

Pratique médicale

Item 13: Organisation des systèmes de soins, filières et réseaux

Plan
- Système de soin en France - Comparaison des systèmes de soins - Filières et réseaux de soins - Système conventionnel

Objectifs CNCI		
- Expliquer les principes de l'organisation des soins en France, en Europe et aux USA - Expliquer les principes et finalités des filières et réseaux de soins - Aborder les spécificités des maladies rares dans ce domaine - Expliquer les grandes lignes du système conventionnel français		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / PMZ
- Aucune	- SROS élaboré par l'ARH pour 5ans - T2A: codage / PMSI / GHM-GHS / TNP - Filière (MT) ≠ réseau (patient) - Convention: libéral / fixe(4) / secteurs - Parcours de soin coordonné / MT	- Chronique = réseau de santé

- Organisation du système de soins en France

- **Organisation administrative**
 - **Services dépendant l'état = ministère de la Santé**
 - **Centralisés**
 - **Les 4 directions du ministères**
 - Direction générale de la santé (DGS)
 - Direction générale de l'action sociale (DGAS)
 - Direction de la sécurité sociale (DSS)
 - Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)
 - **Organismes d'état**
 - HAS / AFSSAPS / InVS
 - EFS / Agence de biomédecine (Ex-EFG)
 - INSERM / CCNE (éthique) / ANRS (sida), etc.
 - **Déconcentrés**
 - ≠ décentralisés: gestion locale des décisions centrales (ministérielles)
 - **Au niveau régional**
 - Depuis la réforme de 2009, une seule entité : **ARS = Agence régionale de santé**
 - L'ARS regroupe : la DRASS et la DDASS, l'ARH et les MRH (missions régionales de santé)
 - **Au niveau départemental**
 - DDASS = Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
 - **Services dépendants des collectivités territoriales = décentralisées**
 - Collectivités territoriales = Région / Département / Commune
 - Toutes les associations, services sociaux et sanitaires rattachés à une collectivité
- **Offre de soins**
 - **Etablissements de santé**

- Etablissements publics (2/3 des lits)
 - Hôpitaux locaux (en milieu rural / soins par médecins libéraux payés à l'acte)
 - Centres hospitaliers (hôpital de ville / soins aigus, de suite ou longue durée)
 - Centres hospitaliers régionaux (CHR)
 - Centres hospitaliers universitaires (CHU)
- Etablissements privés (1/3 des lits)
 - A but non lucratif: dépendant d'associations ou d'organismes sociaux
 - A but lucratif: dépendant de particuliers ou sociétés
- Professionnels de santé
 - Professions médicales
 - Comprend: médecins / dentistes / sage-femmes / pharmacien
 - Caractéristiques: Diplôme d'état / Code de Déontologie / Ordre
 - Professions paramédicales
 - Comprend: infirmiers / kinésithérapeute / opticien, etc
- Gestion des établissements de santé
 - Planification sanitaire
 - SROS = Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
 - Elaboré par ARS pour 5 ans
 - Financement des établissements de santé
 - !! S'applique à tous les établissements de santé: publics et privés
 - Système de financement mixte associant (3)
 - Financement forfaitaire
 - Forfait annuel pour les activités d'urgence et de prélèvements d'organe
 - Enveloppe complémentaire pour les Missions d'Intérêt Général et l'Aide à la Contractualisation (MIGAC).
 - MIG: enseignement / recherche / innovation / SAMU / cas lourds..
 - AC: financement de l'amélioration de la qualité des soins
 - Dotation variable selon l'activité = T2A
 - T2A = tarification à l'activité (généralisée depuis 2004)
 - PMSI = programme de médicalisation des systèmes d'information
 - Fonctionnement de la T2A +++
 - 1. Description de l'activité de soin par codage
 - des pathologies (CIM-10: classification internationale des maladies)
 - des actes médicaux (CCAM: classification commune des actes médicaux)
 - 2. Puis classification standardisée du malade et de son séjour:
 - Classification en GHM = groupe homogène de malades
 - Correspondant à un GHS = groupe homogène de séjour
 - 3. Puis détermination de la dotation financière
 - TNP (Tarif National de Prestation) associé à chaque GHS
 - La dotation à l'activité de l'établissement est la « somme » des TNP !

- Comparaisons des différents types de systèmes de soins

● En Europe

● Les deux systèmes fondateurs

	Système nationalisé	Système assurantiel
Origine	<ul style="list-style-type: none"> ○ Modèle « Beveridgien » ○ Royaume-Uni / 1942 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Modèle « Bismarckien » ○ Allemagne / Fin XIXème
Pays	<ul style="list-style-type: none"> ○ RU – Irlande ○ Suède – Finlande – Dan. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ All. – Suisse – Autriche ○ Belgique – Lux. – PB
Principe	<ul style="list-style-type: none"> ○ les 3 « U »: Universalité / Uniforme / Unique 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Principe de solidarité ○ Caractère obligatoire
Accès	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pour tout résident 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pour travailleurs seulement (sinon: « assistance sociale »)
Financement	<ul style="list-style-type: none"> ○ Impôt 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cotisation sociales

Gestion	<ul style="list-style-type: none"> ○ Centralisée = Etat 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Décentralisée = entreprises
Offre de soin	<ul style="list-style-type: none"> ○ publique seulement 	<ul style="list-style-type: none"> ○ mixte: publique et privée
Limites	<ul style="list-style-type: none"> ○ Organisation lourde ○ Attente ++ 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pas de maîtrise des dépenses ○ Contribution des patients

- Systèmes mixtes
 - Plus tardifs: fin 1970
 - Pays: France / Espagne – Portugal / Italie – Grèce
 - Association variable de caractéristiques des deux types fondateurs de SS

- Aux Etats-Unis

- Système **décentralisé / libéral / non-obligatoire**
- Assurances privées (75% de la population)
 - Assurance maladie via l'employeur = 60%
 - Assurance maladie à titre individuel = 15%
- Programmes publics d'assurance (25% de la population)
 - Medicaid
 - Pour personnes avec ressources < au seuil de pauvreté (~ CMU)
 - Financé par les états / concerne 11% de la population (33M)
 - Medicare
 - Pour personnes âgées et handicapés (dont IRT par ex) (~ ALD)
 - Financé par le gouvernement fédéral / 14% de la population (40M)
- Réseaux de soins organisés = *Managed care organizations*
 - Associent production des soins et assurance
 - Soins en échange d'une cotisation mensuelle fixe

- Filières et réseaux de soins

- Objectifs des réseaux
 - Mise en place d'une complémentarité entre les acteurs du système de santé
 - Pour garantir la continuité, la qualité et l'accès aux soins
 - !! Tout patient ayant une pathologie **chronique** doit faire partie d'un **réseau (PMZ)**
- Deux types de réseaux
 - Filières de soins
 - **Définition:** trajectoire du patient dans le système de soins
 - **Le médecin généraliste référent est au centre du projet:** organisation **verticale**
 - cf MT et « parcours coordonné » obligatoires depuis la Convention de 2005
 - Coordonne la prise en charge avec les spécialistes / projet thérapeutique
 - Réseaux de soins
 - **Définition (HAS)**
 - Formation organisée d'actions collectives
 - apportées par des professionnels de santé
 - en réponse à un besoin de santé d'une population
 - à un moment donné sur une zone géographique donnée
 - **Le patient est au centre du projet:** organisation **horizontale**
 - réponse globale, interdisciplinaire, coordonnée, plus humaine
- Réseau de santé (+++)
 - Loi du 4 Mars 2002: remplace réseaux et filières de soins
 - Nouvelle définition des réseaux
 - Elargissement des champs d'action: prise en charge des soins
 - Mais aussi du versant médico-social et social +++
 - Nouveau financement commun
- Différents types de réseaux
 - Réseaux d'établissement: entre hôpitaux, centres médico-sociaux..
 - Réseau de pathologie (« de soin »): ex: réseau diabète, VIH...
 - Réseau géographiques (« de proximité »): ex Paris-VIH
 - Réseau par rapport à une population: ex: Paris-toxicomanes

- Système conventionnel

- Généralités
 - Définition
 - Relation contractuelle entre médecins libéraux (syndicats) et caisses d'AM (UNCAM)
 - Convention nationale = réglementation de la médecine libérale

- Principe
 - Avantages fiscaux en contrepartie du respect des règles de tarification
 - → régularisation des dépenses et amélioration de la qualité de soin (RMO)
- Sont fixés par la convention +++
 - Les honoraires conventionnels et conditions de dépassement
 - La classifications des secteurs et les conditions d'accès
 - Les RMO: références médicales opposables
 - L'organisation des filières de soins: cf MT et parcours coordonné
- Secteurs
 - Médecin en secteur 1
 - Honoraires fixés par la convention (conventionnels) = pas de dépassement
 - Prise en charge d'une partie des cotisations sociales par les caisses d'AM
 - Remboursement sur la base du tarif conventionnel
 - Médecin en secteur 2
 - Honoraires libres (« avec tact et mesure ») = tarif conventionnel + dépassement
 - Supporte l'intégralité des cotisations sociales: pas d'avantages sociaux
 - Remboursement sur la base du tarif conventionnel: ↑ du ticket modérateur
 - Accès restrictif: si titres universitaires (ex-CCA / PH / PUPH)
 - Médecin non conventionné
 - cf adhésion à la convention = non obligatoire (seulement 0,5% des libéraux)
 - Honoraires libres / pas d'avantages fiscaux / patients **non** remboursés +++
- Références médicales opposables (RMO)
 - Bonnes pratiques que le médecin a l'**obligation** de respecter (cf opposables)
 - Possibilité de retenue financière sur les aides aux cotisations sociales prévues
 - Calculée selon trois indices
 - Indice d'importance numérique
 - Indice de gravité médicale
 - Indice d'importance financière
- Points principaux de la dernière convention
 - Janvier 2005 / Concerne médecins libéraux généralistes et spécialistes (≠ 1998)
 - Remboursement
 - Montant remboursé = (base x taux) – 1€ (de participation forfaitaire)
 - Base du remboursement = honoraires conventionnés (tarifs opposables)
 - Consultation généraliste secteur 1 = **23€** (R = 16,10€)
 - Consultation spécialiste secteur 1 = 25€ si suivi / 42€ si ponctuel (R = 16,5/ 28€)
 - Taux de remboursement
 - Si « parcours de soins coordonné » = 70% (donc ticket modérateur = 30%)
 - Si « hors parcours » = 60% (donc ticket modérateur = 40%)
 - Dépassement d'honoraires
 - Dépassement libre seulement pour les médecins en secteur 2 / avec « tact et mesure »
 - Sous certaines conditions pour le secteur 1
 - « Dépassement autorisé » (DA) = si non-respect du parcours de soins
 - « Dépassement exceptionnel » (DE) = circonstances non médicales (temps, lieu)
 - Médecin traitant +++
 - Missions (4)
 - Mise en place et coordination du **parcours de soins**
 - Premier niveau de recours aux soins: « porte d'entrée »
 - Education du patient / prévention et suivi régulier des maladies **chroniques**
 - Synthèse dans le dossier médical personnalisé (DMP, pas encore en place..)
 - Orientation du patient vers le spécialiste
 - **!! Exceptions:** dentiste / pédiatre / psychiatre / ophtalmo / gynéco