soins. 3 modèles sont proposés : les prestataires préférentiels, le contrat annuel, ou le contrat ponctuel, à l'acte.

