

La réforme du système de santé en France

Plan Douste-Blazy, août 2004

Éléments de bibliographie : 2003-2010

Mise à jour : avril 2011

Bibliographie.....	1
Rapports	1
Ouvrages	15
Articles	32
Réglementation	63
Textes généraux	63
Décrets d'application:.....	64
Ressources électroniques sur la réforme	67
Généralités.....	67
Médecins traitants, parcours de soins, conventions et tarifs.....	68
Dossier médical personnel.....	70
Sesam-Vitale.....	70
Etudes d'évaluation de la réforme	70
Etudes comparées sur les réformes de santé menées dans les pays de l'OCDE	84
Ressources électroniques sur les systèmes de santé	123

Bibliographie

Rapports

RAPPORT

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA

L'accessibilité financière des soins : comment la mesurer ? Avis.

Paris : HCAAM

2011

Pages : 24p., graph., ann.

Cote Irdes : B6985

L'objectif futur du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie est de proposer un ensemble d'indicateurs d'évaluation de l'assurance maladie, sous la forme d'un « tableau de bord » qui ne se limite pas aux seuls aspects financiers, mais englobe aussi les dimensions du recours efficient au système de soins ; qui renforce les analyses et les comparaisons, notamment avec les systèmes étrangers de protection sociale ; qui - contribue à la qualité du débat public, en vue des nécessaires adaptations du système d'assurance maladie au regard du respect de ses objectifs fondamentaux. Le suivi de ces indicateurs servira de base aux considérations des « rapports annuels » du HCAAM. La première étape a porté sur l'accessibilité financière des soins » pour tous. Cet avis présente donc le premier volet de ce tableau de bord, soit un ensemble restreint d'indicateurs qui permettront de suivre cet objectif fondamental, selon trois angles d'approche :- la solidarité entre bien portants et malades, au regard du coût de la maladie et quels que soient les revenus du malade ;- la garantie d'accessibilité financière pour les revenus les plus faibles ; - le financement de l'accès optimal au système de soins.

http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_avis_270111.pdf
http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_annexe_270111.pdf

RAPPORT, INTERNET

Agence Régionale de Santé. (A.R.S.). Paris. FRA

Améliorer la santé de la population et accroître l'efficacité de notre système de santé

Paris : ARS

2010

Pages : 11p.

Cote Irdes : En ligne

Ce document présente les missions des Agences régionales de santé (ARS) résumées en 4 objectifs principaux : contribuer à réduire les inégalités territoriales de santé, assurer un meilleur accès aux soins, organiser les parcours de soins en fonction des patients et assurer une meilleure efficacité des dépenses de santé.

RAPPORT

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA

L'assurance maladie face à la crise : éléments d'analyse. Rapport annuel 2010.

Paris : HCAAM

2010/11

Pages : 96p.

Cote Irdes : B6958

Le rapport annuel du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie pour 2010 a été adopté, le 25 novembre 2010, à l'unanimité de ses membres. Intitulé "L'assurance maladie face à la crise : éléments d'analyse", il est essentiellement consacré aux conséquences de la crise sur l'assurance maladie avec la dégradation forte et brutale de ses comptes depuis 2009. Ce rapport se propose, dans la première partie, de mettre en perspective les niveaux actuels de déficit avec ceux que l'assurance maladie avait connus lors de la dernière dégradation importante de ses comptes, dans les années 2003 – 2004. Il présente ensuite, dans un chapitre plus théorique, quelques concepts d'analyse des effets conjoncturels et structurels d'une crise économique. Dans la troisième partie sont analysées les conséquences et les différentes perspectives qui en découlent pour l'assurance maladie. Figurent en annexe au rapport la présentation habituelle des comptes incluant les chiffres pour 2009 et un retour sur l'avis "Vieillesse, longévité et assurance maladie" adopté le 22 avril dernier.

http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/rapport2010/hcaam_rapport2010.pdf

RAPPORT

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA

Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie 2009.

Paris : HCAAM

2009/09

Pages : 163p., tabl., ann.

Cote Irdes : B6761

Dans son rapport 2009, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie analyse l'état des comptes de la sécurité sociale, la prise en charge des dépenses de soins par les différents financeurs, porte son attention sur les concepts qui fondent la maîtrise médicalisée et consacre une place importante à l'analyse des dépassements d'honoraires.

http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/rapport2009/hcaam_rapport2009.pdf

RAPPORT

KERVASDOUE (J. de) / dir.,

Fédération Nationale de la Mutualité Française. (F.N.M.F.). Paris. FRA

Carnet de santé de la France en 2009 : économie, droit et politiques de santé.

Paris : FNMF ; Dunod

2009

Pages : 250p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : Ac3884

En 2009, la crise financière se répercute sur l'économie réelle. L'assurance maladie, dont on promettait l'équilibre en 2007, ne l'a jamais atteint cette année-là. Le déficit de la sécurité sociale de 2009 dépassera les 20 milliards d'euros ! Comme pour toute dette, et celle-ci n'est pas la première, il faudra bien un jour la payer. En attendant, le système de soins français est paradoxalement protégé de toute révision douloureuse par la crise, dans une France qui n'est plus seule maîtresse à bord, tant sa réglementation est marquée par l'Europe. Pourquoi la France, en année de croissance a " normale ", ne parvient-elle pas à maîtriser ses dépenses sociales ? Quel rôle joue l'Europe pour la santé des Français ? Comment d'autres pays occidentaux font-ils face aux mêmes types de problèmes ? Peut-on apprendre d'eux et tirer des leçons de certaines de leurs expériences ? En quoi leurs évolutions récentes peuvent-elles être riches d'enseignements pour la Mutualité Française, comme pour le pays ? Tels sont les questionnements de ce Carnet de santé de la France en 2009. Outre l'analyse de la situation française et le bilan des politiques de santé des trois dernières années, le lecteur trouvera dans ce Carnet de santé un bilan complet du rôle que joue l'Europe et sa réglementation. Puis, un chapitre montrera dans quelles conditions il est possible d'apprendre de l'expérience des autres. Enfin, avec les meilleurs experts de ces pays, le lecteur découvrira comment dix pays, dont l'Allemagne, les Etats-Unis, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, ont tenté de traiter de ces mêmes questions avec des succès contrastés. Le déficit n'est donc pas une fatalité.

<http://www.amazon.fr/Carnet-Sant%C3%A9-France-2009-politiques/dp/2100530178>

38436

RAPPORT

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA

Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie 2008.

Paris : HCAAM

2008/07

Pages : 101p., tabl., ann.

Le rapport 2008 du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, adopté le 10 juillet 2008 à la majorité de ses 58 membres, comporte trois chapitres. Le premier traite de la situation financière de l'assurance maladie. Le second traite du système de prise en charge et du partage des dépenses entre l'assurance maladie, les couvertures complémentaires et les ménages. Le troisième reprend une partie des travaux du HCAAM de 2007/2008. On y analyse deux secteurs – les prestations en espèces maladie et les dispositifs médicaux – moins connus et commentés. Le rapport ne comprend pas de volet hospitalier en raison du calendrier des travaux du Conseil qui traitera ce sujet majeur à l'automne 2008. Le conseil examinera la note et le projet d'avis sur le médicament lors de la séance du 25 septembre 2008.

http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/rapport2008/hcaam_rapport2008.pdf

38273

RAPPORT

VASSELLE (A.)

Sénat. Commission des Affaires Sociales. Mission d'Evaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale. (M.E.C.S.S.). Paris. FRA

Cour des comptes. Paris. FRA

Rapport d'information sur la répartition du financement de l'assurance maladie depuis 1996 et sur les transferts de charges entre l'assurance maladie obligatoire, les assurances complémentaires et les ménages.

Rapport d'information ; 385.

Paris : Sénat

2008

Pages : 101p., tabl., ann.

Cote Irdes : B6490

La Commission des affaires sociales du Sénat a demandé à la Cour des comptes de procéder à une enquête sur la répartition du financement des dépenses de maladie depuis 1996 et les transferts opérés entre assurance maladie obligatoire, assurances complémentaires et ménages. Au moment où s'ouvre le débat sur la redéfinition nécessaire du partage des efforts en matière de prise en charge du coût de la santé dans notre pays, ce travail offre un éclairage utile sur l'un des principaux enjeux de l'avenir de notre protection sociale. Basé sur les résultats de cette évaluation, le rapport de la mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale tire trois constats de l'étude de la Cour. Les frais de gestion sont en moyenne cinq fois plus importants chez les assureurs complémentaires que pour l'assurance maladie obligatoire. Si le taux des frais de gestion atteint 5,4 % pour l'Assurance maladie obligatoire, il est en moyenne de 25,4 % pour les assurances complémentaires (mutuelles, assureurs privés et IP), mais avec des montants très variés selon les acteurs. Les explications d'un tel écart sont facilement identifiables : effet de masse pour l'assurance maladie, dépenses de marketing pour les assureurs, coûts de prospection des clients. L'étude de la Cour met également l'accent sur le montant des fonds publics à l'accès aux complémentaires particulièrement élevé. En additionnant les diverses aides, on obtient un montant total de 7,6 milliards d'euros, soit environ 35 % du montant des prestations complémentaires versées. Ce montant qui n'est pas neutre représente le coût, pour la collectivité, du déplacement du remboursement de certaines dépenses de l'assurance maladie obligatoire vers les assurances complémentaires. Enfin, la santé financière de l'assurance complémentaire apparaît globalement bonne, dans un contexte où les cotisations ont augmenté plus vite que les prestations. Ce qui n'empêche pas la Commission des affaires sociales de conclure que ces constats semblent légitimer a priori de nouveaux transferts de charge en direction des complémentaires. Cependant plusieurs facteurs incitent à la prudence, tels la faiblesse des informations statistiques et les lacunes importantes dans la couverture de la population (7 % à 8 % de nos concitoyens ne disposant pas d'une complémentaire). Autant d'éléments à prendre en compte dans le débat en cours. L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) vient de réagir vivement à la publication d'une étude de la Cour des comptes, faite à la demande du Sénat, selon laquelle les frais de gestion de ces organismes sont de 24,5 % alors que ceux du régime obligatoire sont de 4,5 %. L'Unocam conteste les méthodes de calcul de la Cour, les chiffres auxquels elle aboutit et les conclusions qu'elle en tire. Elle s'étonne dans un communiqué que la Cour ait rendu possible la diffusion publique de ces données, sans prudence ni recul, au mépris de la procédure contradictoire qu'elle doit normalement appliquer. L'Unocam affirme également que l'étude sous estime les frais de gestion de l'assurance maladie obligatoire : elle omet notamment de comptabiliser les frais de gestion hospitaliers, la dette déplacée sur la Cades et le fardeau du déficit des comptes de la santé.

<http://www.senat.fr/noticerap/2007/r07-385-notice.html>

36175

DOCUMENT DE TRAVAIL

BARBIER (J.C.)

The french social protection system in the throes of reform (1975-2007).

Le système de protection sociale français aux prises avec les réformes (1975-2007).

CES Working Papers; 2007.48

Cote Irdes : B6208

<http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/18/08/67/PDF/R07048.pdf>

Paris : Centre d'Economie de la Sorbonne : 2007 : Pages : 22p.

Le système de protection sociale français a connu, au cours des 30 dernières années une série de réformes dont l'ampleur, souvent méconnue, en fait vraiment «un nouveau système ». Ces réformes sont loin d'avoir connu leur terme. Leur rythme et leur forme, de même que leurs spécificités sectorielles sont aussi à mettre en rapport avec le cycle économique. Loin de montrer une trajectoire simple, qui correspondrait à la traditionnelle classification en « welfare regimes », la réforme illustre au contraire à la fois le caractère hybride du système français, ancré dans l'histoire, et donc une dépendance de l'histoire complexe, plus qu'une dépendance du sentier. Au moment où le gouvernement français annonce une grande variété de réformes sociales, il est intéressant de les confronter à celles des décennies précédentes. Ce travail s'appuie sur l'ouvrage écrit avec Bruno Théret, Le nouveau système français de protection sociale.

<http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/18/08/67/PDF/R07048.pdf>

35411

RAPPORT

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA

Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie 2007.

Paris : HCAAM : 2007/07 : 144p., tabl.

Cote Irdes : B6046

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hcaam/rapport_2007.pdf

Trois ans après la loi du 13 août 2004, ce nouveau rapport dresse un premier bilan de la politique entreprise et de ses résultats. Sans prétendre à l'exhaustivité, le Conseil a retenu six constats principaux dans son bilan 2004-2007. La situation financière des régimes d'assurance maladie s'est améliorée depuis 2004 grâce à de nouvelles recettes, une modération des dépenses et une politique pertinente sur le marché des médicaments. Cette amélioration ne s'est pas accompagnée d'un désengagement des régimes de base. La situation en 2007 reste dégradée. La politique de maîtrise médicalisée ne produit d'effets que lentement. Dans le secteur des établissements de santé, l'introduction de la T2A, la modification des règles de la gouvernance des hôpitaux publics et la relative rigueur du cadrage financier sont des éléments positifs. Mais l'analyse des écarts de performance des établissements – très élevés – montre qu'on peine à dégager les gains de productivité, pourtant potentiellement élevés. Enfin, les chantiers d'une meilleure organisation territoriale de l'offre de soins n'ont guère progressé. Dans son rapport 2007, le Conseil a également examiné deux enjeux qui lui semblent prioritaires pour les années à venir. Le premier porte sur le maintien à tous les assurés d'une offre de qualité à des conditions raisonnables d'accès et de reste à charge. Les solutions préconisées : partout, dans les soins de ville et hospitaliers, il convient de favoriser un parcours de soins conjuguant qualité et efficacité ; améliorer rapidement les processus d'établissement et la coopération locale entre les différents offreurs de soins ; mener à leur terme avec rigueur les actions de protocolisation, l'accréditation et de certification afin de garantir partout la qualité des soins. Quant aux conditions tarifaires, le Conseil considère qu'il convient de stopper la dérive des dépassements. Le second enjeu porte sur le coût et la soutenabilité du système d'assurance maladie, tant pour les finances publiques que pour les assurés, dans un contexte de progression des dépenses évoluant plus vite que le PIB. Le Haut Conseil dégage deux axes prioritaires : le choix d'une gestion active du panier de soins et la recherche de gains d'efficience. Il estime également raisonnable d'étudier un réaménagement du système de prise en charge, à travers deux objectifs complémentaires : stabiliser au moins le taux de prise en charge et redresser les situations actuelles de reste à charge exagéré en adoptant des règles de participation financière des assurés plus rationnelles, équitables et maîtrisables.

35388

RAPPORT

SILBER (D.)

Institut Montaigne. Paris. FRA

Comment ressusciter un système public de santé ? l'exemple inattendu des Vets.

Paris : Institut Montaigne : 2007/06 : 78 p.

Cote Irdes : B6035

http://www.institutmontaigne.org/medias/note_silber_pour_internet.pdf

Réformer un système de santé public, centralisé, quinquagénaire et mal en point. Beaucoup, en France, aimeraient connaître la recette... Evaluation balbutiante, coordination défailante, inégalités criantes, cohabitation de la pénurie et de la gabegie : à l'hôpital public comme en ville, notre système de soins souffre de multiples imperfections qui le condamnent à un rendement très inférieur à son potentiel. Mais il n'y a pas de fatalité. Ailleurs, confrontés à la même problématique, d'autres ont su relever le défi. C'est le cas du système de santé des anciens combattants américains : la Veteran Health Administration (VHA), donnée pour morte il y a quinze ans, s'est spectaculairement réformée et passe désormais dans le monde entier pour un modèle d'innovation et d'efficacité. Dans cette nouvelle Note de l'Institut Montaigne, Denise Silber analyse les ressorts de ce succès et en tire des enseignements utiles pour moderniser, tant sur le plan de la qualité des soins qu'en termes de gestion, un système de santé français qui souffre aujourd'hui, à bien des égards, des mêmes maux.

31686

RAPPORT

SIMON (M.O.)

Centre de Recherche pour l'Etude et l'observation des Conditions de Vie. (C.R.E.D.O.C.).
Département Evaluation des Politiques Sociales. (D.E.P.S.). Paris. FRA, Centre Technique
des Institutions de Prévoyance. (C.T.I.P.). Paris. FRA

Les Français, la réforme de l'assurance maladie et la complémentaire santé.

Paris : CREDOC

2006/01

Cote Irdes : B5419

La complémentaire santé représente aujourd'hui la moitié de l'activité des institutions de prévoyance. Le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), qui traditionnellement interroge les salariés couverts par des contrats maladie d'entreprise (les institutions de prévoyance diffusant essentiellement des contrats collectifs), a voulu aller plus loin et recueillir l'opinion de l'ensemble de la population française sur le rôle des complémentaires santé dans le contexte particulier de la réforme de l'assurance maladie. Après un premier sondage réalisé en mai 2004 alors que les discussions sur la réforme battaient leur plein, une nouvelle édition a été réalisée fin 2005 par le Crédoc, pour connaître le niveau d'information et l'opinion sur la réforme de l'assurance maladie et son impact sur les complémentaires santé. Afin de permettre les comparaisons, la méthodologie de l'enquête de mai 2004 a été reproduite : 1 200 personnes âgées de 18 à 70 ans ont été sondées, selon un échantillon représentatif de la population française en terme d'âge, de sexe, de localisation géographique et de situation professionnelle.

http://www.ctip.asso.fr/fichiers_pdf/rapport_sondage.pdf

Cote Irdes : B5419

31891

RAPPORT

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA

Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie 2006.

Paris : HCAAM

2006/07

Cote Irdes : B5458

Conformément au décret du 7 octobre 2003 portant création du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, le Haut Conseil publie son rapport annuel 2006. Ce rapport ne prétend pas traiter tous les aspects de l'assurance maladie ni aborder tous les événements qui se

sont déroulés dans ce secteur depuis juillet 2005, date du précédent rapport. Un certain nombre de dossiers ont déjà donné lieu à des avis du Conseil : 27 octobre 2005 : le périmètre de la prise en charge intégrale par les régimes de base suivi de l'avis du 24 février 2005 sur les couvertures complémentaires en assurance maladie ; 23 mars 2006 : la tarification à l'activité et la convergence tarifaire des établissements de santé (MCO) ; 29 juin 2006 : le médicament. Dans le rapport 2006, le Haut Conseil s'est concentré, conformément au décret du 7 octobre 2003, sur la description de la situation financière et la présentation des principales évolutions en matière de reste à charge et d'accès aux soins. L'évolution de la protection sociale complémentaire, les affections de longue durée, la maîtrise médicalisée, le médicament et l'hôpital sont, à cet égard, des chapitres importants de ce rapport. Dans le rapport précédent le Haut Conseil n'avait que peu traité du parcours de soins coordonnés, issu de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie. En effet, la mise en œuvre était alors trop récente et une étude de ce dispositif était prématurée. Le rapport 2006 analyse les informations disponibles sur ce parcours. Enfin un certain nombre de thèmes n'ont pas été abordés au cours de l'année écoulée et ne sont pas donc étudiés dans ce rapport (dossier médical partagé, gouvernance hospitalière, permanence des soins, etc.). Ils donneront lieu à des travaux ultérieurs du Conseil au cours du second semestre 2006 ou du premier semestre 2007.

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hcaam/rapport_2006.pdf

31901

RAPPORT

DOOR (J.P.), DOMERGUE (J.), GALLETZ (C.), CLERGEAU (M.F.)

Assemblée Nationale. (A.N.). Commission des Affaires Culturelles - Familiales et Sociales.

Paris. FRA

La mise en application de la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Rapport d'information de l'Assemblée Nationale ; 3193

Paris : Assemblée Nationale

2006/06

Déposé le 27 juin sur le site de l'Assemblée nationale, ce rapport de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la mise en application de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 a fait le point sur la publication des textes réglementaires d'application. C'est la première fois qu'une LFSS fait l'objet d'un tel examen, souligne la commission qui remarque que c'est aussi celle qui a battu un record historique en termes d'articles - 95 articles, dont 7 déclarés non-conformes par le Conseil constitutionnel - en partie du fait de la nouvelle procédure mise en œuvre. Un nombre important d'articles ne demande pas de textes d'application (articles financiers), ce qui "conduit à augmenter optiquement l'applicabilité directe de la loi". Ce qui n'empêche pas les députés de la commission de relever des "retards" sur les 27 articles exigeant la publication d'au moins un texte réglementaire d'application ou d'une convention. "Le 27 juin 2006, soit six mois après la publication de la loi, sur ces 27 articles, 12 articles n'ont fait l'objet d'aucun texte d'application, 12 articles ont fait l'objet d'une application complète, et 3 articles ont fait l'objet d'une application partielle". Le tableau en annexe du rapport fait le point sur chaque article et "met en évidence les résultats médiocres s'agissant de la mise en application" de cette loi. Les députés expliquent les retards par de "longues concertations ministérielles (...) parfois nécessaires", et par l'organisation des élections des représentants aux unions régionales des médecins. La mise en application de la loi de financement pour 2006 fera l'objet d'autres examens. Outre le rapport de la Cour des comptes, le PLFSS pour 2007 comprendra en annexe une étude sur l'application de la loi de financement pour 2006

<http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-info/i3193.pdf>

Cote Irdes : B5468

31908

RAPPORT

VASSELLE (A.), CAZEAU (B.)

Sénat. Commission des Affaires Sociales. (C.A.S.). Mission d'Evaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale (M.E.C.S.S.). Paris. FRA

Rapport sur les évolutions du financement de la protection sociale et la réforme du système de santé en Allemagne.

Paris : Sénat

2006/06

La mission a adopté le 27 juin le rapport d'information de Messieurs Alain Vassellet et Bernard Cazeau sur le déplacement à Berlin en mai dernier d'une délégation de la Mecss chargée d'étudier les évolutions du financement de la protection sociale et la réforme du système de santé en Allemagne. On retiendra les trois observations du rapporteur, Alain Vassellet : En premier lieu, le régime allemand de protection sociale, confronté à des défis proches de ceux de la sécurité sociale française, apparaît dans une situation financière plus saine ; ensuite, l'Allemagne est allée très loin dans la réforme structurelle du financement de ses retraites en promouvant de fait un système mixte alliant répartition et capitalisation ; ce faisant, elle a pris deux paris : celui d'un relèvement significatif du taux d'activité des classes d'âge de plus de soixante ans et celui d'une adhésion massive des générations cotisantes à ce système mixte ; enfin, l'Allemagne a suivi, en matière de maladie et de santé, un cheminement très proche de celui de la France, mais davantage axé sur les réformes structurelles. Pour autant, cette orientation ne suffit pas à elle seule pour réduire l'effet de ciseaux qui caractérise l'évolution du solde de l'assurance maladie, ce qui explique la réflexion en cours sur son financement. Le rapporteur dresse donc un bilan plutôt négatif de la réforme entreprise en 2003. Celle-ci a produit des résultats positifs la première année, en 2004, mais l'impact des mesures prises paraît insuffisant pour garantir la viabilité à long terme du système d'assurance maladie.

<http://www.senat.fr/rap/r05-439/r05-4391.pdf>

32461

RAPPORT

Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.E.). Paris. FRA

Avis sur la réforme du financement de la protection sociale.

Paris : CAE

2006/08

En janvier dernier, le chef de l'Etat avait demandé l'ouverture d'un "chantier de la réforme du financement" de la protection sociale, proposant "de basculer une fraction des cotisations patronales" sur "l'ensemble de la valeur ajoutée des entreprises". Le Centre d'analyse stratégique (CAS, ex-Commissariat au Plan) a remis au Premier ministre une synthèse des travaux qui ont été successivement conduits par le groupe de travail interministériel puis par le Conseil d'orientation pour l'emploi et le Conseil d'analyse économique sur la réforme du financement de la protection sociale. Dans cette synthèse, mise en ligne sur son site le 22 août, le CAS reste mesuré, mais semble écarter certaines pistes. Il juge "délicate l'institution en France d'un prélèvement pesant sur les entreprises d'une nature nouvelle, du type CPG". "Quant au recours à l'impôt sur les sociétés, il est peu compatible avec les stratégies fiscales déployées par nos principaux partenaires". Le Conseil "estime souhaitable de poursuivre (...) le mouvement de fiscalisation du financement de la protection sociale, tout en confortant les avancées réalisées pour réduire le coût global du travail". Il préconise de "recourir, pour le choix des prélèvements de substitution, à des assiettes larges et connues, également utilisées hors de nos frontières", ce qui exclut la cotisation sur la valeur ajoutée, formule qui n'existe nulle part ailleurs. "Enfin, et plus largement, la poursuite de la fiscalisation doit s'accompagner d'une réflexion sur la gouvernance des différents régimes de protection sociale. A cet égard, les travaux menés au sein du Conseil d'orientation pour l'emploi sont de nature à faciliter l'émergence d'un diagnostic partagé entre les différents acteurs, permettant ensuite d'engager une réforme en profondeur. Il paraît souhaitable que s'engage en parallèle une réflexion plus large sur les liens entre la nature des différents risques couverts par les régimes de protection sociale et la nature des ressources qui leur sont affectées", explique-t-

il. Dans ce contexte, il est peu vraisemblable que le gouvernement engage une réforme du financement de la protection sociale avant l'élection présidentielle.

http://www.strategie.gouv.fr/article.php3?id_article=255

32510

RAPPORT

KERVASDOUE (J. de), PELLET (R.)

Fédération Nationale de la Mutualité Française. (F.N.M.F.). Paris. FRA

Carnet de santé de la France en 2006 : économie, droit et politiques de santé.

Paris : FNMF ; Dunod

2006

Malgré les changements politiques et l'adoption d'importantes réformes dans le domaine de la santé - comme la loi de financement de la Sécurité sociale - les thèmes défendus aujourd'hui sont les mêmes qu'il y a six ans, lors de la parution du premier Carnet de santé de la France : croissance incontrôlée des dépenses de soins et tout particulièrement des dépenses de médicaments, risques tangibles des pertes de solidarité, absence de garantie effective de la qualité des soins, abandon des engagements pris, etc. Non seulement la France est un des rares pays occidentaux à ne pas maîtriser la croissance de ses dépenses de soins, mais il est le seul à financer ses dépenses courantes par un chèque de 50 milliards d'euros qui ne suffit déjà pas... C'est dans ce contexte que se place le Carnet de santé 2006. Rédigé par des experts indépendants placés sous la responsabilité de Jean de Kervasdoué, il associe une analyse des questions conjoncturelles à une réflexion sur les problèmes structurels. Cet ouvrage fait un bilan de la réforme de santé sur la période 2004-2006 et comporte un important dossier, fruit de dix-huit mois de recherches en France et à l'étranger, consacré au rôle que joue et pourrait jouer l'informatique dans l'optimisation et le financement des soins.

Cote Irdes Ac3455

29553

RAPPORT

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA

Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Paris : Ministère chargé de la santé

2005/07

Ce document constitue le deuxième rapport d'évaluation du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, adopté vendredi 8 juillet à l'unanimité des 53 membres à l'exception de Force ouvrière et rendu public le 11. Près d'un an après l'adoption de la réforme engagée par Philippe Douste-Blazy, le Haut Conseil en fait une évaluation plutôt positive, avec des mesures prises allant dans le bon sens. Néanmoins, il estime "peu probable" que l'objectif fixé de retour à l'équilibre de la branche maladie en 2007 soit atteint et suggère de nouvelles mesures sur les recettes et éventuellement sur le niveau ou les modalités de prise en charge si l'on ne veut pas accroître la dette au-delà de ce qu'a prévu la loi d'août 2004. Car le rapport émet de gros doutes sur les gains financiers à attendre à très court terme des réformes en cours (T2A, CCAM, réforme hospitalière), dont certaines nécessitent des investissements nouveaux pour être menées à bien (DMP). Mais il invite à "aller jusqu'au bout des logiques enclenchées" par la réforme il y a un an, à "assurer le déploiement des dispositifs et à leur donner une traduction opérationnelle cohérente avec l'ambition de départ".

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hcaam/sommaire.htm>

Cote Irdes : B4968

28212

RAPPORT

DUBERNARD (J.M.)

Assemblée Nationale. Paris. FRA

Rapport sur la mise en application de la loi 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Paris : Assemblée Nationale

2005

Le règlement de l'Assemblée nationale prévoit que six mois après l'adoption d'une loi un rapport sur sa mise en application soit réalisé. C'est chose faite pour la loi du 13 août réformant l'Assurance maladie. Selon le rapport qu'a publié la semaine passée le président de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, Jean-Michel Dubernard, la mise en application technique de la loi "a été exemplaire à plus d'un titre". Le député salue "la grande célérité" avec laquelle les textes d'application ont été publiés. "43 textes réglementaires et deux circulaires d'application de la loi" étaient publiés au 21 mars dernier et "seuls 18 décrets et 6 arrêtés" concernant en grande partie des dispositions dont l'entrée en vigueur est différée restent encore à paraître. "Enfin, vitesse n'a pas été confondue avec précipitation, puisque l'application de la loi a suivi la même démarche qualité que celle ayant présidé à sa conception, avec un effort de concertation, de transparence, de programmation et d'information sans précédent".

www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i2208.asp

Cote Irdes : B4773 , B4774

25062

RAPPORT

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA

Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie : 2 volumes.

Paris : Ministère chargé de la santé

2004/01

Le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, remis vendredi 23 au ministre de la Santé, a été adopté la veille à la quasi-unanimité de ses membres. La contrepartie du consensus est l'absence de préconisations vraiment innovantes. Le Haut Conseil estime dans la dernière version de son rapport qu'il faut, "au tout premier ordre, faire porter des efforts résolus sur la maîtrise des dépenses injustifiées et l'optimisation de l'offre de soins, seuls à même de desserrer l'étau financier et d'apporter des solutions durables à l'équilibre du système". En parallèle, "l'action simultanée sur plusieurs leviers doit évidemment être envisagée", rappelle le Haut Conseil, qui évoque toujours un recours à la CSG mais aussi, nouveauté de ce texte, d'une "modification de l'assiette des prélèvements", autrement dit des cotisations sociales. Ce rapport intitulé "l'avenir de l'assurance maladie : l'urgence d'un redressement par la qualité" a intégré de nombreux amendements tendant à présenter un diagnostic équilibré. Le document final se veut nettement plus positif, moins technique et beaucoup plus politique que la première version. Pour le Haut Conseil, "dans cette période critique, l'enjeu n'est pas seulement de maintenir. C'est de comprendre qu'il est possible d'aller de l'avant pour bâtir quelque chose de neuf et d'encore meilleur". Pour mieux souligner que la réforme n'a pas que pour objectif de colmater des brèches, il met l'accent, avant même d'envisager de nouveaux prélèvements, sur la nécessaire amélioration structurelle du système de soins (offre de soins et gouvernance du système). "L'opinion n'acceptera pas des efforts financiers supplémentaires si, parallèlement, elle demeure persuadée que le système de soins, dont elle critique les abus et le gaspillage, n'est pas réexaminé en profondeur", peut-on lire dans le rapport de synthèse. Le chapitre consacré à "l'amélioration du système de soins" suggère, notamment, de "mieux articuler, au service du patient, le travail des différents acteurs" et, pour cela, par exemple, de moduler le ticket modérateur (sauf pour les personnes modestes ou très malades) selon que l'assuré fait preuve ou non d'un comportement "responsable".

http://www.sante.gouv.fr/ass_maladie/haut_conseil/ind_rapport.html

Cote Irdes : B4266/1-2

25991

RAPPORT

Assemblée Nationale. Paris. FRA

L'assurance maladie : débat, questions, propositions pour une vraie réforme. 2 tomes.

Rapport n° 1617.

Paris : Assemblée Nationale

2004

Ce rapport présente les conclusions de la Mission d'information parlementaire sur la problématique de l'assurance maladie présidée par Jean-Louis Debré. Ce rapport dresse tout d'abord un état des lieux de l'organisation des soins en France en soulignant les faiblesses et l'inefficacité du système. Puis il fait une analyse des différents plans de santé adoptés depuis les années 1970 pour réguler les dépenses de santé. Parmi les recommandations, la mission d'information parlementaire prescrit des soins intensifs pour réformer le financement de la Sécu et une chirurgie réparatrice pour modifier l'organisation des soins. Unanime pour responsabiliser tous les acteurs, patients comme médecins, elle reste partagée sur le financement de la réforme. De toute façon, les travaux de la mission arrivent un peu tard, le ministre de la Santé devant remettre son projet au Conseil d'Etat prochainement.

http://www.assemblee-nat.fr/12/dossiers/assurance_maladie.asp

Cote Irdes : A3031, B4589/1, B4589/2

26288

RAPPORT

DUBERNARD (J.M.)

Assemblée Nationale. Paris. FRA

Rapport fait au nom de la Commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi (n° 1675) relatif à l'assurance maladie.

Paris : Assemblée Nationale

2004/06

Ce rapport rassemble l'ensemble des propositions et remarques formulées par l'Assemblée Nationale lors de l'examen du projet de loi sur la réforme de l'assurance maladie.

<http://www.assemblee-nat.fr/12/rapports/r1703.asp>

25980

RAPPORT

Association des Directeurs des Caisses d'Assurance Maladie. (A.C.D.A.M.). Paris. FRA

Pour une assurance maladie solidaire : contribution à la réforme de l'assurance maladie.

Paris : A.C.D.A.M.

2004/04

L'Association des directeurs des caisses d'assurance maladie (ADCAM), qui aura dix ans d'existence en 2005, présente ici sa contribution au débat sur la réforme en cours en cherchant à accompagner pas à pas le processus de concertation et en promouvant un certain nombre d'idées dont la mise en application lui semble essentielle à la pérennité du système. Présidée par Victor Perez, directeur de la Cnam d'Evreux, l'ADCAM a souhaité en premier lieu réaffirmer le caractère solidaire de l'assurance maladie pour répondre au déficit de sens développé par ceux qui ont intérêt à voir notre système s'affaiblir et à s'approprier les vertus de solidarité. Les pistes développées sont les suivantes : - une méthode de gestion des relations régimes obligatoires / complémentaires en utilisant le concept de panier de soins (ou de périmètre) basé sur des protocoles et en défendant une approche progressive et pragmatique ; - Proposition pour un réel accompagnement de la mise en œuvre des référentiels de soins ou un traitement moderne des dossiers d'assurance maladie détaillant la question du traitement médico-administratif des prestations ; - Propositions pour une réinterprétation des règles conventionnelles dans un système de soins rénové (D'une certaine façon, il s'agit d'imaginer une tarification à l'activité pour le secteur ambulatoire) ; - Réflexions sur la régionalisation du réseau de l'assurance maladie précisant les modalités d'une utilisation immédiate du concept de région au sein de l'assurance maladie ; -

Modernisation de la gestion du corps des cadres dirigeants de l'assurance maladie. Ce document est accompagné d'un dossier paru dans la revue : Elan social.

Cote Irdes : B4404/1-2

27142

RAPPORT

HENKE (K.D.), SCHREYOGG (J.)

Association Internationale de la Sécurité Sociale. (A.I.S.S.). Genève. CHE

Towards sustainable health care systems : strategies in health insurance schemes in France, Germany, Japan and the Netherlands : a comparative study.

Vers des systèmes de santé viables : stratégies actuelles des régimes d'assurance maladie en Allemagne, France, au Japon et aux Pays-Bas.

Genève : AISS

2004

En France, en Allemagne, au Japon et aux Pays-Bas, les dépenses de santé augmentent, tandis que les recettes stagnent, voire régressent, et, avec le temps, les progrès de la médecine, le vieillissement ainsi que d'autres facteurs élargissent cet écart. La répartition atteint ses limites, que ce soit, dans les systèmes dits bismarckiens, avec l'augmentation des taux de cotisations patronales et salariales ou, dans les systèmes dits beveridgiens, avec la hausse des impôts. Aucun de ces systèmes n'est capable de se réguler automatiquement ou presque. Il faut des interventions politiques de plus en plus fréquentes, et les rustines sont partout apparentes. Les réformes d'envergure sont, soit trop difficiles, soit politiquement ingérables dans le domaine extrêmement sensible et complexe de la santé. Tout cela explique pourquoi, en Europe et au Japon, la population réclame des réformes plus importantes et plus durables. La solution à ces problèmes est relativement aisée. Les pays confrontés à un déficit financier peuvent soit réduire les dépenses par des compressions budgétaires ou des suppressions de prestations et de services ou les deux à la fois : augmenter les recettes par un relèvement des taux de cotisation, un élargissement de l'assiette de cotisation, une hausse du ticket modérateur et des dépenses à la charge du patient ou par quelque combinaison de ces mécanismes ; mettre sur pied des réformes structurelles majeures pour combler le déficit financier. Ces réformes peuvent prendre pour principe, soit la capacité de paiement, soit la prestation, c'est-à-dire la base assurée. Les quatre pays examinés dans le présent rapport mettent tous en oeuvre ces approches théoriques à un moment ou à un autre, mais avec des différences de méthode. Ils pourraient tous tirer profit d'une comparaison entre leurs approches respectives, étant donné qu'ils sont confrontés à des défis continuels pour combler l'écart entre les dépenses et les recettes de santé. Les quatre pays examinés dans le présent rapport mettent tous en oeuvre ces approches théoriques à un moment ou à un autre, mais avec des différences de méthode. Ils pourraient tous tirer profit d'une comparaison entre leurs approches respectives, étant donné qu'ils sont confrontés à des défis continuels pour combler l'écart entre les dépenses et les recettes de santé. Une synthèse en français de cette étude est en ligne sur le site de l'AISS.

<http://www.issa.int/pdf/initiative/1find-op15.pdf>

Cote Irdes :A3125/1-2

26676

RAPPORT

ETCHEGOYEN (A.)

Commissariat Général du Plan. (C.G.P.). Paris. FRA

Regards prospectifs sur l'Etat stratégique.

Paris : La documentation française

2004

Dans le cadre de la mission de réflexion du Commissariat général du plan sur le rôle de l'Etat à l'horizon de dix-quinze ans, le Commissaire au Plan, Alain Etchegoyen, a remis le 15 juin 2004 au Premier ministre, Jean-Pierre Raffarin, ce document qui est le premier numéro d'une publication qui sera semestrielle. La première partie du premier numéro de "Regards prospectifs sur l'Etat stratégique" fait le point sur les réflexions engagées à la demande du Premier ministre, par une lettre du 21 novembre 2003, qui fixait au Plan quatre priorités : l'Emploi, la Recherche, l'Intégration sociale et la Santé. La seconde partie présente l'état actuel des travaux conduits par les groupes de projet du Plan sur la prospective de l'Etat stratégique.

<http://www.ladocfrancaise.gouv.fr/brp/notices/044000264.shtml>

Cote Irdes B4534

26374

RAPPORT

LANDRAIN (E.)

Assemblée Nationale. (A.N.). Paris. FRA

Les réformes de l'assurance maladie en Europe.

Paris : Assemblée Nationale

2004

Ce rapport présenté à la suite de plusieurs missions effectuées en Europe et quelques autres pays industrialisés, constitue un état comparatif des réformes de l'assurance maladie menées à l'étranger. Analysant les politiques conduites dans les différents systèmes de santé (systèmes publics nationaux, régimes libéraux, modèles de type bismarckien, systèmes mixtes d'Europe du Sud), il constate que les pays européens sont tous confrontés au même défi : maîtriser les dépenses de santé tout en garantissant un bon accès aux soins et la qualité de ceux-ci. Si les remèdes diffèrent selon les cas, cinq principales tendances de réforme se dessinent néanmoins : la décentralisation des décisions, la mise en concurrence régulée des prestataires de santé, la responsabilisation des acteurs, la modernisation de la gestion et le renforcement du contrôle et de l'évaluation.

<http://www.assemblee-nationale.fr/12/europe/rap-info/i1672.asp>

Cote Irdes B4482

26373

RAPPORT

Les Cercles des Economistes. Paris. FRA

L'Economie de la santé : réforme ou révolution.

Les Cahiers de Cercle ; n° 6.

Paris : Cercle des Economistes

2004

Ce Cahier du Cercle des économistes porte un regard nouveau sur l'économie de la santé, et notamment sur l'évolution des dépenses de santé. Loin de déplorer la part croissante de ces dépenses, il démontre que cette augmentation va continuer dans les années à venir, et que ce développement est même souhaitable. Devant cette évidence, il émet des propositions pour régler le problème du financement de ces dépenses : autonomie et responsabilisation des acteurs, importance du benchmarking et de l'expérimentation, bonne gouvernance du système de santé ... Ces propositions s'appuient sur une étude de quelques systèmes étrangers.

<http://www.lecercledeconomistes.asso.fr/Cahiers.jpg>
Cote Irdes B4483

25495

RAPPORT

GIRAUD (F.), LORRAIN (J.L.)

Sénat. Commission des Affaires Sociales. Paris. FRA

Rapport relatif à la politique de santé publique : 2 volumes.

Paris : Sénat

2004

Ce rapport réalisé par la Commission des affaires sociales du Sénat constitue une annexe au projet de loi actuel de santé publique en France. Il présente les propositions d'amélioration de la santé publique en France, ainsi que l'examen de chaque article de la loi.

<http://www.senat.fr/rap/I03-138-1/I03-138-11.pdf>

Cote Irdes B4321/1-2

25867

RAPPORT

Institut Montaigne. Paris. FRA

Couverture santé solidaire ; suivi de : Assurance maladie : les pistes de l'Institut Montaigne.

Paris : Institut Montaigne

2004/04

Après le rapport sur " l'assurance-maladie universelle " et celui sur " l'hôpital réinventé ", ce rapport sur " la couverture santé solidaire " constitue le troisième rapport que l'Institut Montaigne consacre à la santé. Il a été élaboré comme les autres par un groupe d'experts bénévoles venus de tous les horizons intellectuels et professionnels du monde de la santé. En se basant sur les conclusions du rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et sur la notion de " panier de soins ", il propose de voir les choses différemment en dissociant la couverture du risque santé et la gestion de ce risque. Ses propositions s'articulent autour des axes suivants : instaurer une véritable assurance maladie universelle (AMU), délimiter le champ de la couverture santé solidaire (CSS), hiérarchiser les priorités, choisir un mode de gestion efficace, faire le choix de la protocolisation, assurer les continuum santé et responsabiliser les acteurs, assurés et professions de santé.

<http://www.institutmontaigne.org/>

Cote Irdes B4390

22167

RAPPORT

Institut Montaigne. Paris. FRA

Vers une assurance maladie universelle ?

Paris : Institut Montaigne

2002

Les contradictions internes de notre système d'assurance maladie et la confusion des responsabilités suscitent tensions et blocages. Elles renforcent aussi des inégalités sociales et régionales qui ne se réduisent pas. Afin d'offrir une garantie universelle d'accès à des soins de qualité, délivrés dans les meilleures conditions d'efficience possibles, l'Institut Montaigne préconise une nouvelle architecture dont l'objectif est de promouvoir une véritable assurance maladie universelle, s'articulant autour d'un panier de soins et d'un financement universels, et reposant sur une contribution sociale généralisée (CSG) - santé assise sur l'ensemble des revenus des résidents.

Cote Irdes : A2762

Ouvrages

OUVRAGE

CHEVREUL (K.) , DURAND-ZALESKI (I.) , BAHRAMI (S.) , HERNANDEZ-QUEVEDO (C.) , MLADOVSKY (P.)

World Health Organisation. (W.H.O.). European observatory on health systems and policies. Bruxelles. BEL , Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé. Bruxelles. BEL

Systèmes de santé en transition : France

Health systems in transition : France : health system review.

Health systems in transition ; vol. 12, n° 6.

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe
2010

Pages : 291p., tabl., fig.

The Health Systems in Transition (HiT) profiles are country-based reports that provide a detailed description of a health system and of policy initiatives in progress or under development. HiTs examine different approaches to the organization, financing and delivery of health services and the role of the main actors in health systems; describe the institutional framework, process, content and implementation of health and health care policies; and highlight challenges and areas that require more in-depth analysis. The French health care system is a mix of public and private providers and insurers. Public insurance, financed by both employees and employer contributions and earmarked taxes, is compulsory and covers almost the whole population, while private insurance is of a complementary type and voluntary. Providers of outpatient care are largely private. Hospital beds are predominantly public or private non-profit-making. The French population enjoys good health and a high level of choice of providers. It is relatively satisfied with the health care system. However, as in many other countries, the rising cost of health care is of concern with regards to the objectives of the health care system. Many measures were or are being implemented in order to contain costs and increase efficiency. These include, for example, developing pay-for-performance for both hospitals and self-employed providers and increasing quality of professional practice; refining patient pathways; raising additional revenue for statutory health insurance (SHI); and increasing the role of voluntary health insurance (VHI).

Meanwhile, socioeconomic disparities and geographic inequality in the density of health care professionals remain considerable challenges to providing a good level of equity in access to health care. Organizational changes at the regional level are important in attempting to tackle both equity and efficiency-related challenges. While the organizational structure of the system remained very stable until the mid 1990s, in the following decade many changes occurred and several new institutions were created. Concurrently, the respective power and involvement of the parliament, government, local authorities and SHI in the policy-making process have evolved. However, the Ministry of Health has retained substantial control over the health system, although ongoing reforms at both the regional and the national levels may challenge its traditional role. This edition of the French HiT was written concurrently with the vote and implementation of the 2009 Hospital, Patients, Health and Territories Act, which dramatically changed again the organizational structure and management of the health care system at the regional and local level. In order to ensure a comprehensive description and understanding of the system, the HiT, therefore, describes both the previous organization and the reorganization following the Act. However, the implementation process of the Act and its formal application was still a work in progress at the time of completing the French HiT.

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/135809/E94856.pdf

OUVRAGE

KERVASDOUE (J. de)

La peur est au-dessus de nos moyens : pour en finir avec le principe de précaution.

Paris : Plon

2011

Pages : 237p.

Cote Irdes : A4154

Déjà, Les prêcheurs de l'Apocalypse soulignaient l'inanité opérationnelle du principe de précaution. Depuis, la prétention de cette prétendue « précaution » a reçu d'amples, nombreuses et, parfois, réjouissantes illustrations. La meilleure d'entre elles est sans doute l'épisode de l'épidémie de grippe H1N1. Si elle n'a pas été catastrophique, c'est moins grâce aux mesures prises par le gouvernement, achat de 10% des vaccins mondiaux et d'un tiers des capacités mondiales de production de Tamiflu, que par le caractère certes contagieux mais peu virulent du virus. Les Français se protègent, les Français ont peur. Ils croient que le cancer s'étend, que la vie moderne fait des ravages, que les nanotechnologies sont la menace de demain. La « nature » devient leur ultime recours, alors qu'ils s'en protègent et que, par ailleurs, ils n'ont jamais aussi bien et aussi longtemps vécu. De surcroît, cette déraison précautionneuse détourne le regard des véritables problèmes de l'environnement, comme la biodiversité ou la nécessité de se détacher progressivement des énergies fossiles. Non, définitivement, la peur est au-dessus de nos moyens et, comme le disait Pierre Dac : à force de prendre des vessies pour des lanternes... on se brûle. Cet ouvrage a pour seul objectif d'éviter quelques unes de ces brûlures collectives : investissements inutiles, règlements inopérants et précautions qui ne protègent de rien. Le principe de précaution ne peut pas être « raisonnable ». Il demeure une insulte à la raison (4e de couverture.)

<http://www.amazon.fr/peur-est-au-dessus-nos-moyens/dp/2259209637>

OUVRAGE

GIP Santé Protection Sociale Internationale. (G.I.P.S.P.S.I.). Paris. FRA

Organisation and health system in France.

Organisation et système de santé en France.

Paris : GIP SPSI

2010

Pages : 109p.

Cote Irdes : B6962/ 1-2

Destiné en priorité aux partenaires étrangers du GIP SPSI, ce livre présente l'organisation et le fonctionnement du système de santé. Cette publication est organisée en 11 chapitres : Historique du système de santé ; principes, organisation générale et gestion ; Médecine de ville et professionnels de santé ; les établissements de soins ; pharmacie et industrie de santé ; politique de santé publique ; Les agences sanitaires ; L'assurance maladie ; Complémentaire santé et accès de tous aux soins ; Dépenses de santé et financement de l'offre de soins ; Les grands enjeux. Dans le cadre de son rôle de plate-forme d'échange et de valorisation de l'expertise française, le GIP SPSI a publié ce livre de présentation du système français de santé, en français, anglais, espagnol, chinois et russe.

http://www.gipspsi.org/GIP_FR/actualites/livre_de_presentation_du_systeme_francais_de_sante

OUVRAGE

GRIMALDI (A.), LE PEN (C.)

Où va le système de santé français ?

Pour ou contre.

Bordeaux : Editions Prométhée

2010

Pages : 124p.

Cote Irdes : A4127

Le trou de la Sécu n'en finit pas de se creuser, et avec lui la tombe d'un système de santé réputé dans le monde entier. Le système français souffre d'un mal rampant et récurrent, privatisation pour les uns, étatisation pour les autres. Développement des franchises médicales, instauration d'un médecin-traitant, déremboursement de soins, couverture maladie universelle, tarification à l'activité... les réformes se sont multipliées ces dernières

années, qui viennent accréditer l'idée d'une impuissance des pouvoirs publics. Une chose est sûre : le régime de protection sociale hérité des lendemains de la Seconde Guerre mondiale a déjà vacillé sur ses bases. Pour les uns, une forte régulation étatique aurait remplacé un dispositif qui faisait la part belle à la cogestion et à la médecine libérale. Le service public se mettrait à l'heure d'une saine gestion. Les autres n'ont cessé de dénoncer la logique sous-jacente à toutes les réformes de ces dernières années, qui tendrait à faire de la santé une marchandise et mettrait en péril l'égalité des soins.

<http://www.eyrolles.com/Droit/Livre/ou-va-le-systeme-de-sante-francais-9782916623078?PHPSESSID=>

OUVRAGE

BENCHETRIT (K.), RAYMOND (G.)

Quelle santé voulons-nous ?

Paris : les carnets de l'info

2010

Pages : 168p.

Cote Irdes : A4124

A partir d'une expérience ciblée, celle de l'AFD (Association Française des Diabétiques), ce livre dénonce les insuffisances de notre système de santé dans la prise en charge et le suivi des malades souffrant de maladies chroniques. Il met en garde notamment sur le désengagement progressif de l'Assurance maladie au profit des mutuelles et des assurances privées. Il prône une réflexion démocratique sur la politique de santé, prenant en compte la parole des usagers.

OUVRAGE

MORELLE (A.), TABUTEAU (D.)

La santé publique.

Que sais-je ? ; 3826

Paris : Presses Universitaires de France (PUF)

2010

Pages : 126p.

Cote Irdes : A4099

La « santé publique » constitue d'abord un objectif politique, celui de préserver et d'élever le niveau de santé des populations. Elle s'appuie sur l'analyse des phénomènes de santé pour identifier et maîtriser les facteurs de risques. Elle s'applique au travers de politiques publiques et grâce à l'action de professionnels et intervenants variés : médecins, mais aussi éducateurs, économistes, ingénieurs... Mais comment se définit et s'articule une politique de santé ? Quels sont les rôles respectifs de la promotion de la santé, de la prévention, de la sécurité sanitaire et des soins ? Des premières mesures hygiénistes à la récente pandémie de grippe A, de l'indispensable sécurité sanitaire à l'utopie d'une santé parfaite, cet ouvrage permet d'appréhender toutes les dimensions, tous les enjeux et toutes les ambitions de la santé publique, mais aussi tous les débats qu'elle suscite.

http://www.puf.com/wiki/Que_sais-je:La_sant%C3%A9_publicue

OUVRAGE

BERANGER (A.), BELLIARD (D.)

Nous ne sommes pas coupables d'être malades.

Alternatives économiques

Paris : Les Petits matins

2010

Pages : 200p.

Cote Irdes : A4072

Le gouvernement a trouvé le responsable du trou de la Sécu : le malade, bien sûr, affamé de pilules inutiles et de consultations abusives, coupables de fumer ou de mal se nourrir, en dépit des campagnes de prévention. Et pour remédier à cela, il réforme, tout comme ses

prédécesseurs depuis 2002. Tarification à l'activité, franchises médicales, déremboursements : l'effort demandé pèse systématiquement sur les assurés. La responsabilité des laboratoires pharmaceutiques ou des médecins tout comme les politiques d'exonérations sociales dont bénéficient les entreprises ne sont, quant à elles, jamais interrogées. Les auteurs rejettent ce discours culpabilisant et cette vision strictement financière, qui nous entraînent vers un système pénalisant les plus modestes et posant de graves questions de santé publique. Ils montrent qu'un projet de santé alternatif, fondé sur le principe de solidarité, est possible.

http://www.lespetitsmatins.fr/noscollections/fichecollection.php?id_livre=66&cat=4

OUVRAGE

MILLS (C.), CAUDRON (J.)

Protection sociale : économie et politique, débats actuels et réformes.

Master Pro

Paris : Gualino Editeur

2009

Pages : 356p., index

Cote Irdes : A3974

Ce livre analyse les différents secteurs de la protection sociale : retraites, politique familiale, santé, emploi et financement de la protection sociale, lutte contre l'exclusion etc.. Il intègre l'actualité la plus récente en la matière et notamment la crise de ces systèmes, en relation avec la crise systémique d'ensemble ainsi que le type de réformes menées tant en France que dans l'Union européenne. Il s'attache à dégager pour chacun des secteurs des pistes de réformes alternatives.

OUVRAGE

FARGEON (V.)

Introduction à l'économie de la santé.

Grenoble : Presses universitaires de Grenoble

2009

Pages : 112p.

Cote Irdes : A3969

Besoin universel, la santé est une préoccupation majeure des sociétés et des individus. La nature particulière du bien santé justifie l'organisation de la réponse à ce besoin dans des configurations de systèmes de santé et de soins médicaux, marquées par les régulations d'institutions non marchandes, au premier chef desquelles l'État. Ce manuel vise à présenter l'essentiel des concepts et grilles de lecture mobilisés dans l'analyse économique des systèmes de santé. À travers l'étude des comportements économiques des grandes catégories d'acteurs des systèmes de santé – consommateurs, offreurs de soins, assureurs et financeurs du risque maladie, État – de leurs relations et articulations, il s'agit d'explicitier les fondements économiques des politiques de santé. Cette approche doit permettre d'éclairer les tendances et les débats contemporains relatifs aux systèmes de santé (protection maladie et prestations de soins), notamment la question de la place et des formes de l'intervention publique. L'ouvrage souligne l'importance des aspects organisationnels et institutionnels dans le fonctionnement et la dynamique des systèmes de santé.

<http://www.pug.fr/titre.asp?Num=1093>

OUVRAGE

LAXALT (J.M.)

Et si demain...la Sécurité sociale éclatait ?

Paris ; Editions Jacob-Duvernet

2009

Pages : 175p.

Cote Irdes : A3891

Et si demain les choses évidentes disparaissaient, les institutions solides s'écroulaient, les habitudes bien ancrées s'évanouissaient. Et si demain la Sécurité sociale n'existait plus... Partant de ce postulat qui en inquiéterait plus d'un, Jean-Michel Laxalt, le président de la MGEN, fin connaisseur de l'univers de l'économie sociale, démonte la pelote de fils particulièrement enchevêtrés que constitue le système français de la protection sociale, le système le plus développé au monde. Il sait qu'il traverse une grave crise, (l'implosion est l'une des hypothèses !), il le dit, mais il affirme aussi que c'est pourtant le meilleur des systèmes, un modèle à la française qu'il veut défendre coûte que coûte. Au travers d'entretiens avec une dizaine d'experts d'horizons variés, Jean-Michel Laxalt pose des questions difficiles, en suscite d'autres, certaines volontairement iconoclastes : la Sécurité sociale a-t-elle laissé tomber les pauvres ? La modernité, c'est aujourd'hui sans la Sécu ? Dans une société atomisée, l'autre a-t-il moins l'importance ? En somme, la société française veut-elle continuer à vivre avec elle-même ? C'est la question défi de ce livre. En affichant un optimisme volontariste, Jean-Michel Laxalt répond positivement en voulant continuer à faire vivre ce système français de protection pour assurer la cohésion sociale de ce pays. La démarche du livre sera poursuivie par les travaux de l'Institut Montparnasse que vient de créer Jean-Michel Laxalt avec l'idée "d'exporter" le modèle français
<http://livre.fnac.com/a2649055/Jean-Michel-Laxalt-Et-si-demain>

OUVRAGE

ROCHAIX (L.), LE PEN (C.), GRIGNON (M.), OR (Z.), PERRONNIN (M.), PARIS (V.), LANCERY (P.J.) et al.

Traité d'économie et de gestion de la santé.

Paris : Editions de Santé ; Paris : SciencesPo Les Presses

2009

Pages : 561p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : A3889

Cet ouvrage collectif pluridisciplinaire placé sous la direction de Pierre-Louis Bras, Gérard de Pourville et Didier Tabuteau est composé de 59 chapitres ayant chacun un auteur spécialisé différent. Il s'agit à la fois d'un bel outil et d'une référence, le gold standard de la pensée et de l'analyse du système de santé actuel. Ce traité synthétise l'ensemble des problématiques et des connaissances de base pour comprendre les débats économiques sur la santé, il permet d'appréhender les politiques de régulation des dépenses de santé et constitue une aide à la gestion et au pilotage des principales institutions du système de santé. Destiné aux étudiants, aux décideurs et aux acteurs de la santé, il pourrait aussi fournir quelques clés pour faire évoluer et conforter une organisation collective qui est au cœur du pacte social, comme le souhaitent les auteurs. Chacun peut en effet y trouver ce qu'il recherche dans le champ de l'économie et de la gestion de la santé dans les huit chapitres qui structurent l'ouvrage : principes généraux, les dépenses de santé, l'accès aux soins, la maîtrise des dépenses de santé, la qualité, la gouvernance et les acteurs, l'information de santé, mondialisation et santé. Aujourd'hui soigner et compter sont des notions admises par tous et ne sont plus antinomiques : cet ouvrage le démontre largement.
<http://www.pressesciencespo.fr/livre/?GCOI=27246100728790>

OUVRAGE

TABUTEAU (D.)

Dis, c'était quoi la Sécu ? Lettre à la génération 2025.

Collection Monde en cours.

La Tour d'Aigues : Editions de l'Aube

2009

Pages : 77p.

Nous sommes en 2025. Une session extraordinaire du Parlement a été convoquée pour débattre de l'avenir du système de santé. La dépense de santé représente plus de 14% du produit intérieur brut. Au rythme d'évolution des dépenses, la santé pourrait bientôt représenter 20% de la richesse nationale. On évoque parfois avec nostalgie le "trou de la

sécu" qui défrayait la chronique à la fin du siècle dernier. Un trou d'épingle ! Les plus anciens se remémorent l'assurance maladie dont bénéficiaient leurs parents et grands-parents. Et s'interrogent : Mais comment en sommes-nous arrivés là ?

OUVRAGE

KERVASDOUE (J. de)

Très cher santé.

Paris : Perrin

2009

Pages : 227p., 5 tab.

Cote Irdes : A3848

A l'heure où des voix s'élèvent pour dénoncer la logique d'économie et de rationnement qui serait à l'oeuvre dans notre système de soins, la lecture de l'essai de Jean de Kervasdoué est roborative. Dans *Très cher santé*, ce professeur d'économie de la santé au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) - qui fut directeur des hôpitaux au ministère de la santé entre 1981 et 1986 -, veut pourfendre les idées simplistes qui circuleraient sur la santé en France. Selon lui, notre système de soins, bien que toujours marqué par l'excellence, est au bord de la faillite. Le problème est loin de se résumer au fameux trou de la Sécu : il résulterait d'un certain immobilisme des acteurs, oscillant entre corporatisme médical libéral et syndicalo-corporatisme hospitalier. L'auteur n'en est pas à son premier diagnostic négatif sur le système de santé : en dénoncer les errements est devenu sa spécialité. *Très cher santé* a ainsi le mérite, tout autant que le défaut, d'embrasser largement son sujet, balayant tous les aspects du système de soins, du financement de l'assurance-maladie à la médecine générale, en passant par l'hôpital, la tarification à l'activité, les performances comparées de la France avec les autres pays. A chaque fois, le même constat, martelé de page en page : le système de santé est rétif à tout changement qui pourrait remettre en cause certains acquis. Comme le tonneau des Danaïdes, il voudrait être toujours plus alimenté financièrement sans rendre de comptes à personne : En médecine, le raisonnement économique est soit ignoré, soit combattu car de facto considéré comme illégitime, déplore M. Kervasdoué. Si la maladie du système est bien cernée, le traitement que voudrait lui appliquer l'auteur laisse plus perplexe. Car ce que prône l'ancien haut fonctionnaire - plus de rationnement et de maîtrise médico-économique - ne se distingue guère de la ligne suivie par l'actuel gouvernement. Ainsi du projet de loi "Hôpital, patients, santé, territoire", présenté par la ministre de la santé, Roselyne Bachelot, et qui arrive en discussion à l'Assemblée nationale le 10 février. L'auteur a beau dénoncer "l'étatisation et la bureaucratisation" dont il serait porteur, il en approuve, en filigrane, les grandes lignes. Il reste cependant sceptique sur la capacité des pouvoirs publics à surmonter le jeu des lobbies. Et de relever que "l'Etat craint la profession médicale et n'ose pas l'affronter, même mollement, au Parlement, où elle a des relais".

http://www.lemonde.fr/livres/article/2009/02/10/tres-cher-sante-de-jean-de-kervasdoue_1153347_3260.html

OUVRAGE

PALIER (B.)

La réforme des systèmes de santé.

Que sais-je ; n° 3710.

Paris : Presses Universitaires de France

2009

Pages : 128p.

Cote Irdes : A3847

L'ensemble des pays développés cherche aujourd'hui à maîtriser l'augmentation des dépenses de santé. Mais pourquoi augmentent-elles ? Pourquoi sont-elles plus élevées et croissent-elles plus rapidement dans certains pays que dans d'autres ? La réforme de l'assurance maladie hante tous les gouvernements français depuis plus de vingt ans. Pourtant, dans d'autres pays, des solutions, souvent contrastées, ont été trouvées pour faire

face à la croissance de la demande de soins. Alors que se prépare en France une nouvelle réforme du système de santé, cet ouvrage en expose explicitement les enjeux : peut-on encore concilier les objectifs contradictoires que sont l'égal accès aux soins, la qualité de ceux-ci, la viabilité financière du système, la liberté et le confort des patients comme des professionnels de la santé ?

<http://www.amazon.fr/R%C3%A9forme-syst%C3%A8mes-sant%C3%A9-Bruno-Palier/dp/2130543855>

37906

OUVRAGE

MERLEN (E.), PLOQUIN (F.)

Ma sécu : de la libération à l'ère Sarkozy.

Paris : Editions Fayard

2008

Pages : 413p., carte, ann.

Cote Irdes : A3712

Cet ouvrage réalisé par deux journalistes : Eric Merlen et Frédéric Ploquin est le résultat d'une enquête menée pendant trois ans auprès de professionnels de la santé, y compris d'anciens ministres de la santé. Il dresse une analyse critique de l'histoire de la Sécurité sociale en France

<http://www.fayard.fr/livre/fayard-214163-Ma-secu-de-la-Liberation-a-l-ere-Sarkozy-Frederic-Ploquin-hachette.html>

37634

OUVRAGE

PALIER (B.)

La réforme des systèmes de santé.

Que sais-je ; n° 3710.

Paris : Presses Universitaires de France

2008

Pages : 128p.

Cote Irdes : A3698

Franchises, parcours de soin, limitation des arrêts de travail... Les gouvernements accumulent les mesures et pourtant le déficit de l'assurance maladie continue d'exister. Peut-on maîtriser l'augmentation des dépenses de santé ? Pourquoi ces dépenses augmentent-elles partout, et plus vite dans certains pays (Etats-Unis, France, Allemagne) que dans d'autres (Grande-Bretagne, Suède) ? Toutes les réformes des systèmes de santé doivent arbitrer entre quatre objectifs souvent contradictoires que cet ouvrage analyse : assurer la viabilité financière des systèmes, mais aussi l'égal accès aux soins, la qualité de ceux-ci, enfin la liberté et le confort des patients et des professionnels. Les dernières mesures décidées en France semblent abandonner progressivement l'idée d'une médecine de ville solidaire au profit des trois autres objectifs.

<http://www.eyrolles.com/Entreprise/Livre/9782130562184/livre-la-reforme-des-systemes-de-sante.php>

38469

OUVRAGE

SAUZE (L.)

Mauvaise santé cherche traitement de fond : pour une refonte du système de santé.

Essai.

www.lulu.com

2008

Pages : 212p.

Cote Irdes : A3744

Le "meilleur système de santé du monde" est bien malade, et n'est plus financé. Revenir aux principes fondateurs de la médecine et de la protection sociale permettrait de réorienter et de restructurer en le simplifiant l'incroyable amoncèlement historique de structures et d'institutions qui le constituent. En remettant la santé publique de la communauté au centre du système, et non plus les multiples intérêts catégoriels, c'est une réforme globale de l'organisation et du financement que l'auteur propose ici. Formation, évaluation, paiements à l'acte et à l'activité, médecine globale recentrée sur le généraliste et les maisons médicales, démocratie sanitaire rénovée et rôle princeps de l'Etat, Agences régionales de santé, fiscalisation des ressources, panier de soins et régulation par la qualité, l'ensemble des concepts en débat actuellement est balayé. Cette refonte du système ne pourra réussir qu'avec la mobilisation des usagers, des professionnels et des décideurs, qui tous y trouveraient leur intérêt. Elle ne peut que passer par une profonde et indispensable transformation des mentalités de chacun, producteurs comme consommateurs de soins.

37502

OUVRAGE

FANTIMO (B.), ROPERT (G.)

Le système de santé en France : diagnostic et propositions.

Paris : Dunod

2008

Pages : 359p., index

Cote Irdes : A3686

Les Français apprécient autant leurs professionnels de santé que leur « Sécu », qui assure la prise en charge de l'ensemble de leurs dépenses dans le cadre d'une assurance maladie obligatoire et publique. Les premiers comme les seconds mesurent cependant mieux le prix de la santé que son coût. La montée des déficits publics est pourtant si prégnante qu'elle n'autorise plus de simples ajustements séquentiels en forme de « plans de redressement des comptes ». Cet ouvrage démontre qu'il est encore possible de concilier progrès médical et social à condition qu'une profonde volonté réformatrice anime tous les acteurs afin de faire émerger progressivement un nouveau système de santé. Cette émergence suppose avant tout un véritable pilotage, exercé par un État stratège et courageux, s'appuyant sur une gouvernance déconcentrée régionalement. Grâce à un panier de biens et de services définissant les périmètres et les modalités de prise en charge, à l'intérieur de centres de décision tantôt régaliens tantôt contractuels, mais comprenant à la fois des leviers et des sanctions, les opérateurs publics et privés pourront alors agir dans le cadre d'une assurance santé cohérente. Les auteurs, un médecin et un responsable administratif, souhaitent au travers de cet ouvrage contribuer à cette démarche : d'où un diagnostic sans complaisance mais aussi de nombreuses propositions fondées sur des expériences professionnelles complémentaires.

34695

OUVRAGE

BLEMONT (P.), OLEJNICZAK (P.)

Assurance maladie et système d'offre de soins.

Paris : Ellipses : 2007 : 192p.

Cote Irdes : A3561

La Sécurité sociale est en crise, et avec elle l'assurance maladie. De façon récurrente, on se penche sur le fameux " trou de la sécu ", focalisant sur ses aspects financiers et oubliant d'en souligner les bienfaits de stabilisateur économique et social. L'assurance maladie apparaît comme la plus décriée vu le déficit existant, qui fonde le reproche de gager l'avenir des générations futures pour garantir notre confort. Encore financée par les cotisations en 1980, l'assurance maladie est aujourd'hui majoritairement financée par l'impôt et les taxes spéciales affectées. L'assurance maladie, mise en regard du système d'offre de soins, est inéluctablement vouée à se transformer, sous la pression de l'augmentation de la durée de la vie, de l'exigence de sécurité sanitaire des malades et des questions de financement. Elle

n'échappera pas à une réforme profonde ; faute de quoi, le changement pourrait s'imposer de l'extérieur - concurrence, organismes complémentaires ou assureurs privés.

35111

DUVAL (J.)

Le mythe du "trou de la sécu".

Paris : Raisons d'Agir : 2007 : 135p.

Cote Irdes : A3612

A en croire les médias et les débats politiques, la Sécurité sociale serait menacée de faillite par un déficit abyssal. Pour faire face à l'augmentation des dépenses et au vieillissement de la population, notre système de protection sociale, créé en 1945 pour donner - la garantie à chaque homme qu'en toutes circonstances il pourra assurer sa subsistance et celle de personnes à sa charge -, serait condamné à se réformer sans cesse : remboursements, réduction des prestations, hausse des cotisations, voire privatisation. Chercheur au CNRS, Julien Duval renverse les termes du problème : il n'y a pas de déficit de la Sécu mais un besoin de financement que les gouvernements successifs ont décidé de ne pas satisfaire en multipliant depuis 1993 les exonérations de charges sociales. En effet, l'affaiblissement de la protection sociale découle non pas d'arbitrages techniques mais d'un choix politique: le transfert généralisé des risques du capital vers le travail (4è de couverture).

35845

OUVRAGE

BARDY (G.)

Le livre noir de la santé.

Paris : L'Archipel : 2007 : 354p.

A3620

Hôpitaux dangereux, services d'urgence au bord de l'asphyxie, Sécurité sociale en péril, personnels soignants mal formés, hygiène en question, vétusté des établissements, négligences en tout genre... Naguère désigné par l'OMS comme le meilleur au monde, le système de santé à la française menace ruine. Légalité d'accès aux soins ? Un mythe. La médecine à plusieurs vitesses ? Un fait. Notre consommation de médicaments, la plus importante d'Europe, assèche les caisses et cause plus de dix mille décès accidentels par an. Des populations entières sont traitées dans des conditions déplorables, notamment les personnes âgées. Les déserts médicaux gagnent du terrain dans les zones rurales et les banlieues. Les infirmières fuient les hôpitaux publics, dont 75 % sont en déficit. Les médecins, eux, sont au bout du rouleau. Et les étudiants appelés à les remplacer sont déjà découragés... Depuis trente ans, les ministres passent, sans qu'aucune mesure soit parvenue à combler le déficit abyssal de l'assurance maladie. L'hôpital, ce bateau ivre ingouvernable, est-il impossible à réformer ? S'appuyant sur des études connues des seuls milieux médicaux, ce Livre noir dresse le vrai " bilan de santé " de la France (4e de couverture)..

34846

OUVRAGE, FASCICULE

BEAU (P.)

Lettre ouverte au Ministre de la santé.

Paris : Espace social européen : 2007 : 237p.

A3571

<http://www.espace-social.com/spip.php?article1786>

Édité par Espace Social Européen, écrit par Pascal Beau, son directeur, ce petit bouquin remarquable et assez décapant dresse l'état des lieux du système de santé et invite le prochain ministre de la santé à réfléchir aux pistes d'évolution.

34695

OUVRAGE

BLEMONT (P.), OLEJNICZAK (P.)

Assurance maladie et système d'offre de soins.

Paris : Ellipses : 2007 : 192p.

A3561

La Sécurité sociale est en crise, et avec elle l'assurance maladie. De façon récurrente, on se penche sur le fameux " trou de la sécu ", focalisant sur ses aspects financiers et oubliant d'en souligner les bienfaits de stabilisateur économique et social. L'assurance maladie apparaît comme la plus décriée vu le déficit existant, qui fonde le reproche de gager l'avenir des générations futures pour garantir notre confort. Encore financée par les cotisations en 1980, l'assurance maladie est aujourd'hui majoritairement financée par l'impôt et les taxes spéciales affectées. L'assurance maladie, mise en regard du système d'offre de soins, est inéluctablement vouée à se transformer, sous la pression de l'augmentation de la durée de la vie, de l'exigence de sécurité sanitaire des malades et des questions de financement. Elle n'échappera pas à une réforme profonde ; faute de quoi, le changement pourrait s'imposer de l'extérieur - concurrence, organismes complémentaires ou assureurs privés

33884

OUVRAGE

TABUTEAU (D.), BENKIMOUN (P.)

SAOUT (C.) / préf.

Les nouvelles frontières de la santé : comment serons-nous soignés demain ?

Paris : Editions Jacob-Duvernet : 2006 : 214p.

A3525

La médecine fait des progrès constants. Bonne nouvelle, dira-t-on. Oui, mais lesquelles en sont les conséquences ? Vieillesse de la population, augmentation de la dépendance, développement des soins préventifs, modification de la consommation des soins, évolution des métiers médicaux et paramédicaux... Et surtout, quel en est - et quel en sera à l'avenir - le coût pour soi et pour le système de protection sociale ? En effet, au-delà du problème concret d'adaptation des institutions sanitaires et des assurances santé, c'est la conception même de la médecine et des soins qui est désormais en question. Quelles sont les limites des progrès médicaux, tant en matière de soins que de prévention ? Comment notre système de santé (des hôpitaux à la médecine de ville et aux caisses d'assurance maladie) va-t-il réagir à ces nouvelles données ? Jusqu'où, d'ailleurs, doit-il s'adapter ? C'est à ces problématiques, ainsi qu'à bien d'autres questions qui concernent la société dans son ensemble et chacun en particulier, que répond Didier Tabuteau, expert des questions de santé (4e de couverture.).

33302

OUVRAGE

FREMONT (C.)

Adieu Sécu !

Paris : Le Cherche Midi

2006

" Chevalier blanc ", " Zorro " ou " Lucky Luke " : les surnoms n'ont pas manqué pour qualifier Claude Frémont, directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de Nantes. Il quitte la Sécu en jetant un ultime pavé dans la mare. Son cheval de bataille ? La lutte contre les fraudes à la Sécurité sociale. Les psychiatres qui consultent 365 jours par an ; les pharmaciens qui fabriquent de fausses vignettes ; les centres de thalasso qui font rembourser les visites médicales, etc. Claude Frémont a traqué petits et grands arnaqueurs avec, pour seul objectif, la défense de ce qui fut l'une des plus belles conquêtes de la Libération : le système français de protection sociale. Mais pourquoi celui qui a consacré trente ans de sa vie à la Sécu abandonne-t-il le combat ? L'esprit n'y est plus. Il en a assez des réformes inutiles, des solutions à l'emporte-pièce, du double discours. Assez des démagogues qui font croire que leur réforme bouchera enfin le trou de la Sécu. L'urgence est

à l'action. Claude Frémont en est convaincu : on ne changera rien si on ne change pas tout. Pour sauver la Sécu, " croyons à l'impossible et rêvons un instant "... (Résumé d'auteur.)

32620

TABUTEAU (D.)

Les contes de Ségur : les coulisses de la politique de santé (1988-2006).

Paris : Editions Ophrys

2006

Comment s'élaborent les politiques de santé ? Comment l'Etat s'organise-t-il pour lutter contre les risques qui menacent notre santé, des médicaments dangereux aux nouveaux virus, du bioterrorisme à l'alcoolisme et au tabagisme ? Comment s'est forgée la notion de sécurité sanitaire ? Comment se construisent les plans de maîtrise des dépenses de santé ? Comment les professions de santé et les laboratoires pharmaceutiques défendent-ils leurs positions ? Comment l'hôpital s'adapte-t-il aux rigueurs budgétaires et à la transformation de ses métiers ?

32514

OUVRAGE

MORDELET (P.)

Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé.

Rennes : Editions de l'ENSP

2006

Face à la crise que traversent la plupart des systèmes de santé et des hôpitaux, le statu quo est impossible. Quelles réformes d'envergure engager ? Les règles de la corporate governance appliquées au monde hospitalier dans les pays de l'OCDE sont-elles en mesure d'apporter des solutions durables ? Patrick Mordelet dresse un tableau complet des différents aspects du gouvernement d'entreprise appliqué à l'hôpital : nouveaux modes de tarification basés sur l'activité ou les résultats, convergence tarifaire, partenariat public-privé pour relancer les investissements, conseil exécutif et pôles d'activité clinique pour associer les médecins au pilotage stratégique. Les principales expériences européennes sont analysées en profondeur : systèmes de santé intégrés, virage ambulatoire, restructurations et changement de statut des hôpitaux publics. L'auteur termine par un diagnostic sans concession de la situation française.

Cote Irdes : A3457

31727

OUVRAGE

GEOFFARD (P.Y.)

Centre pour la Recherche Economique et ses Applications. (C.E.P.R.E.M.A.P.). Paris. FRA

La lancinante réforme de l'assurance maladie.

Paris : Editions Rue d'Ulm / Presses de l'Ecole normale supérieure

2006/03

L'assurance maladie est un chantier permanent : dans la seule histoire récente, quelque 24 réformes se sont succédé depuis le plan Barre de 1976... Pour le résultat que l'on sait : en 2004, le déficit de la branche maladie du régime général de la sécurité sociale est de 12,3 milliards d'euros, le plus élevé jamais enregistré. En France, l'architecture générale de la dernière réforme en date repose essentiellement sur la régulation de la demande de soins, et très peu sur l'offre de soins. Est-ce la bonne manière de procéder ? S'appuyant sur les réformes engagées dans d'autres pays, P.-Y. Geoffard présente un examen critique des réformes françaises en général et de la réforme récente en particulier (résumé d'auteur).

Cote Irdes : A3442

31678

OUVRAGE

PRADERE (A.) / collab. , RUGGERI (H.) / collab. , KOPELMAN (V.) / collab. , BERLING (A.) / collab. , OURDOUILLIE (A.) / collab. , et al.

Panorama de l'assurance santé 2006.

Collection Jalma

Paris : Jalma

2006

Le Panorama de l'Assurance Santé est un ouvrage collectif qui a pour objectif de décrire les mutations en cours dans le domaine de l'emploi et de la protection sociale et de mettre en valeur les innovations en assurance de personnes qui les accompagnent. Il comprend les dossiers suivants : l'assurance maladie crise française ou mondiale ? ; les innovations et expérimentations en cours : le compte épargne santé ; un zoom sur la dépendance ; une tribune : qui est responsable des augmentations des cotisations ? ; une enquête sur les seniors, un marché en quête d'une nouvelle jeunesse.

http://www.jalma.fr/article.php3?id_article=133

Cote Irdes : B5424

29033

OUVRAGE

PALIER (B.)

La réforme des systèmes de santé.

Paris : Presses Universitaires de France : 2005 : 128p.

L'ensemble des pays développés cherche aujourd'hui à maîtriser l'augmentation des dépenses de santé. Mais pourquoi augmentent-elles ? Pourquoi sont-elles plus élevées et croissent-elles plus rapidement dans certains pays que d'autres ? La réforme de l'assurance maladie hante tous les gouvernements français depuis plus de 20 ans. Après le plan Juppé de 1995, le Grenelle de santé de 2001, la réforme de Philippe Douste-Blazy de l'été 2004 affiche l'objectif de maîtriser les dépenses de santé tout en garantissant la solidarité du système d'assurance maladie français. Mais peut-on concilier les objectifs contradictoires que sont l'égal accès aux soins, la qualité de ceux-ci, la viabilité financière du système, la liberté et le confort des patients comme des professionnels de santé ? (4e de couverture).

Cote Irdes : A3256

27402

OUVRAGE

KERVASDOUE (J. de), PICHERAL (H.), MACE (J.M.), PELLET (R.), TONNELIER (F.)

Fédération Nationale de la Mutualité Française. (F.N.M.F.). Paris. FRA

Carnet de santé de la France en 2004 : santé et territoire.

Paris : FNMF ; Dunod

2004

Les fortes inégalités des Français en matière de santé selon leur région de résidence sont aujourd'hui connues. Les médecins, les hôpitaux, les cliniques, les pharmacies, et même les équipements les plus récents (scanners, appareils de résonance magnétique ...) ne sont pas répartis de manière équitable bien entendu, ces inégalités se retrouvent dans les dépenses de santé. Mais la dénonciation de ce regrettable état de fait ne suffit plus, d'autant qu'en rapprochant les différents types d'inégalités, elles ne se recouvrent pas. Cette nouvelle version du " Carnet de santé en France " présente une analyse du système de santé français en rapprochant territoires de la santé, médecine et économie.

Cote Irdes : Ac3137

27473

OUVRAGE

MILLS (C.), CAUDRON (J.)

Le système de santé : résistances et alternatives : critique de la contre-réforme Douste-Blazy et perspectives.

Collection Espère.

Paris : Le Temps des Cerises
2004

La loi Douste-Blazy vient d'être adoptée par le Parlement contre les aspirations majoritaires de la population. Elle ne règlera rien concernant l'équilibre financier de l'assurance maladie alors qu'elle organise le démantèlement du système de santé français, la mise à bas de ses principes de solidarité et la violation des fondements établis en 1945 : l'accès de tous, dans l'équité, à des soins de qualité. La Loi Douste-Blazy, qui vient de concrétiser la contre-réforme libérale projetée depuis le retour de la droite au pouvoir, vise avant tout à réduire les dépenses publiques de santé et à promouvoir la montée des assurances complémentaires et la privatisation. Cet ouvrage est un appel au développement des résistances contre les mesures libérales dont la gravité se révélera progressivement aux yeux des usagers du système de santé. Il s'agit désormais de faire monter les luttes et les propositions alternatives pour une véritable réforme de progrès et d'efficacité de notre système de santé.
Cote Irdes : A3149

26059

OUVRAGE

GREMY (F.), PRIOLLAUD (N.)

On a encore oublié la santé ! : propositions pour une médecine de qualité et de solidarité.

Collection Les propos d'un homme libre.

Paris : Frison-Roche

2004

La médecine est-elle aussi une science humaine ? C'est la première question à se poser avant d'envisager de réformer le système de santé français. Mais il est difficile de changer les habitudes et les intérêts acquis. Il faudrait que la médecine ne se prenne plus pour une science dure ; que les médecins ne fassent pas de leurs spécialités l'alpha et l'oméga de leur pratique ; que l'administration n'ait pas qu'une vision comptable de la santé ; que l'hôpital et la médecine curative ne monopolisent plus le système de santé ; que les patients participent mieux aux décisions ; que le ministère de la santé ait enfin une politique et les moyens de la conduire dans la durée ; que la santé ne se cantonne pas au fonctionnement organique des individus mais s'étende à celui, global et pérenne, de la société. Le contexte a changé : vieillissement de la population, évolution des maladies chroniques ... La santé publique doit s'adapter. François Grémy, pionnier de l'informatique médicale en France, livre dans cet ouvrage quelques réflexions pour bien réformer la santé.

Cote Irdes : A3037

26058

OUVRAGE

CASH (R.)

Où passe l'argent de la Sécu ?

Ardenais : Les Asclépiades

2004

Qu'est-ce que le trou de la Sécurité sociale ? Sécurité sociale que certains n'hésitent pas à trouver malade gravement ! L'Etat parle d'un déficit de 10 milliards d'euros ; certains répliquent que ce déficit n'existe pas. Cet ouvrage réalisé par un consultant en économie de la santé s'interroge sur les modes de financement des soins : les assurés paient-ils trop dans un système mal organisé qui fuit de toute part ? Ou bien ne paient-ils pas assez dans un système qui doit faire face à des besoins toujours croissants ? Il expose simplement, avec des schémas et des tableaux synthétiques, les points essentiels de la problématique, et donne des pistes pour sortir de ce tourbillon de dépenses.

Cote Irdes : A3038

26057

OUVRAGE

LE PEN (C.), SICARD (D.)

Santé : l'heure des choix.

Paris : Desclée de Brouwer

2004

"Le système français est le meilleur du monde ", selon l'Organisation mondiale de la santé. Il n'en est pas moins l'un des plus chers. Son originalité tient à ce que ses ressources sont étatisées et ses dépenses libéralisées. Mais son coût n'est pas la seule cause de la crise qui secoue la médecine en France depuis vingt ans, avec plus de force ces dernières années. La " médicalisation " de tous les maux, sociaux en particulier ; la fonction du médicament comme seule garantie de la santé ; la tendance des médecins et des usagers à recourir aux techniques - scanner, fécondation in-vitro, etc ; la pression des laboratoires ; la banalisation de la consommation médicale et l'absence d'organisation cohérente sont autant d'éléments que dissèquent avec lucidité les deux auteurs de cet ouvrage. Alors que le débat sur l'avenir de l'assurance maladie divise la société, ils suggèrent de nombreuses pistes pour en sortir, qui portent tant sur la nécessaire réforme des pratiques que sur les pratiques mêmes du remboursement des soins.

Cote Irdes : A3039

26024

OUVRAGE

FROMENTIN (R.)

L'imbroglia sanitaire français.

Balises.

Paris : Editions de Santé

2004

Ce livre est une peinture critique, parfois acerbe, mais objective du système de soins français. Il décrit les instances, organes et administration de toute sorte qui se chevauchent, notamment au niveau régional, et rendent l'organisation sanitaire cacophonique et improductive. L'auteur ne se cache pas de sa préférence pour les agences régionale de l'hospitalisation, qui doivent permettre de trouver un équilibre entre un Etat fort et une démocratie régionale rénovée et responsable. Le plus important cependant est de changer de méthode d'approche de la santé. S'appuyant sur une expérience vécue, l'auteur estime que les professionnels de la santé doivent être associés à la totalité des décisions sanitaires dans le cadre d'une co-gestion du risque complètement restaurée qui repose sur des relations contractuelles nouvelles, ouvertes mais rigoureuses.

Cote Irdes : A3035

25871

OUVRAGE

FANTIMO -B.), ROPERT (G.)

Guérir le système de santé de ses maux avec 40 propositions pour une réforme.

Lyon : ALEAS

2004

Paradoxalement, c'est juste après que l'Organisation mondiale de la santé ait proclamé le système français de santé comme le meilleur du monde que ses failles se révèlent au grand jour. Même si les piliers demeurent encore solides et demandent à être reconnus comme tels, ce à quoi s'emploie aussi cet ouvrage, la question est aujourd'hui posée : notre système de santé peut-il guérir ses maux ? Les auteurs, un médecin et un non-médecin, largement impliqués dans le système, proposent leur diagnostic mais aussi leurs prescriptions réformatrices. En ces temps de réformes introuvables, d'incompréhension entre experts, d'interrogations de l'opinion qui perd ses repères, cet ouvrage va vite devenir indispensable pour qui (professionnels, étudiants, grand public) veut comprendre et pérenniser le meilleur de ce qui constitue encore l'exception française (4e de couverture).

Cote Irdes : A3027

25811

OUVRAGE

LABAYE (E.), CASTELLI (G.), DUQUESNE (S.), LAVILLE (P.), MENAHEM (G.), SERMET (C.)

Fédération Syndicale Unitaire. (F.S.U.). Institut de Recherches Historiques Economiques Sociales et Culturelles. (I.R.H.E.S.C.). Paris. FRA

Politiques de santé : refonder la solidarité.

Comprendre et Agir.

Paris : Editions Nouveaux Regards

2004

Le système de santé français connaît aujourd'hui une crise profonde. Elle peut prendre des dimensions dramatiques, comme les morts de la canicule l'ont montré l'été dernier. La recherche de toujours plus d'économies a mis le service public de santé en grave difficulté. C'est ce qu'ont exprimé tour à tour ces derniers mois les personnels des hôpitaux, les chercheurs de l'INSERM et même les médecins généralistes. Le remède que le gouvernement propose, c'est la réduction des coûts. Mais cette approche est uniquement comptable. Les conséquences sociales et sanitaires ne sont pas prises en compte ; ce qui prive les pouvoirs publics des moyens d'une politique de santé collective qui permette de prévenir, d'anticiper la maladie et de la combattre efficacement. A partir des travaux menés par l'Institut de recherche de la Fédération syndicale unitaire (FSU), cet ouvrage ouvre des pistes pour des solutions dont l'objectif premier est de répondre aux besoins de la population. Ces propositions visent à passer de l'assurance-maladie à l'assurance-santé, en rendant effectif le droit à la santé pour l'ensemble de la population, et à rompre ainsi avec les discriminations qui existent dans ce domaine comme les autres.

Cote Irdes : A3020,R1514

25743

OUVRAGE

PIGNARRE (P.)

Comment sauver (vraiment) la Sécu.

Paris : Editions de la Découverte

2004

Après s'être attaqué aux retraites, le gouvernement français a annoncé une réforme de l'assurance maladie, dont le déficit devient insupportable : les dépenses augmentent trop vite et le vieillissement de la population va aggraver la situation. Toutes les réformes proposées visent à transformer l'usager de soins en un consommateur de marchandise, sous prétexte de le responsabiliser. Le privé est toujours plus efficace que le public. C'est en fait l'inverse qui est vrai, comme le montre, preuves à l'appui, Philippe Pignarre dans cet ouvrage - en partant notamment d'un contre-exemple du système américain privé, plus cher et moins efficace que tout autre système de santé européen. Le déficit de la Sécu est en effet bien plus le résultat d'une offre de soins toute puissante, dont l'industrie pharmaceutique est le meilleur exemple, que d'un dérèglement des patients qui n'a jamais été sérieusement démontré. Pourquoi ces nouveaux médicaments, dont on ne sait même pas s'ils sont plus efficaces, sont-ils jusqu'à cent fois plus chers que les médicaments de référence qui ne sont plus protégés par un brevet ? Pour Philippe Pignarre, il ne s'agit pas de défendre la Sécurité sociale telle qu'elle est, car elle est devenue une assurance tous risques pour des fournisseurs privés comme l'industrie pharmaceutique. Il faut la remettre au service des patients en s'intéressant à la manière dont ils peuvent jouer un rôle dans l'invention et la diffusion de nouvelles thérapeutiques. Face à l'offensive du privé, il faut redonner toute sa dynamique au public.

Cote Irdes : A3011

25742

OUVRAGE

DUBERNARD (Jean-Michel)

Sauvons la Sécu !

Paris : Bourin Editeur

2004

Les Français ont longtemps pensé qu'ils avaient le meilleur système de santé du monde. Ils en sont moins sûrs aujourd'hui et, surtout, ils se demandent si ce système est viable. La canicule et ses conséquences dramatiques ont montré la fragilité de l'organisation du système de santé français et ont mis en cause certains aspects de la médecine de ville, de l'hôpital et de l'organisation des urgences. D'autre part, l'énorme déficit que ce système ne cesse de creuser ne peut que faire craindre pour sa survie. A partir d'une enquête commandée par la Commission des Finances et la Commission des Affaires Sociales sur les attentes des Français dans le domaine de la santé, cet ouvrage confronte les points de vue de trois professionnels de santé et apportent leurs réponses aux interrogations actuelles. Sans concession et sans langue de bois, ils abordent tous les enjeux que constitue le système de prise en charge de la santé en France, aujourd'hui et demain. Bien plus qu'une simple révision administrative ou technocratique, ils montrent que la situation actuelle impose une véritable remise à plat du système.

Cote Irdes : A3010

26393

OUVRAGE, FASCICULE

KOPELMAN (Vanessa) / collab., HACHICHA (Samia) / collab., SZEFTTEL (Daniel) / collab.

Panorama de l'assurance santé 2004.

COLLECTION JALMA

2003

Le Panorama de l'Assurance Santé est un ouvrage qui a pour objectif : - de décrire les mutations en cours dans le domaine de l'emploi et de la protection sociale, - de mettre en valeur les innovations en assurance de personnes qui les accompagnent. Il comprend les dossiers suivants : l'assurance maladie à l'heure des bouleversements ; les innovations et expérimentations en cours ; un zoom sur la prévention ; le consumérisme à l'assaut de la santé ; la gestion santé au XXIème siècle ; une enquête sur les internautes et l'assurance santé.

<http://www.jalma.fr/pages/panorama/3panoramas.html> -

http://www.jalma.fr/PDF/Pano_2004.pdf

Cote Irdes : B4492

26060

OUVRAGE

CAUDRON (J.), DOMIN (J.P.), HIRAUX (N.), MARIC (M.), MILLS (C.)

Main basse sur l'assurance maladie.

Les Notes de la Fondation Copernic.

Paris : Edition Syllepse ; Paris : Fondation Copernic

2003

Face au projet de démantèlement organisé par le Medef, comment reconstruire un système de santé efficace et juste socialement ? Les tentatives de répondre aux déficits par la maîtrise comptable des dépenses se sont soldées par un échec, alors que la politique de déflation salariale contribuait à creuser le déficit. Malgré la couverture maladie universelle, l'accès aux soins de populations défavorisée et/ou subissant les effets des disparités sociogéographiques de l'offre de soins s'est compliqué. Le Medef prétend que l'assurance privée, à travers la mise en concurrence des opérateurs, permettrait de faire baisser les coûts. Suivre ses propositions reviendrait à accepter l'institutionnalisation d'un système de santé à plusieurs vitesses. Cet ouvrage établit un état des lieux du système de santé français, en analyse les dysfonctionnements et dévoile la contre-réforme, qui conduira à une véritable régression du système de santé solidaire. Si des réformes sont incontournables, afin de préserver et de renforcer l'efficacité du système de santé et l'équité devant l'accès

aux soins, elles devront clairement contrecarrer les objectifs du Medef et de l'assurance privée. Enfin, la Fondation Copernic expose des pistes alternatives qu'il s'agirait de suivre pour une réforme d'efficacité et de progrès social.

Cote Irdes : A3040

23729

OUVRAGE

Fédération Nationale de la Mutualité Française. (F.N.M.F.). Paris. FRA

Carnet de santé de la France en 2003.

Paris : FNMF ; Dunod

2003

Jean de Kervasdoué entouré d'une équipe d'auteurs internationalement reconnus aborde dans ce nouveau " Carnet de santé de la France ", les principaux aspects de la politique de santé. Il apporte une vision synthétique et des éléments précis de réflexion dans cette période de profonde mutation des systèmes de santé. Les analyses sont déclinées en quatre parties : santé des Français et pratiques médicales, état des lieux de l'économie et de la politique de santé en 2002, droits et devoirs des malades et des médecins depuis la loi des 4 mars et 30 décembre 2002, comparaison des systèmes de santé dans les pays occidentaux.

Cote Irdes : Ac2898

23045

OUVRAGE, FASCICULE

PRADERE (A.), RUGGERI (H.), SCHMITT DIABATE (V.), ENOCK-LEVI (T.), GAILLARD (S.)

Panorama de l'assurance santé 2003.

COLLECTION JALMA

2003

Le Panorama de l'Assurance Santé est un ouvrage qui a pour objectif : - de décrire les mutations en cours dans le domaine de l'emploi et de la protection sociale, - de mettre en valeur les innovations en assurance de personnes qui les accompagnent. Il comprend les dossiers suivants : l'assurance maladie à l'heure des bouleversements ; les innovations et expérimentations en cours ; un zoom sur la prévention ; le consumérisme à l'assaut de la santé ; la gestion santé au XXIème siècle ; une enquête sur les internautes et l'assurance santé.

<http://www.jalma.fr/pages/panorama/3panoramas.html> -

http://www.jalma.fr/PDF/Pano_2003.pdf

Cote Irdes : B3969

22992

OUVRAGE

BOUTON (R.)

Un toubib en colère.

Paris : Hachette

2003

Pour la première fois, un médecin et syndicaliste d'envergure lève le voile sur les mœurs et les pratiques d'un secteur de la santé, qui apparaît pour le moins malsain. D'anecdotes tirées de son expérience sur le terrain en portraits au vitriol (Simone Veil ou Martine Aubry), Richard Bouton dresse le tableau d'un milieu médical en crise et d'une Sécurité sociale moribonde. Il pose aussi la question : d'où vient le mal et comment y remédier ?

Cote Irdes : A2821

Pour avoir une vue générale sur l'organisation du système de santé français, voir aussi le HIT France de l'OMS, mais cet ouvrage n'inclut pas la réforme de l'assurance maladie d'août 2004 :

27404

OUVRAGE

SANDIER (S.), PARIS (V.), POLTON (D.)

THOMSON (S.) / éd., MOSSIALOS (E.) / éd.

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Observatoire Européen des Systèmes de Santé. Copenhague. DNK

Health Care Systems in Transition (HIT) : France.

Systèmes de santé en transition : France.

Copenhague : Bureau Régional de l'Europe de l'OMS : 2004 : 154p., tab., graph.

Bc4662, Ac3150

<http://www.euro.who.int/document/E84609.pdf> - French version<http://www.euro.who.int/document/e83126.pdf> - English version.

Ce document fournit une description analytique du système de santé en transition (HiT) de la France, ainsi qu'une synthèse des programmes de réforme en développement. Le financement, l'organisation du système de santé, l'accès aux soins sont abordés. Ce rapport a été réalisé par l'Observatoire Européen des Systèmes de santé dans le cadre du projet HiT (Health Care Systems in Transition). La réforme de l'assurance maladie d'août 2004 n'y figure pas

Articles

ARTICLE

HUGUIER (M.), LAGRAVE (M.), MARCELLI (A.) et al.

Assurance maladie : un état des lieux.

BULLETTIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

2010

Vol : 194 N° : 6

Pages : 1095-1103

Cote Irdes : P76

Un état des lieux de l'assurance maladie se justifierait par ses seuls problèmes économiques. Mais le limiter à cet aspect serait méconnaître les grands principes de solidarité, d'humanisme et de liberté auxquels les Français sont très attachés. Les comparaisons européennes suggèrent cependant que le système de santé pourrait gagner en efficacité sans nuire à l'état de santé. L'assurance maladie permet à la totalité de la population d'accéder à des soins de très bonne qualité. La liberté d'installation et de prescription des médecins est quasi-totale. Les soins médicaux contribuent à augmenter l'espérance de vie en France, 73 ans, seconde au monde après celle du Japon. En revanche, les contrôles macro-économiques de la progression des dépenses ont échoué. Cela s'explique par le progrès médical et le vieillissement de la population, mais aussi par le consumérisme médical favorisé par l'offre de soins et la prise en charge des dépenses. Cet article dresse donc un état des lieux de l'assurance maladie en France et montre que les différentes réformes entreprises ces dernières années n'ont pas réglé l'efficacité du système.

ARTICLE

CAILLOL (M.), LE COZ (P.), AUBRY R.), BRECHAT (P.H.)

Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques.

SANTÉ PUBLIQUE

2010/11-12

Vol : 22 N° : 6

Pages : 625-636

Cote Irdes : P143

Les réformes du système de santé et des hôpitaux ont induit des évolutions législatives, structurelles et organisationnelles importantes et continues. Existe-t-il des logiques à l'œuvre au sein du système de santé et des hôpitaux qui pourraient remettre en question le principe de solidarité, les valeurs séculaires de l'éthique qui régissent les textes de la déontologie et du droit ? Pour apporter des éléments de réponse à ces questions, nous avons confronté nos expériences avec une revue de la littérature professionnelle et scientifique de 1991 à 2010. Ces dix-neuf dernières années, l'organisation du système de santé a été soumise à des variations et des tensions importantes. Ces variations sont les témoins d'un changement de doctrine : si une étape de territorialisation du système de santé alliant choix des priorités de santé publique, concertation et démocratie participative a été mise en œuvre, le système a ensuite été orienté vers une affirmation du pouvoir central alliant économie, technicisation et contractualisation. Ce changement de doctrine est susceptible de remettre en cause la mission sociale des hôpitaux et le principe de solidarité. Le progrès, le vieillissement de la population, ainsi que les contraintes financières obligeront les décideurs à orienter le système de santé vers plus de contrôle. Hôpitaux, professionnels de santé et usagers peuvent se sentir écartelés entre un système qui tendrait à simplifier et minimiser ce qui se complexifie et qui est global. Des repères sur les valeurs, l'éthique, la déontologie et le droit pour l'hôpital, les professionnels de santé et les usagers sont interrogés. Ces éléments sont importants à prendre en compte au moment où la Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et les agences régionales de santé sont mises en œuvre.

ARTICLE

TABUTEAU (D.)

Du plan Seguin à la loi HPST : les évolutions de la politique de santé.

Les vingt ans des économistes de la santé.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2010/09

Numéro spécial : Hors-série

Pages : 37-51

Cote Irdes : P168

Depuis un quart de siècle, les politiques de santé ont connu des mutations sans précédent. La maîtrise des dépenses de santé et les crises sanitaires ont régulièrement mobilisé les pouvoirs publics. Mais les législations sur la santé publique, la régulation des activités médicales, la bioéthique ou les droits des malades ont marqué cette période. Ces transformations ont pour fil directeur l'affirmation progressive d'un pouvoir d'Etat dans l'organisation et la régulation du système de santé. Elles révèlent également l'amorce de ruptures majeures pour l'évolution du système de santé et d'assurance maladie (résumé de l'éditeur).

FASCICULE , INTERNET

Focus sur la politique de santé en temps de crise, la concurrence et la régulation, l'évaluation des soins de santé.

Focus on health policy in the times of crisis, competition and regulation, evaluation in Health Care.

HEALTH POLICY DEVELOPMENTS

2009

N° : 13

Pages : 164p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

Ce fascicule porte sur l'évolution des politiques de santé des pays industrialisés dans le cadre de la crise économique des années 2007-2010. Différentes problématiques sont abordées : Crise ou opportunité ? La politique de santé et de la crise financière : équilibre entre la concurrence et la réglementation ; Evaluation : Toujours le parent pauvre ; Hôpitaux

: Connexion avec la communauté : Prévention : Oui, maintenant, mais comment ? ; Équité : Toujours dans le but, mais comment nous sommes sérieux ?
http://www.hpm.org/Downloads/HPDs/HPD_13_final.pdf

ARTICLE

TABUTEAU (D.)

L'avenir de l'assurance maladie. Un enjeu politique majeur pour la France.

FUTURIBLES

2010/11

N° : 368

Pages : 5-22, graph.

Cote Irdes : P166

Comme chaque année depuis maintenant presque 10 ans en France, le régime général de la Sécurité sociale (qui couvre quatre grands types de risques : famille, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse et maladie) sera déficitaire en 2011, affichant un « trou » de l'ordre de 23 milliards d'euros. C'est moins que prévu initialement par le gouvernement français, mais cela implique sans aucun doute de nouvelles mesures d'économies. Parmi celles annoncées fin septembre dernier par le gouvernement, un plan d'économies de 2,5 milliards d'euros est envisagé concernant la branche de l'assurance maladie (dont le déficit devrait avoisiner 12 milliards d'euros), un plan qui fait suite à plusieurs autres, antérieurs, qui ont commencé à modifier la physionomie du système de santé français, avec de possibles conséquences sur les principes de base qui prévalent en matière d'assurance maladie. Didier Tabuteau, spécialiste des questions de santé et de sécurité sociale, présente ici les grandes tendances récentes d'évolution de l'assurance maladie en France, ses perspectives d'avenir et les conséquences qui peuvent en résulter pour les citoyens. Il rappelle tout d'abord le changement de paradigme qui s'est opéré, sous l'effet notamment de la mondialisation, renforçant peu à peu la pression en faveur d'une privatisation du système et poussant les acteurs de l'assurance maladie à se transformer. Puis il montre dans quelle mesure les fondements de l'assurance maladie « à la française » sont aujourd'hui menacés, par exemple par la tendance à la « responsabilisation » croissante des assurés sociaux, qui tend à retarder l'accès aux soins des personnes modestes, ou encore par la remise en cause du principe pourtant essentiel de solidarité (avec un glissement progressif de la couverture sociale vers les complémentaires santé). De telles évolutions sont considérables et pourraient changer radicalement le visage de la protection sociale en matière de santé. Elles ne sauraient donc, comme le souligne ici Didier Tabuteau, s'opérer sans un large débat politique démocratique mettant à plat les défis du secteur de la santé, et les moyens d'y faire face sans sacrifier le contrat social qui prévaut en France (résumé de l'éditeur).

ARTICLE

LE PEN (C.)

Assurance-maladie : le modèle de 45 est-il mort ?

DEBAT (LE)

2010/09-10

N° : 161 Pages : 116-128

Cote Irdes : A4105

Les sondages le montrent, l'opinion publique est nostalgique d'un temps révolu où une Sécurité sociale généreuse et financièrement équilibrée donnait aux Français le sentiment qu'ils ne seraient jamais plus abandonnés face aux conséquences financières de la maladie et de la mort. Aujourd'hui au contraire, ils perçoivent avec angoisse une Sécurité sociale déficitaire, fragilisée, en voie même de privatisation, qui leur demande année après année de payer plus pour les couvrir moins. La question se pose donc de savoir si cette perception correspond à une réalité, d'apprécier les changements intervenus dans l'organisation et la gestion de la Sécurité sociale depuis 1945 et d'anticiper les tendances d'évolution futures de manière à identifier les points de rupture et de continuité avec le modèle de Sécurité sociale

à la française, notamment en ce qui concerne les formes de la solidarité. Ce que nous montrerons ici c'est que le trouble actuel provient moins d'une diminution du niveau de protection sociale des Français - qui a plutôt progressé - que d'une remise en cause de certains des principes fondateurs du modèle de 45.

http://www.club-hippocrate.fr/home/www/www.club-hippocrate.fr/Applications/MAMP/htdocs/club_hippocrate/wp-content/uploads/2010/03/Assurance-maladie.pdf

ARTICLE

OR (Z.) , CASES (C.) , LISAC (M.) , VRANGBAECK (K.) , WINBLAD (U.) , BEVAN (G.)

Are health problems systemic ? Politics of access and choice under Beveridge and Bismarck systems.

HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW

2010/07

Vol : 5 N° : 3 Pages : 269-293

Cote Irdes : R1792

Pour améliorer la performance de leur système de santé, les pays industrialisés relèvent des défis assez semblables. Néanmoins, la nature et l'intensité des réformes exigées sont en grande partie déterminées par le modèle de protection sociale mis en oeuvre dans chaque pays. Examinant les principales différences de cette performance dans cinq pays, cet article compare leur expérience récente de réforme à partir de trois questions majeures : Y a-t-il des différences systématiques de performance entre les systèmes de type beveridgien et bismarckien ? Quels sont les principaux paramètres du système de soins à l'origine de ces différences ? Les réformes récentes ont-elles été efficaces ? Nos résultats ne suggèrent pas qu'un système-type est invariablement meilleur qu'un autre. L'hétérogénéité de la conception organisationnelle et de la gouvernance tant à l'intérieur qu'à travers ces systèmes explique en partie leurs écarts. Une attention insuffisante à ces différences structurelles peut expliciter le succès limité d'un certain nombre de réformes récentes.

ARTICLE

STEFFEN (M.)

Le système de santé français : universalisme libéral.

The French Health Care System : Liberal universalism.

JOURNAL OF HEALTH POLITICS POLICY AND LAW

2010/06

Vol : 35 N° : 3

Pages : 353-387, 2 tabl.

Cote Irdes : P82

This article analyzes the reforms introduced over the last quarter century into the French health care system. A particular public-private combination, rooted in French history and institutionalized through a specific division of the policy field between private doctors and public hospitals, explains the system's core characteristics: universal access, free choice, high quality, and a weak capacity for regulation. The dual architecture of this unique system leads to different reform strategies and outcomes in its two main parts. While the state has leverage in the hospital sector, it has failed repeatedly in attempts to regulate the ambulatory care sector. The first section of this article sets out the main characteristics and historical landmarks that continue to affect policy framing and implementation. Section 2 focuses on the evolution in financing and access, section 3 on management and governance in the (private) ambulatory care sector, and section 4 on the (mainly public) hospital sector. The conclusion compares the French model with those developed in the comparative literature and sets out the terms of the dilemma: a state-run social health insurance that lacks both the legitimacy of Bismarckian systems and the leverages of state-run systems. The French system therefore pursues contradictory policy goals, simultaneously developing universalism and liberalism, which explains both the direct state intervention and its limits.

ARTICLE

ETTORCHI-TARDY (Amina), HAJJAR (Moufid), SALOMON (Roger)

PMSI et évaluations des objectifs fixés par la loi du 9 août 2004.*Dossier. Qualité et valeurs partagées.*

GESTIONS HOSPITALIERES

2010/01

N° : 492

Pages : 48-53

Cote Irdes : C, P67

[BDSP. Notice produite par EHESP Hr9R0xp7. Diffusion soumise à autorisation]. En 2004, cent objectifs de santé publique (SP) ont été déterminés et annexés à la loi sur la politique de santé publique. A chaque objectif est associé un ou plusieurs indicateurs. Le programme de médicalisation du système d'information (PMSI) reste la seule base d'exhaustivité des données concernant les hospitalisations en France ; on se doit d'analyser son utilité dans l'évaluation des objectifs de SP à un niveau régional, voire local. Nous avons étudié un objectif concernant les accidents vasculaires cérébraux (AVC) dont l'indicateur retenu (nombre et taux d'hospitalisation en MCO pour AVC) se prête bien à une analyse des données en PMSI. Cette analyse a concerné les données 2007 au CHU de Bordeaux. L'implication des départements d'information médicale (DIM) dans l'évaluation de tels objectifs constitue un grand pas de mise en oeuvre de la politique de régionalisation de SP.

ARTICLE

MADOIRE (Anne), PEAN (Stéphane), PATY (Artus), PRIGNEAU (Fabrice)

Du rapport Larcher à la loi HPST. La réforme de la gouvernance ?

GESTIONS HOSPITALIERES

2010/01

N° : 492

Pages : 9-15

Cote Irdes : C, P67

[BDSP. Notice produite par EHESP ksBR0xt8. Diffusion soumise à autorisation]. La commission Larcher, chargée de "réfléchir aux changements nécessaires pour que notre système de santé réponde avec qualité et égalité aux besoins de nos concitoyens" a rendu son rapport en avril 2008. C'est sur cette base qu'un projet de loi a été adopté le 23 juin par l'Assemblée nationale, le 24 juin par le Sénat. Signée le 21 juillet 2009, la loi portant réforme de l'hôpital et relative à la santé, aux patients et aux territoires (HPST) est publiée le lendemain au Journal officiel. Le gouvernement est-il resté fidèle aux propositions de la commission Larcher ? Les amendements apportés par le Parlement ont-ils dénaturé le projet gouvernemental originel ? Peut-on finalement parler de réforme de la gouvernance hospitalière et quelle serait la nature de cette réforme ? Les auteurs mettent en rapport, pour chacun des acteurs de la gouvernance interne de l'hôpital, ce que préconisait le rapport Larcher, ce que le projet de loi déposé par le gouvernement proposait et ce que la loi HPST a retenu.

ARTICLE

ELBAUM (Mireille)

Un nouveau modèle de financement pour la santé ?*La nouvelle gouvernance en santé. Dossier.*

SANTE PUBLIQUE

2010/01-02

Vol : 22 N° : 1 Numéro spécial :

Pages : 91-106, tabl.

Cote Irdes : C, P143

[BDSP. Notice produite par EHESP 8kR0xG9I. Diffusion soumise à autorisation]. Les réformes conduites ces dernières années (réforme de l'assurance maladie en 2004, création des ARS avec la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009) s'accompagnent-

t'elles une modification de la régulation économique et financière du système de santé ? Pour l'auteur, si un certain nombre de changements significatifs apparaissent à l'oeuvre, ces changements restent périphériques et ne remettent pas en cause les modes de financement "traditionnels" du système français. Ce qui est assez problématique vu les enjeux majeurs auxquels le système de soins doit faire face, à court et moyen terme : traitement des déficits liés ou non à la crise, prise en compte des facteurs de croissance des dépenses de santé, recherche de gains d'efficacité "équitable" en matière d'accès aux soins.

ARTICLE

BRAS (P.L.) , DUHAMEL (G.)

Le système de soins anglais, un modèle pour la France ?

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2010

N° : 26

Pages : 39-59, tabl., fig.

Cote Irdes : P168

L'organisation pluridisciplinaire de la médecine de recours, la prise en compte des performances en termes de qualité dans la rémunération des médecins, la culture de l'évaluation et de la transparence, la promotion du choix des patients, la prise en compte du calcul médico-économique dans les décisions sont autant de caractéristiques du système anglais qui peuvent contribuer à la réflexion sur les évolutions du système français. Il sera intéressant, dès lors que l'on aura un peu de recul, d'examiner, si, compte-tenu de la forte augmentation du budget de la NHS, le système anglais les a améliorés significativement au cours de la décennie 2000.

ARTICLE

TABUTEAU (D.)

Loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) : des interrogations pour demain !

SANTE PUBLIQUE

2010

Vol : 22 N° : 1

Pages : 79-90

Cote Irdes : c, P143

[BDSP. Notice produite par EHESP s877HR0x. Diffusion soumise à autorisation]. L'année 2009 restera marquée par l'adoption d'un texte emblématique et ambitieux : la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi HPST. L'auteur examine tout d'abord, dans un exercice de prospective, deux scénarios extrêmes d'application de la loi : le scénario de la renaissance et celui de la dérive. Puis il répond à trois questions afin d'éclairer les enjeux de la réforme : - la région est-elle appelée à rester un cadre d'action sanitaire ou peut-elle devenir un cadre de décision ? - la région sera-t-elle le territoire d'expérimentation d'un nouveau modèle pour le système de santé ou apparaîtra-t-elle comme la plaque tournante de la confusion des secteurs ? - La région sera-t-elle un tremplin pour la technocratie sanitaire ou le creuset de la démocratie sanitaire ?

ARTICLE

REQUILLART (H.)

Ministres de la santé : un bilan en demi-teinte

Une décennie de santé (2000-2010)

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2009

N° : 25

Pages : 111-116

Cote Irdes : P168

Sept ministres de la santé se sont succédé avenue de Ségur depuis 2000. Malgré des profils et des parcours très différents, ils ont tous poursuivi le même objectif : redorer le blason de la

santé publique et tenter de colmater les brèches d'un système de santé mal organisé et soumis à la pression financière. Avec des fortunes diverses, ils ont contribué à placer les questions de santé au coeur du débat public... sans parvenir à dégager une alternative crédible pour l'avenir. (résumé de l'éditeur).

ARTICLE

BRAS (P.L.), TABUTEAU (D.)

Santé 2010, un rapport de référence pour les politiques de santé.

Une décennie de santé (2000-2010)

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2009

N° : 25 Pages : 79-93

Cote Irdes : P168

Le rapport "Santé 2010", élaboré au début des années 1990 sous l'égide du Commissariat général du plan a influencé l'évolution des politiques de santé. Il a mis en lumière avec clairvoyance certaines transformations épidémiologiques, thérapeutiques ou organisationnelles. Il témoigne également, par les mutations du système de santé qui n'ont pas été perçues lors de son élaboration, de l'importance des ruptures qu'a connues ce secteur. Enfin, le rapport apparaît comme annonciateur des réformes de la gouvernance du système réalisées depuis quinze ans, il permet, en particulier, de mesurer la portée de la création des agences régionales de santé par la loi HPST en 2009. (résumé de l'éditeur).

FASCICULE

CORVOL (P.), POSTEL-VINAY (N.), BRUCKER (G.) et al.

Une décennie de santé (2000-2010)

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2009

N° : 25

Pages : 27-116

Cote Irdes : P168

Ce dossier examine les transformations produites dans le champs de la santé lors de la décennie 2000-2010. Il étudie notamment l'évolution des progrès médicaux, de la veille et la sécurité sanitaire internationale, du droit de la santé, de la relation soignant-soigné, des perceptions de l'opinion sur la santé. Il revient également sur les grands rapports prospectifs élaborés au début des années 90 notamment le rapport Soubie et l'étude Sida 2010. Enfin, il fait le bilan de l'action des différents ministères de la santé qui se sont succédés lors de cette décennie.

ARTICLE

Avenir du système français de santé : l'analyse de Raymond Soubié.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO : FICHE

2009/11/26

N° : 679

Pages : 1-4

Cote Irdes : P72

Cet article résume la communication présentée, le 18 novembre 2009, par Raymond Soubié, conseiller du Président de la république, au XVe Forum international de gestion de la santé à Paris. Son intervention portait sur la question suivante : Avons-nous les moyens de notre système de santé ? Quelles sont les perspectives futures ?

ARTICLE

BRAS (P.L.)

La création des agences régionales de santé: notre système de santé sera-t-il mieux gouverné ?

DROIT SOCIAL

2009/11

N° : 11

Pages : 1127-1135

Cote Irdes : P109

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires est un moment du processus de modification de la gouvernance du système de santé, à travers la création des agences régionales de santé (ARS). Il importe, pour saisir le sens de cette réforme, de la resituer dans l'histoire longue du dispositif de gouvernance du système de soins et d'assurance maladie. C'est à partir de ce regard historique qu'il est possible d'en évaluer la portée et les limites.

ARTICLE

DOURGNON (P.), NAIDITCH (M.)

La réforme du médecin traitant : une lecture politique de l'expérience française en matière de médecin référent.

The preferred doctor scheme: A political reading of a French experiment of Gate-keeping.

HEALTH POLICY

2010/02

Vol : 94 N° : 2

Pages : 129-134

Cote Irdes : R1770

Since January 2005 France is exploring a new scheme termed -preferred doctor- (médecin traitant) which can be considered as an innovative version of Gate Keeping in order to reduce the excess of postulated excess in health consumption, more especially access to specialist care. This paper describes the political process which lead to its implementation, tries to relate some of the scheme specific features with its results after one year implementation and tries to catch a glimpse for the next steps of the reform. In order to measure the scheme impact on the patient treatment pathway and on physician income, we used a sample of 7198 individual from the 2006 French health, Health Care and Insurance Survey (ESPS), including health, socioeconomic and insurance status and through a set of questions relating to patient's understanding of the scheme and different data bases of the national sickness fund as well as different studies done by regulatory agencies.

ARTICLE

Juppé-Obama ou " à quoi sert l'expérience ? " : une réflexion du professeur Jean-Pierre Bader.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO : FICHE

2009/10/08

N° : 672

Pages : 6-8

Cote Irdes : c, P72

Cet article rapporte la réflexion du professeur Jean-Pierre Bader sur la réforme du système de santé américain présenté par le Président B. Obama, et tente de décrire les obstacles auxquels se heurtent le Président dans la mise en oeuvre de la réforme. On y retrouve le dogme que de nombreux spécialistes répètent : tous les systèmes de santé des pays industrialisés posent le même problème. Une qualité et une couverture insuffisantes associée à une dépense dont la croissance, en dépassant régulièrement celle du PIB, devient insoutenable.

ARTICLE

GRIGNON (M.)

Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité. (O.F.Q.S.S.). Paris. FRA

Les cadres d'analyses de la performance des systèmes de santé : forces et limites.

Bilan des réformes des systèmes de santé.

Paris : Ofqss ; Irdes

SANTE SOCIETE ET SOLIDARITE : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBECOIS

2009/08

N° : 2/2008

Pages : 163-169

Cote Irdes : R1763, P174

Cet article traite des méthodes de mesure de la performance des systèmes nationaux de santé. Les différents concepts de performance définis, l'article se concentre sur la performance technique, rapport des résultats obtenus aux ressources utilisées. Les principales méthodes d'estimation statistique de cette performance technique et leurs limites sont décrites brièvement. En seconde partie sont décrites les (rares) études de comparaison systématique des performances des systèmes nationaux de santé (deux pour les pays de l'OCDE, une pour les Etats de l'Inde et une pour les 191 pays de monde).

ARTICLE

POLTON (D.)

Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité. (O.F.Q.S.S.). Paris. FRA

Les systèmes de santé sont-ils soutenables ?

Bilan des réformes des systèmes de santé.

Paris : Ofqss ; Irdes

SANTE SOCIETE ET SOLIDARITE : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBECOIS

2009/08

N° : 2/2008

Pages : 125-135

Cote Irdes : P174

Le terme de soutenabilité désigne la capacité d'un système à répondre aux besoins du présent sans compromettre la possibilité pour les générations futures de répondre aux leurs. D'abord mise en avant dans les années 1970 à propos des ressources naturelles et de leur épuisement, la notion de soutenabilité s'est étendue depuis aux systèmes de protection sociale, et en particulier aux systèmes de santé financés publiquement : leur progression non maîtrisée, génératrice de déficits et d'endettement croissant, ne fait-elle pas planer sur les générations futures une charge insupportable et n'hypothèque-t-elle pas la satisfaction de leurs propres besoins ? Dès lors, que faut-il faire pour assurer leur viabilité à long terme ? Plusieurs propositions contrastées s'expriment à ce propos (résumé d'auteur).

ARTICLE

BOURGUEIL (Y.)

Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité. (O.F.Q.S.S.). Paris. FRA

L'organisation des soins de premiers recours en France : une réforme en quête de projet ?

Bilan des réformes des systèmes de santé.

Paris : Ofqss ; Irdes

SANTE SOCIETE ET SOLIDARITE : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBECOIS

2009/08

N° : 2/2008

Pages : 105-114

Cote Irdes : R1764, P174

Après un exposé des principales caractéristiques de l'organisation des soins ambulatoires, nous nous interrogerons sur la portée réformatrice de deux changements à l'oeuvre dans le secteur des soins ambulatoires en France : la réforme du médecin traitant de 2004 et celle du cursus universitaire de la médecine générale, résultants tous deux d'un long processus et de compromis multiples. Ils apparaissent, par leur processus d'émergence, de nature

essentiellement réactive aux éléments conjoncturels et d'une portée réformatrice modestes en regard des enjeux sous jacents. On peut néanmoins s'interroger sur les effets de changements systémiques à termes de ces évolutions incrémentales. En conclusion, au regard de la dynamique actuelle de la réforme et des transformations structurelles de plus grande ampleur que nous croyons nécessaires, nous développerons la thèse d'une nécessaire mise en cohérence des éléments de réformes dans le cadre d'un projet global pouvant faire sens aux différents acteurs impliqués (professionnels de santé, acteurs politiques, associations de malades, etc.) (résumé d'auteur).

ARTICLE

HASSENTEUFEL (P.)

Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité. (O.F.Q.S.S.). Paris. FRA

L'évolution des rapports de pouvoirs dans un système bismarckien : le cas de la France.*Bilan des réformes des systèmes de santé.*

Paris : Ofqss ; Irdes

SANTÉ SOCIÉTÉ ET SOLIDARITÉ : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBÉCOIS

2009/08

N° : 2/2008

Pages : 63-70

Cote Irdes : P174

On assiste depuis les années 1980 à une technocratisation progressive du système d'assurance maladie français, liée à l'émergence du rôle d'une élite administrative favorable au renforcement du rôle de l'État par rapport aux partenaires sociaux. De ce point de vue, le plan Juppé (1996) et la réforme de l'assurance maladie de 2004 marquent des étapes importantes du fait du renforcement du rôle du directeur de l'assurance maladie, du contrôle de projets de loi de financement de la Sécurité sociale par la direction de la Sécurité sociale et de la création de nouvelles institutions administratives (agences régionales de l'hospitalisation, Haute autorité de santé, etc.). Toutefois, l'autonomie du pouvoir de ces hauts fonctionnaires est limitée, au niveau de la décision et de la mise sur agenda, par celui des acteurs gouvernementaux et, au niveau de la mise en oeuvre, par celui de la profession médicale (résumé d'auteur).

ARTICLE

CASES (C.)

Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité. (O.F.Q.S.S.). Paris. FRA

Les réformes du système de santé en France depuis 2002 : étapes et enjeux.*Bilan des réformes des systèmes de santé.*

Paris : Ofqss ; Irdes

SANTÉ SOCIÉTÉ ET SOLIDARITÉ : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBÉCOIS

2009/08

N° : 2/2008

Pages : 43-51

Cote Irdes : R1765, P174

Les principaux traits des réformes du système de santé français, engagées depuis 2002 et jusqu'en 2007, sont ici présentés à travers les nouvelles orientations de la politique de santé en terme de droits des usagers, d'organisation, de fonctionnement et de financement des soins. Une relecture critique de ces réformes est ensuite proposée à l'aune des préconisations du rapport Santé 2020 relatives à la déconcentration des responsabilités en matière de santé publique, au développement de la prévention, à une meilleure organisation des services de soins du point de vue de leur accessibilité et de leur qualité, à un encouragement à la veille, la prospective et l'évaluation (résumé d'auteur).

ARTICLE

KERVASDOUE (J. de)

Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité. (O.F.Q.S.S.). Paris. FRA

Idéologie des réformes du système de santé depuis 1990 : un système fort.*Bilan des réformes des systèmes de santé.*

Paris : Ofqss ; Irdes

SANTÉ SOCIÉTÉ ET SOLIDARITÉ : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBÉCOIS

2009/08

N° : 2/2008 Pages : 17-30

Cote Irdes : P174

Si, en France comme dans tous les pays du monde, le progrès médical a contribué à la transformation du système de soins, il n'y a pas de déterminisme technologique. L'idéologie, la manière de concevoir la nature même du système de soins, joue un rôle essentiel. Elle permet d'en comprendre la très grande stabilité. Il existe au cœur du système des pans entiers que l'on ne réforme pas et qui en constituent donc le cœur. En France, les poutres maîtresses sont, d'une part, l'assurance maladie et, d'autre part, les principes de la médecine dite "libérale" et qui n'est pas "libérale" que dans le sens qu'elle donne elle-même du "libéralisme" ; remarquable performance ! Il y a donc un antagonisme stable entre la solidarité nationale et l'autonomie de la profession médicale. Il explique les qualités (grands choix, pléthore d'offres, pas de file d'attente...) et les limites (inégalités, déficit...) du système. D'où le fait que l'on parle plus du financement des soins que de leur organisation, que la corporation défend si bien ses intérêts qu'elle réussit, notamment, à ne jamais être contrôlée sur son activité même. Les dysfonctionnements croissants poussent l'Etat à intervenir, mais il s'accommode du corporatisme, jusqu'au jour où les fonds viennent à manquer (résumé d'auteur).

ARTICLE

BOURGUEIL (Y.)

Secteur ambulatoire : des enjeux majeurs d'organisation et de régulation pour l'avenir.*Au chevet de la santé : quels diagnostics ? quelles réformes ?*

Paris : Editions de la découverte

REGARDS CROISÉS SUR L'ECONOMIE

2009/04

N° : 5

Pages : 159-167

Cote Irdes : R1761, A3888

<http://www.cairn.info/revue-regards-croises-sur-l-economie-2009-1-p-159.htm>

ARTICLE

VEGA (A.)

La France malade de ses médecins ? Un pavé (sociologique) dans la mare (de la médecine).

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2009/05

Vol : 5 N° : 5

Pages : 235-237

Cote Irdes : P198

Après de nombreux travaux sur les urgences? le sociologue Jean Peneff signe un livre polémique et militant [LA France malade de ses médecins]. Portrait sévère de notre système de soins : 360 pages qui viennent briser les idées toutes faites sur l'échec des réformes de la Sécurité sociale en soulignant des disparités et immunités médicales, des déconnexions entre les besoins et l'offre de soins, et la faiblesse des études statistiques sur la santé en France. Il est possible que l'auteur, qui n'hésite pas à désacraliser une profession qu'il

estime toujours « dominante », ne se fasse pas que des amis parmi les médecins. Donc à consommer avec... modération et esprit critique, mais les yeux grands ouverts.

ARTICLE

OR (Z.)

France : la nouvelle gouvernance régionale de santé.

France : new regional health governance.

Focus on value for money, funding, governance, access and equity.

HEALTH POLICY DEVELOPMENTS

2009

N° : 12 Pages : 57-59

Cote Irdes : P184

The Minister of Health Mme. Bachelot presented to the government a reform package which would transform radically the organization and provision of hospital care in France, once adopted. The reform includes a provision for a new governance structure with greater deconcentration of financing and negotiation powers.

<http://www.hpm.org/survey/fr/a12/2>

FASCICULE

CAMBOIS (E.), MESLE (F.), PARIS (V.), BOURGUEIL (Y.) et al.

Au chevet de la santé : quels diagnostics ? quelles réformes ?

Paris : Editions de la découverte

REGARDS CROISES SUR L'ECONOMIE

2009/04

N° : 5

Pages : 240p., tab., graph.

Cote Irdes : A3888

Le système de soins français fait figure de modèle, mais sa pérennité est menacée. Pourquoi ? Et comment changer de direction ? Si l'on vit en moyenne plus longtemps en France que presque partout ailleurs, les inégalités ne cessent de se creuser. Déserts médicaux et dépassements d'honoraires compromettent l'égal accès de tous aux soins. On ne pourra pas briser cette spirale sans une remise à plat des principes de la médecine libérale ! Les Français ont la chance de bénéficier d'une couverture maladie de base universelle et généreuse. Mais sa cohésion s'effrite silencieusement sous l'effet de l'augmentation des dépenses de santé. Faut-il accepter une assurance à deux vitesses ? Combien sommes-nous prêts à payer pour la Sécurité sociale de demain ? Afin d'équilibrer les comptes, les pouvoirs publics ont multiplié les mesures de "responsabilisation financière des patients", dont l'efficacité est douteuse et l'iniquité avérée. Ce discours comptable a occulté la nécessité d'agir pour accroître l'efficacité de l'offre de soins. Comment réformer l'hôpital et mieux piloter les différents acteurs de la santé ? C'est à une révolution de la régulation de la santé qu'appelle ce numéro de Regards croisés sur l'économie, pour préserver un système de soins unique au monde.

<http://www.cairn.info/revue-regards-croises-sur-l-economie-2009-1.htm>

ARTICLE

GRIGNON (M.)

Pourquoi les systèmes de santé sont-ils organisés différemment ?

Le marché de la santé : efficacité, équité et gouvernance.

REVUE ECONOMIQUE

2009/03

Vol : 60 N° : 2

Pages : 507-520, 3 tabl.

Cote Irdes : P57

Un système national de santé organise et régule simultanément deux types d'interventions publiques : tout d'abord, comme toute politique sociale, il met en œuvre des transferts de

revenus, entre ménages, selon la richesse et l'état de santé, mais aussi entre ménages et producteurs de soins. Il agit aussi comme régulateur des relations entre des producteurs et des consommateurs d'un bien essentiellement privé mais difficilement observable, la santé. On peut donc concevoir que ces systèmes soient organisés très différemment d'un pays à l'autre, et chercher quels sont les facteurs, objectifs comme le degré d'inégalité des revenus, ou liés aux valeurs, comme l'aversion pour l'inégalité, qui expliquent ces différences entre systèmes nationaux de santé. Cet article est une première étape sur la voie d'une modélisation de la façon dont les systèmes nationaux font des choix : les modèles théoriques sont passés en revue, ainsi que les variables dépendantes à retenir pour décrire les systèmes de santé

<http://www.cairn.info/revue-economique-2009-3.htm>

ARTICLE

CLAVIER (C.)

Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques et territoriaux.

SCIENCES SOCIALES ET SANTE

2009/06

Vol : 27 N° : 2

Pages : 47-72

Cote Irdes : P86

Cet article analyse la manière dont les élus locaux légitiment les politiques de santé développées par les collectivités locales en s'appropriant et en reformulant des enjeux de santé publique dans les termes de la compétition politique locale. Il en ressort, d'une part, que les élus légitiment le traitement territorial de la santé en insistant sur les avantages supposés de la proximité. D'autre part, les élus ont recours à deux stratégies distinctes pour légitimer leur propre capacité à prendre des décisions en matière de santé, stratégies dont ils se servent pour se positionner dans l'espace politique local. Selon leur parcours professionnels et politiques, ils insistent plus sur la dimension technique de la santé ou sur leur capacité politique à faire des choix (résumé de l'éditeur). Cet article est suivi d'un commentaire de M. Autès.

ARTICLE

BARNAY (T.), BEJEAN (S.)

Le marché de la santé : efficience, équité et gouvernance. Un avant-propos.

Le marché de la santé : efficience, équité et gouvernance.

REVUE ECONOMIQUE

2009/03

Vol : 60 N° : 2

Pages : 233-237

Cote Irdes : P57

Le poids économique du secteur de la santé s'accroît considérablement. En quarante ans, la part du PIB consacrée aux dépenses de santé a presque triplé en France pour atteindre 9 % aujourd'hui, soit une dépense annuelle par habitant de près de 2 500 €. Ce secteur, fortement créateur d'emplois, représente actuellement 8 % de la population active. Si ce poids économique justifie à lui seul l'intérêt des économistes, ce sont sans doute surtout les spécificités de ce marché et les enjeux de politique publique qui ont motivé l'émergence puis l'essor de l'économie de la santé. Née de l'article fondateur de Arrow en 1963, l'économie de la santé est devenue aujourd'hui une discipline exigeante par la connaissance du système de santé qu'elle nécessite, par la diversité des thématiques étudiées et par la qualité des recherches qui y sont menées. À partir d'une sélection des communications présentées lors du vingtième anniversaire des Journées des économistes de la santé français à Lille en décembre 2007, ce numéro spécial, coordonné par le Collège des économistes de la santé, aborde trois questions centrales pour le marché de la santé : la mesure de son efficience, les inégalités et la recherche d'équité, et la gouvernance du système de soins.

<http://www.cairn.info/revue-economique>

FASCICULE, INTERNET

ARCEGA (G.)

L'organisation du système de soins : Comment responsabiliser ?

2009/05

Pages : 8p.

Cote Irdes : c, En ligne

Cet article propose une réflexion approfondie sur l'organisation du système de soins, essentiellement pour ce qui concerne la médecine de ville. Comment sortir des impasses et de la complexité de la situation dans laquelle on se trouve ? Faut-il décider qu'il y a des grands et des petits risques, quel partage envisager avec la complémentarité, faut-il des médecins référents ou des médecins traitants ? Comment responsabiliser, en faisant payer, en déremboursant les risques considérés comme mineurs, en instaurant des parcours de soins ? Pour toutes ces questions, une analyse et un diagnostic sont proposés, des solutions sont mises en débat, notamment celle d'un conventionnement à plusieurs options.

<http://www.annuaire-secu.com/pdf/3-organisation-du-systeme-de-soins.pdf>

ARTICLE

SAOUT (C.)

La crise de confiance dans le système de santé.

Les crises de la santé.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2009

N° : 22

Pages : 119-131

Cote Irdes : P168

Pour aussi certaine que soit la crise de confiance dans le système de santé français, celle-ci n'a pas modifié l'attitude de nos concitoyens envers lui. Les correctifs apportés par la loi du 4 mars 2002 ont permis de résoudre les problèmes d'accès à certains droits, mais la très grande difficulté des pouvoirs publics à financer un mouvement des usagers à la hauteur des espoirs suscités par les états généraux de la santé laisse le secteur en panne de militants formés à la transformation sociale par la participation aux décisions qui les concernent. Dans ces conditions, la protection des droits individuels dans la santé, l'équité d'accès aux soins et à la promotion de la santé, la qualité des soins et l'équilibre des comptes de l'assurance maladie stagnent ou reculent. Car il n'y a pas d'armée pour exiger avant toute chose une santé démocratique dont les enjeux ont été remis en toute transparence dans le débat public. Comme si la vision tutélaire de la médecine des mandarins avait pour pendant naturel l'administration bonapartiste de la question sanitaire. Quelques réformes à venir dessinent néanmoins les premiers pas hésitants d'une refonte du pacte social de santé. Il faut continuer dans cette voie.

ARTICLE

VAN ROEKEGHEM (F.)

L'assurance maladie : sortie de crise ?

Les crises de la santé.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2009

N° : 22 Pages : 81-89

Cote Irdes : P168

Notre système de protection sociale est confronté à de réelles difficultés, tenant notamment à l'importance des pathologies lourdes et à la crise financière. Dégradation sensible de la situation de l'assurance maladie au début des années 2000, évolution défavorable de la conjoncture économique, croissance rapide des dépenses de santé ont conduit, en 2003, le Haut Conseil pour l'assurance maladie à dresser un constat alarmiste. Depuis 2004, de nombreux points ont évolué positivement. Toutefois, la soutenabilité de notre système n'est

pas complètement acquise. Une politique de soins efficiente, mobilisant toujours plus les marges de manoeuvres qui existent, permet de rendre plus soutenable notre système de protection sociale à l'avenir. Il est de notre devoir de ne pas léguer à nos enfants un système surendetté.

ARTICLE
TABUTEAU (D.)

Crises et réformes.

Les crises de la santé.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2009

N° : 22

Pages : 19-40

Cote Irdes : P168

Crises récurrentes et réformes incessantes, le secteur de la santé est soumis depuis une trentaine d'années à un maelström permanent. Drames et alertes de sécurité sanitaire, conflits sociaux à l'hôpital et en médecine de ville, déficits de l'assurance maladie... Des événements viennent régulièrement déstabiliser le système de santé, mettre en lumière ses carences et souligner ses insuffisances. Ces bouleversements servent souvent de levier pour d'indispensables mutations du système de santé et provoquent parfois de véritables transformations dans son organisation et son fonctionnement. Pourtant les relations entre les crises et les réformes sont ambiguës. Placées sous le signe de l'urgence, elles témoignent d'une certaine immaturité politique en matière de santé et recèlent le risque d'une instrumentalisation de la crise (résumé de l'auteur).

39577

ARTICLE

VACARIE (I.), ALLOUACHE (A.), GINON (A.S.), FERKANE (Y.), LEROY (S.)

Crise de l'Etat-providence ou crise de la régulation économique ? Les leçons des réformes de l'assurance maladie.

DROIT SOCIAL

2008/11

N° : 11

Pages : 1103-1114

Cote Irdes : P109

La succession des réformes qui touchent le système de santé français est souvent présentée comme le signe d'une alternance dans les modalités de maîtrise des dépenses. L'objectif serait tantôt de maîtriser l'offre de soins, tantôt la demande. Sans être inexacte, cette présentation du sens des réformes n'en est pas moins insuffisante. En effet, elles ont toutes pour point commun de déroger aux principes fondateurs de l'assurance maladie en invoquant la nécessaire régulation économique des dépenses de santé. Un tel constat conduit à se demander ce qui fonde la croyance, très légèrement partagée, qu'il existerait des outils qui permettraient de maîtriser les dépenses de santé, d'éviter des gaspillages de ressources. A travers un historique des réformes, cet article analyse cette évolution philosophique.

38188

ARTICLE

BENAMOUZIG (D.)

Grandes manoeuvres autour de la santé.

ALTERNATIVES ECONOMIQUES

2008/06

N° : 270

Pages : 52-61, graph.

Cote Irdes : c, P104

La réforme du système de santé est sur les rails. Au menu : une régionalisation dont on attend qu'elle permette de coordonner la médecine de ville, l'hôpital et le secteur médicosocial, et une redéfinition des biens et des services pris en charge par l'assurance maladie. Cette dernière mesure aurait pour conséquence d'alourdir les dépenses laissées à la charge des mutuelles et des ménages.

38835

ARTICLE

PALIER (B.)

La logique actuelle nous fait abandonner l'esprit de la Sécurité sociale.

INC HEBDO : CONSOMMATEURS ACTUALITES

2008/08/18-24

N° : 1483

Pages : 2

Cote Irdes : Dossier de presse : Protection sociale

Spécialiste de la protection sociale, Bruno Palier, chercheur à Sciences po Paris, montre comment la baisse des remboursements et le poids accru des complémentaires santé contribuent à la mise en place d'un système de responsabilisation individuelle des malades.

35476

FASCICULE

DOURGNON (P.) , GUILLAUME (S.) , NAIDITCH (M.) , ORDONNEAU (C.)

Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA

Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme.

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)

2007/07 ; vol. : n° 124 : 1-4

Cote Irdes : Qes 124

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes124.pdf>

Le dispositif du médecin traitant constitue l'un des éléments centraux de la réforme de l'Assurance maladie du 13 août 2004. Bien que non obligatoire, il est encouragé par des incitations financières à partir de janvier 2006. Si son objectif premier est de mieux réguler l'accès aux spécialistes, les promoteurs de la réforme en donnent aussi des justifications plus larges : maîtrise des dépenses de ville, meilleure qualité de la prise en charge médicale, meilleure équité de traitement. L'enquête Santé et Protection Sociale menée en 2006 permet de dresser un premier bilan de l'impact de la réforme, au travers des opinions des assurés.

35815

ARTICLE

Les orientations des finances de l'assurance-maladie : le rapport d'Eric Woerth.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO : FICHE

2007/09/13 ; vol. : n° 587 : 6-8

Cote Irdes : P72

35938

ARTICLE

COLIN (Cyrille), ADENOT (Isabelle), LIVARTOWSKI (Alain), et al.

Le dossier médical personnel.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

2007/03 ; vol. : n° 58 : 17-56

Cote Irdes : C, P49

[BDSP. Notice produite par ENSP 0F8W4R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Ce dossier réunit en quelques pages tout ce que le système de santé français porte comme espoir : une meilleure vie pour tous, et comme contraintes : l'ensemble mal arrangé de systémiques stratifiées et de comportements individuels divergents, qui surprend plus d'un observateur extérieur. Gageons que la constance avec laquelle sont appliquées les réformes dans le système de santé nous conduise au progrès sanitaire et social.

35590

ARTICLE

BARNAY (Thomas), HARTMANN (Laurence), ULMANN (Philippe)

Réforme du "médecin traitant" et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France.

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2007/01-03 ; n° 1 : 109-126

P59

L'objectif d'efficience du système de soins et la nécessité de réagir face à une offre de soins médicaux localement déficitaire (objectif d'équité) conduisent le modèle initial de la médecine de ville à évoluer. Ainsi, à partir de la réforme du médecin traitant sont présentés les nouveaux enjeux auxquels est confrontée la médecine de ville en France. Un panorama des modes de régulation actuels de ce secteur sanitaire est proposé en présentant les alternatives aux principes du paiement à l'acte exclusif et à la liberté d'installation des médecins libéraux.

33973

ARTICLE

HARDRE (J.M.)

Les spécialistes, premiers touchés par le parcours de soins.

PHARMACEUTIQUES

2007/02 ; vol. : n° 144 : 24-27, tabl., graph.

P28

Le dispositif du médecin traitant est entré en application depuis le 1er juillet 2005. Cet article fait un premier bilan chiffré, en termes d'activité par spécialité et par pathologie, de l'impact de ce dispositif sur la pratique médicale des médecins spécialistes.

French health system reform : implementation and future challenges.

Réforme du système de santé français : état des lieux et défis à venir.

EUROHEALTH

2006 ; vol. 12 : n° 3

Cote Irdes : Bulletin étranger

<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/vol12no3.pdf>

Réalisé par l'Irdes, ce dossier dresse un état des lieux de la réforme de la santé en France. Il est composé : – d'articles de présentation ou de points de vue sur la réforme de 2004, en particulier : d'une présentation critique des dernières réformes et des enjeux par Chantal Cases ; d'un article sur les récentes mesures prises en matière de politique de régulation du médicament par Nathalie Grandfils et Catherine Sermet ; d'une discussion sur la réforme hospitalière « hôpital 2007 » qui ouvre, avec la tarification à l'activité, une nouvelle ère et une possible mise en compétition du secteur public et privé par Zeynep Or et Gérard de Pourville ; d'un point de vue sur les différentes orientations et points de convergence des deux nouvelles grandes lois votées en France en 2004 : la loi de Santé publique et la loi de Sécurité sociale de Isabelle Durand-Zaleski, d'un article sur la politique de gestion des professionnels de santé, dans un contexte de baisse des effectifs et de déséquilibres géographiques par Yann Bourgueil et Yvon Berland ; d'une présentation de la nouvelle gouvernance qui instaure un nouveau partage des responsabilités entre l'Etat et l'Assurance-maladie de Carine Franc et Dominique Polton. – d'une interview de Xavier Bertrand, ministre de la santé, qui exprime son optimisme pour les années à venir, compte tenu des premiers résultats positifs en matière de régulation des dépenses de santé et des économies encore possibles tout en préservant l'innovation et la qualité des soins.

ARTICLE

CROCHET (B.), SEGOIN (C.), DE MONTLEAU (A.)

La réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 : une loi axée sur le comportement des acteurs.

Economie et management en santé publique : politique de santé et maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

SANTE ET SYSTEMIQUE

2006 ; vol. 9 : n° 3-4 : 19-20

Cote Irdes : A3626

La réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 marque un tournant important dans la méthode utilisée pour les plans d'équilibre financier de l'assurance maladie successifs. Pour la première fois, les nouvelles recettes dégagées ne représentent que moins du tiers du déséquilibre financier total des années 2005 à 2007, et les réformes de fond, amélioration de la prise en charge du patient, renforcement de la qualité des soins tant par la formation médicale continue que par l'évaluation des pratiques professionnelles, responsabilisation des acteurs sur le plan financier, modification de la gouvernance etc., sont des éléments-clés. Le rôle des assurances complémentaires est clairement affirmé comme un partenaire du remboursement des soins. Le déséquilibre de l'ensemble des risques sociaux (vieillesse, famille, santé...) qui s'annonce, impose la participation des assurances complémentaires au financement des soins.

31757

ARTICLE

*DUARTE (Bernadette)***La loi organique du 2 août 2005 ou la revalorisation du rôle du Parlement en matière de lois de financement de la Sécurité sociale.**

DROIT SOCIAL

2006/05 ; vol. : n° 5 : 522-532

P109

Tout comme la loi organique de 1996 reprenait des dispositions de l'ordonnance organique du 2 janvier 1959 relatives aux lois de finances, le projet de loi organique en 2005 sur les LFSS (Lois de financement de la Sécurité Sociale) s'inspire nettement des nouveautés prévues par la loi organique du 1er août 2001 (LOLF - Loi Organique relative aux Lois de Finances) qui l'a récemment remplacée. Ainsi, il cherche lui aussi à introduire une dimension pluriannuelle dans les LFSS, à agrandir la capacité d'initiative des parlementaires ou encore à instaurer une démarche de performance en matière de finances sociales. La loi organique du 2 août 2005 ne manque pas d'intérêt dans la mesure où elle permet en particulier de revaloriser le rôle du Parlement en matière de LFSS. Il ne sera pas traité dans cet article des autres aspects de la réforme, et l'objet de cette étude se limitera à montrer que, tout en respectant le cadre constitutionnel actuel organique précité tend à renforcer les moyens dont disposent les parlementaires lors de l'examen des LFSS, mais aussi lors du contrôle de l'application de ces lois.

31732

FASCICULE

La réforme de l'assurance maladie.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

2005/12,2006/03 ; vol. : n° 53-54 : 28-87

<http://hcsp.ensp.fr/hcspi/explore.cgi/adsp?ae=adsp&clef=95&menu=1182>

P49

Dossier consacré à la réforme de l'assurance maladie : une réforme, pour quoi faire ? ; La réforme et ses outils institutionnels ; l'engagement et la responsabilité des acteurs ; la qualité des pratiques médicales ; Le rôle des caisses d'assurance maladie ; La réforme et l'hôpital ; La réforme et la politique du médicament.

31715

ARTICLE

*PALIER (Bruno)***Vers un Etat d'investissement social - Informations sociales.**

PROBLEMES ECONOMIQUES

2006/05/10 ; vol. : n° 2899 : 34-38, 2 tabl.

P100

Les réformes des systèmes de protection sociale en Europe se sont pour l'essentiel, depuis plusieurs années, cantonnées à des mesures de restrictions budgétaires. Or, reconstruire la protection sociale nécessite aujourd'hui la mise en œuvre de politiques qui permettent non seulement de résoudre les problèmes financiers auxquels fait face l'Etat-providence sans détériorer les conditions d'emploi, mais également de répondre aux nouveaux besoins sociaux. Dans ce contexte, quatre chercheurs - Gosta Esping-Andersen, Duncan Gallie, John Myles et Anton Hemerijck - ont récemment travaillé à la définition d'une nouvelle architecture pour la protection sociale européenne au XXI^e siècle. Selon eux, les principes fondateurs de l'Etat-providence doivent être repensés en profondeur. L'enjeu majeur est de renoncer à une perspective jusqu'alors statique, de la protection sociale pour en adopter une qui soit dynamique et qui pense les problèmes sociaux en termes de cycle de vie. Pour redevenir efficace, les systèmes de protection sociale doivent désormais passer d'une stratégie de politiques sociales réparatrices et compensatrices à une stratégie préventive et d'investissement social (Résumé d'auteur).

31683

ARTICLE

COM-RUELLE (L.), DOURGNON (P.), PARIS (V.)

Can physician gate-keeping and patient choice be reconciled in France? Analysis of recent reform.

EUROHEALTH

2006 ; vol. 12 : n° 1 : 17-19, 1 tabl.

C, R1626

<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/vol12no1.pdf>

31530

FASCICULE

MERRIEN (F.X.), PALIER (B.), FOURIER (L.), LEFEBVRE (A.), MEDA (D.), VAUGHAM-WHITEHEAD (D.), BEAUD (S.), CORNILLEAU (G.), DAMON (J.), BARTHELEMY (J.), CETTE (G.), LOMBARD (M.), SIMON (P.), LEFRESNE (F.), HEYER (E.), L'HORTY (Y.), ERHEL (C.), GAUTIE (J.)

TRONQUOY (P.) / dir.

Le modèle social français.

CAHIERS FRANCAIS

2006/01-02 ; vol. : n° 330 : 95p.

A3438

La persistance d'un chômage de masse depuis les années 70 et les difficultés de financement de la protection sociale interrogent le modèle français et expliquent un certain nombre d'évolutions ou de transformations intervenues dans les relations de travail et le système de protection sociale. Mutations qui alimentent le débat politique en même temps que les observations et jugements relatifs à certains modèles étrangers, tels ceux en vigueur au Royaume-Uni ou dans les pays scandinaves. L'enjeu est central pour la France puisqu'il concerne ses facultés d'adaptation à un contexte économique et social très différent de celui des Trente Glorieuses et sa capacité à parvenir à traiter le problème du chômage. Il pose évidemment la question de la pérennité de l'État-providence mis en place après 1945 et du statut reconnu alors aux salariés. Ce modèle peut-il être préservé, et si oui, à quelles conditions ? (résumé d'auteur).

31082

ARTICLE

TABUTEAU (D.)

Politique d'assurance maladie et politique de santé publique : cohérence et incohérences des lois des 9 et 13 août 2004.

DROIT SOCIAL

2006/02 ; vol. : n° 2 : 200-205

P109

Cet article analyse les deux lois prises en août 2004 : l'une relative à l'assurance maladie, l'autre à la santé publique. Il souligne l'ambiguïté du lien entre politique de santé et politique d'assurance maladie et révèle les rivalités qui peuvent exister entre la sphère santé et la sphère Sécurité sociale.

31045

DOSSIER DE PRESSE

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris.

FRA

Contrôles et lutte contre les abus et les fraudes à l'Assurance Maladie : Point sur les actions 2005 et programme 2006.

2006/02/23 ;13p.

B5302

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cp23022006.pdf

Garantir à chacun le libre accès à des soins de qualité tout en veillant à l'utilisation qui est faite du système de santé, c'est tout le sens de la réforme de l'Assurance Maladie dont l'objectif est de mieux soigner en dépensant mieux. C'est dans cet esprit l'Assurance Maladie a mis en œuvre en 2005 un programme d'information et de sensibilisation vers les professionnels de santé et les assurés pour faire évoluer les comportements et favoriser le respect des bonnes pratiques comme celui des règles d'usage du système d'assurance maladie. Parallèlement, l'Assurance Maladie a annoncé et mis en œuvre un plan de contrôle et de lutte contre les fraudes autour de trois thèmes prioritaires : les arrêts maladie ; les dépenses de soins indûment prises en charge à 100 % au titre des affections de longue durée ; les consommations ou prescriptions médicales frauduleuses ou dangereuses.

30711

ARTICLE

BRAS (P.L.)

Le médecin traitant : raisons et déraison d'une politique publique.

DROIT SOCIAL

2006/01 ; vol. : n° 1 : 59-72

P109

Cet article présente tout d'abord le nouveau dispositif de médecin traitant tel qu'il est défini dans la loi de réforme de l'assurance maladie d'août 2004. Il essaie ensuite d'évaluer ses effets potentiels ainsi que les enseignements que l'on peut tirer des expériences étrangères. Ces analyses conduisent à douter de la rationalité de cette réforme au regard de ses objectifs affichés, et cet article tente d'en décrypter la logique et d'en extraire des enseignements sur la construction des politiques publiques relatives aux soins de ville.

30240

FASCICULE

Guide de vos remboursements maladie : tout ce qui change au 1er janvier 2006.

PARTICULIER (LE)

2005/12 ; vol. : n° 995b : 119p., tabl., graph.

A3368

Ce petit guide fait le point, pour l'assuré social, sur tous les changements introduits par la mise en place de la réforme de l'assurance maladie au 1er janvier 2006 : parcours de soins, remboursement des soins par types de soins, complémentaires santé, droits d'accès à la protection maladie ... Il comprend un carnet d'adresses et un index détaillé.

30241

FASCICULE

Complémentaires santé, ce qui va changer pour vous en 2006.

PARTICULIER (LE)

2005/12 ; vol. : n° 995 : 62-69

A3369

Cet article fait le point, pour l'assuré social, sur tous les changements introduits par la mise en place de la réforme de l'assurance maladie au 1er janvier 2006 au niveau de la couverture complémentaire.

29564

FASCICULE

NEZOSI (G.)

La gouvernance de la Sécurité sociale.

PROBLEMES POLITIQUES ET SOCIAUX

2005/06

N° : 913

Comment est gouvernée la Sécurité sociale ? Question incongrue si l'on considère les analyses actuelles, axées plutôt sur les notions de coût et de performance des prestations de protection sociale. Pourtant, cette dimension gagne à être étudiée, tant elle recèle des enjeux financiers, sociaux et politiques majeurs. L'objectif de ce dossier est justement de remettre en perspective la régulation du système français de Sécurité sociale et de montrer comment ce dernier est progressivement passé d'un mode de gouvernement historiquement daté, marqué du sceau de la " démocratie sociale " à un mode de gouvernement plus ambigu - mi-étatique, mi-paritaire - aujourd'hui en pleine mutation. Les partenaires sociaux (représentants des salariés et des employeurs), qui étaient auparavant placés au centre du système, se sont vus en effet marginalisés au profit d'autres acteurs. Ainsi, avec la fiscalisation des ressources de la Sécurité sociale, le contrôle du Parlement sur les finances sociales est apparu naturel et nécessaire. Par ailleurs, du fait de la généralisation de la couverture sociale à toute la population, et dans le souci de mieux cibler les publics les plus démunis, les usagers sont davantage pris en compte. Enfin, avec la professionnalisation des métiers de la protection sociale, une " élite du Welfare " a émergé, elle-même animée par des représentations parfois divergentes de la Sécurité sociale. Face à des acteurs aussi divers et à la difficulté de piloter une architecture aussi complexe, l'État adopte de nouvelles modalités d'intervention, qui laissent plus de place à l'évaluation, au partenariat et à la contractualisation - consacrant de fait l'entrée de la Sécurité sociale dans l'ère de la gouvernance.

A3304

29027

FASCICULE

La réforme en pratique : 40 questions/réponses pour vous y retrouver.

IMPACT MEDECINE

2005/06 ; vol. : n° : 22p.

P134

Ce petit vade-mecum répond aux principales questions que peuvent se poser les patients sur la nouvelle organisation des soins instaurée par la réforme de l'assurance maladie d'août 2004 en France.

28241

ARTICLE

*MAJNONI D'INTIGNANO (B.)***L'organisation du système de santé.***La santé.*

CAHIERS FRANCAIS

2005/01-02 ; vol. : n° 324 : 39-45, graph.

A3212

Contrairement à ceux des autres pays européens, le système de santé français ne participe pas d'une conception unique, mais tient à la fois de l'universalisme cher à Beveridge et du modèle bismarckien où les droits sociaux sont liés à l'exercice d'une profession. Cette dualité, avec le partage des responsabilités qu'elle implique, n'est pas étrangère aux problèmes récurrents de financement rencontrés par la France. Cet article explique comment la gestion de l'assurance maladie mise en place après la Libération n'a pu empêcher une envolée des dépenses que n'accompagne au demeurant pas une excellence de résultats. Si les taux de croissance modestes de l'économie rendent impérative la maîtrise des coûts de santé, il paraît peu probable que les dernières orientations décidées en 2004 soient de nature à en terminer avec les déficits.

28242

ARTICLE

*LENOIR (D.)***La réforme de l'assurance maladie.**

La santé.

CAHIERS FRANCAIS

2005/01-02 ; vol. : n° 324 : 46-53, graph.

A3212

Le déficit structurel de l'assurance maladie et la caractèrè désormais inopérànt des mesures traditionnelles destinées à le résorber ont conduit les pouvoirs publics à mettre en œuvre une nouvelle réforme. Daniel Lenoir expose ici les caractéristiques de la loi du 13 août 2004, qui modifie notamment les conditions d'accès aux soins ainsi que le système institutionnel en matière de santé. Il analyse aussi les limites de la réforme en cours et les obstacles importants susceptibles de l'entraver.

27955

ARTICLE

PONCHON (F.)

La loi relative à l'assurance maladie : impact sur les établissements de santé.

GESTIONS HOSPITALIERES

2004/12 ; vol. : n° 441 : 757-760

P 67

27716

ARTICLE

FIESCHI (M.)

Vers le dossier médical personnel : les données du patient partagées : un atout à ne pas gâcher pour faire évoluer le système de santé.

DROIT SOCIAL

2005/01 ; vol. : n° 1 : 80-90

P109

Par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, le législateur mise, afin de réduire les dépenses, sur la " maîtrise médicalisée des dépenses de santé " par le jeu d'une série de mesures censées modifier les comportements des patients et des praticiens. La loi institue dans son article 3 un dossier médical personnel. Chaque bénéficiaire devra en disposer, afin de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins. Cet article montre que la mise en œuvre d'un tel système d'information centré sur le patient est utile, mais complexe. Une stratégie cohérente et éclairée est nécessaire pour préserver les conditions du succès. Il énonce une série de recommandations nécessaires à la mise en œuvre : clarifier la définition de l'organisation des soins, compléter l'approche conceptuelle du dossier, changer rapidement l'organisation des hôpitaux français et des établissements de santé, intégrer le dossier dans un système d'information unifié à construire, déployer progressivement le dossier, piloter et coordonner le système d'information de santé au niveau national, impliquer tous les acteurs, etc.

27719

ARTICLE

VINCENT (W.)

Le dossier médical personnel.

MEDECIN RADIOLOGUE DE FRANCE (LE)

2004/12 ; vol. : n° 265 : 7-9

P145/2

La loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 a instauré le dossier médical personnel, dont la mise en œuvre est prévue en 2007. Il a pour but de favoriser la qualité et la continuité des soins. Alain Coulomb, directeur de l'Anaes a été chargé d'élaborer un projet commun aux différents acteurs. Un séminaire a été organisé le 15 octobre dernier sur ce sujet. Cet article présente le rapport de l'ANAES faisant le point sur le DMP, qui tient compte des réflexions menées pendant le séminaire.

27590

ARTICLE

POINDRON (P. Y.)

Les piliers de la réforme : médecin traitant, prescriptions 2005.

CONCOURS MEDICAL

2005/01/12 ; vol. 127 : n° 1 : 47-54

P19

27457

FASCICULE

BAC (C.), DOCTEUR (E.), OXLEY (H.), PALIER (B.), CORNILLEAU (G.), VENTELOU (B.), MISTRAL (J.), SALZMANN (B.)

L'économie des systèmes de santé : dossier.

PROBLEMES ECONOMIQUES

2004/11/10

N° : 2862

Ce dossier sur l'économie de la santé synthétise 5 documents parus en 2004 sur le sujet : l'annexe du tome 1 du rapport du Sénat sur l'assurance maladie, l'article "Health care Systems : lessons from the reform experience", issu de l'Observateur de l'OCDE de juillet 2003, l'article "Quelle régulation pour la santé : un regard comparatif" issu de la revue de la CFDT de mai-juin 2004, l'article " La réforme de l'assurance maladie" issu de la Lettre de l'OFCE de juillet 2004, le rapport du Cercle des économistes de la santé : "Economie de la santé : une réforme ou une révolution".

P100

27582

ARTICLE

COURREGES (C.)

Les difficultés de l'assurance maladie.

Réforme de l'assurance maladie.

REGARDS SUR L'ACTUALITE

2004/10 ; vol. : n° 304 : 5-16

A3155

La dégradation de la situation financière de l'assurance maladie est très préoccupante, avec un déficit qui devrait atteindre 12,9 milliards d'euros en 2004 et qui, sans réforme d'ampleur, pourrait dépasser les 60 milliards d'euros en 2020. Face à de telles évolutions, c'est l'avenir même du système français d'assurance maladie et des principes qui le sous-tendent (égalité devant les soins et haut niveau de prise en charge) qui est aujourd'hui en question. C'est dans ce contexte qu'un large travail de réflexion a été engagé, avec la remise de plusieurs rapports visant à poser un diagnostic le plus partagé possible sur la situation actuelle de l'assurance maladie : rapport du Haut Conseil pour la réforme de l'assurance maladie le 23 janvier 2004, rapport de la Mission d'information de l'Assurance maladie le 26 mai suivant... Ces différents travaux ont permis de mettre en évidence le relatif consensus qui existe aujourd'hui sur les principaux éléments de diagnostic et, notamment, sur la gravité de la situation, consensus qui contraste avec les fortes divergences qui demeurent sur les thérapeutiques à envisager.

27584

ARTICLE

TREPEAU (M.)

La loi du 13 août 2004 réformant l'assurance maladie.

Réforme de l'assurance maladie.

REGARDS SUR L'ACTUALITE

2004/10 ; vol. : n° 304 : 17-30, tab.

A3155

Cet article fait une analyse de la loi du 13 août 2004 réformant l'assurance maladie en France. Cette réforme, qui se compose de trois parties relatives à l'organisation de l'offre de soins, à la gouvernance de l'assurance maladie et à son financement, fait le pari de la maîtrise médicalisée plus que celui de la maîtrise comptable. En cela, elle s'inscrit en rupture avec la réforme de 1996.

27585

ARTICLE

PELLET (P.)

Le "bouclage" financier de la réforme.*Réforme de l'assurance maladie.*

REGARDS SUR L'ACTUALITE

2004/10 ; vol. : n° 304 : 31-43, tab.

A3155

Le déficit de la branche " assurance maladie " du seul régime général de la Sécurité sociale pour l'année 2004 devrait s'élever à près de 13 milliards d'euros, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004 ayant autorisé ce même régime à recourir à des avances de " trésorerie " de 33 milliards d'euros, correspondant en fait au cumul des déficits de ces dernières années. La loi du 13 août 2004 comprend donc des mesures tendant, d'une part, à purger ces déficits et, d'autre part, à garantir l'équilibre financier de l'assurance maladie à long terme en jouant aussi bien sur les dépenses que sur les recettes.

27586

ARTICLE

MOATTI (A.)

Le dossier médical personnel.*Réforme de l'assurance maladie.*

REGARDS SUR L'ACTUALITE

2004/10 ; vol. : n° 304 : 45-51, tab.

A3155

Le dossier médical personnel (DMP) est un élément important de la loi portant réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 : après le préambule de la loi qui rappelle le caractère universel de l'assurance maladie, il en constitue les articles 1 à 5. Les travaux menés à l'Assemblée nationale et au Sénat ont constitué un débat de société ouvert et ont montré une adhésion générale au principe du dossier médical, même si différentes approches peuvent exister sur sa portée et sa mise en œuvre. Le présent article examine d'abord les aspects juridiques du DMP, puis les aspects opérationnels de sa mise en œuvre. Il vise à donner un éclairage sur ces points, sans prétendre à l'exhaustivité sur le sujet.

27587

ARTICLE

PELET (R.)

Dossier médical personnel et droits du patient.*Réforme de l'assurance maladie.*

REGARDS SUR L'ACTUALITE

2004/10 ; n° 304 : 53-72.

A3155

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 prévoit que chaque bénéficiaire de l'assurance maladie, âgé de plus de 16 ans, disposera d'un dossier médical personnel, unique et informatisé. Ce dossier comportera les éléments diagnostiques et thérapeutiques reportés par les professionnels de santé en ville et à l'hôpital, ainsi que les éléments du compte rendu de sortie en cas de séjour dans un établissement de santé. Les données seront centralisées et les dossiers seront hébergés auprès d'un tiers, un hébergeur de données de santé à caractère personnel. Mais alors que les textes antérieurs garantissaient aux patients la

liberté de déterminer les informations qu'ils souhaitaient ne pas faire figurer dans les diverses formes de dossier médical personnel que le législateur avait rendu obligatoire, la loi du 13 août 2004 subordonne désormais le niveau de remboursement des actes et prestations de soins par l'assurance maladie à l'accès du médecin au dossier médical informatisé du patient. Or, alors que cette disposition pénalise financièrement les patients qui feraient valoir une raison légitime pour refuser de consentir au traitement informatique de leurs données personnelles de santé, à l'inverse, l'exercice de ce droit d'opposition fera perdre au dispositif une grande partie de son intérêt technique puisque les médecins n'auront jamais la certitude que le dossier médical personnel d'un malade n'est pas, en fait, lacunaire.

28813

*CANIARD (E.), COUDREAU (D.), SARLAT (G.), GEOFFARD (Y.), HASSENTEUFEL (P.), VAN ROEPENBUSCH (S.), TABUTEAU (D.)**Assurance maladie et réformes : dossier.*

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2004/10 ; vol. : n° 4 : 25-125, tabl., graph., fig.

P168

Ce dossier sur la réforme de l'assurance maladie en France rassemble les articles suivants : le Yalta de 1945 bousculé, les partenaires sociaux, l'Etat et la régulation de l'assurance maladie entre 1967 et 2003, les dépenses et recettes de l'assurance maladie, mythes et réalités, la réforme de l'assurance maladie confrontée à la théorie économique de la santé, l'assurance maladie et la libre circulation des personnes au regard de la jurisprudence de la Cour de jurisprudence de la Communauté européenne (CJCE), les autres défis de l'assurance maladie.

27539

ARTICLE

*TURQUET (P.)***Vers un renforcement de l'assurance privée dans la couverture maladie en France ?**

REVUE INTERNATIONALE DE SECURITE SOCIALE (AISS)

2004/10-12 ; vol. 57 : n° 4 : 77-103

P55

La Sécurité sociale française ne finance la dépense courante de soins et biens médicaux qu'à hauteur de 75,7 %, imposant par conséquent un taux de participation financière important aux particuliers. Ceux-ci ont la possibilité de contracter une assurance de type complémentaire auprès d'un organisme privé mais la couverture ainsi obtenue génère de nombreuses inégalités, tant en termes d'accès que de contenu. La réforme de l'assurance maladie prévue pour 2004 pourrait cependant contribuer à accroître la place dévolue à l'assurance privée en matière de prise en charge des soins de santé et ce, au prix d'un affaiblissement de la solidarité nationale.

27137

FASCICULE

Groupes Liaisons. Paris. FRA

La nouvelle assurance maladie : 1995-2004.

PROTECTION SOCIALE INFORMATIONS

2004/09/22

N° : 461

27155

ARTICLE

POLTON (D.)

Le meilleur système au monde doit être réformé d'urgence !

BANQUE & FINANCE

2004/09-10

N° : 3

R1559

26686

ARTICLE

TABUTEAU (D.)

Assurance maladie : les "standards" de la réforme.

DROIT SOCIAL

2004/09-10

N° : 9-10

Après un historique sur les plans de redressement de l'assurance maladie en France, cet article analyse les cinq standards principaux des réformes de l'assurance maladie : la contribution accrue des financeurs, la contraction de la demande, la réduction des coûts par la maîtrise des offres de soins, les mesures portant sur la direction ou la gouvernance du système, les dispositifs d'orientation des dépenses. Il termine sur une analyse de la réforme Douste-Blazy de 2004.

P109

27210

ARTICLE

VINCENT (W.)

La réforme de l'assurance maladie adoptée.

MEDECIN RADIOLOGUE DE FRANCE (LE)

2004/09

N° 262

Cet article présente la réforme de l'assurance maladie en France adoptée par le Parlement en juillet 2004.

Cote Irdes : P145/2

26481

ARTICLE

CORNILLEAU (G.), VENTELOU (B.)

La réforme de l'assurance maladie.

LETTRE DE L'OFCE

2004/07/12

N° : 251

Après une analyse du déficit de l'assurance maladie, cet article présente la réforme de la santé 2004 sous trois aspects : création de la Haute Autorité de Santé responsable de l'évaluation médicale et de la définition des bonnes pratiques, modification de l'accès aux soins par le passage par le médecin traitant et la suppression de la gratuité complète des soins par la contribution d'un euro par consultation, financement par une hausse de la CSG, un transfert du budget de l'Etat (taxe sur le tabac), une augmentation de la contribution des entreprises et un rééchelonnement du remboursement de la dette sociale.

P105

26718

ARTICLE

Le projet de réforme de l'assurance maladie.

MEDECIN RADIOLOGUE DE FRANCE (LE)

2004/07

N° : 261

Cet article analyse les objectifs et les principales dispositions du projet de réforme de l'assurance maladie en France pour 2004.

P145/2

26693

ARTICLE

POLTON (D.)

Centre National d'Etudes Supérieures de Sécurité Sociale. (C.N.E.S.S.S.). Saint-Etienne. FRA

Décentralisation des systèmes de santé : réflexions à partir de quelques expériences étrangères.

Une approche comparative des systèmes de santé européens.

REGARDS

2004/07

N° : 26 :

R1544, A3071

25780

ARTICLE

BEAU (P.)

Assurance maladie, un simple plan ou une vraie réforme.

DROIT SOCIAL

2004/04

N° : 4

Cet article fait le point sur la réforme de l'assurance maladie en France. Il analyse tout d'abord les atouts et les faiblesses du rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie : rapport qui se veut avant tout consensuel, et met en avant les dérives à éviter : une assurance maladie sans hôpital, extrême centralisation, crise essentiellement financière.

P109

26692

ARTICLE

POLTON (D.)

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.

DNK

Recent reforms affecting private health insurance in France.

Copenhague : OMS, Bureau régional de l'Europe

EURO OBSERVER - NEWSLETTER OF THE EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS

2004

N° : 1 Numéro spécial :

Pages : 4-5

http://www.euro.who.int/document/Obs/EuroObserver6_1.pdf

R1543

26487

FASCICULE

FRAGONARD (B.), RAVOUX (V.), ALLEMAND (H.), ROPERT (G.), FANTINO (B.), CIEUTAT (B.), Institut Montaigne. Paris. FRA

Réforme de l'assurance maladie : quelle réforme pour l'assurance maladie ?

ELAN SOCIAL

2004

N° : 57-58

Ce fascicule spécial consacré à la réforme de l'assurance maladie rassemble les points de vue de divers acteurs du système de santé français : Bernard Fragonard, président du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, l'Association des Directeurs de Caisses d'Assurance Maladie, Hubert Allemand, médecin conseil national, Institut Montaigne, etc.

B4523

25058

ARTICLE

LEWALLE (Henri)

Assurance-maladie : la réforme est incontournable ?

MEDECIN RADIOLOGUE DE FRANCE (LE)

2003/12

N° : 254 :

Cet article analyse les propositions du rapport Chadelat sur l'assurance complémentaire (France, 2003).

P145/2

25255

ARTICLE

TUBIANA (M.), DAB (W.), GOT (C.), PARIS (V.), POLTON (D.) et al.

La santé : état des lieux (dossier).

Paris : Association des Anciens Elèves de Sciences Po

LETTRE DE LA RUE SAINT-GUILLAUME (LA)

2003/11

N° : 133

Au moment où beaucoup glosent sur le " trou abyssal " de la Sécurité sociale et où le Premier ministre met en place un Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, cette livraison de la Lettre de la rue Saint-Guillaume vient à point nommé, en réunissant les contributions de praticiens, gestionnaires, économistes, chercheurs..., qui éclairent sous différents angles l'un des dossiers les plus sensibles de ce début du siècle : celui de la santé et de son financement.

B4316

24544

ARTICLE

BRAS (P.L.)

Notre système de soins est-il gouverné ?

DROIT SOCIAL

2003/11

N° : 11

Le gouvernement a annoncé son intention de " poser sans tarder les fondations d'une nouvelle gouvernance du système de santé et d'assurance maladie ". Le débat est donc ouvert ou plutôt relancé, tant la nécessité de clarifier les rôles et les responsabilités est affirmée, en permanence, depuis des années, par les responsables politiques. Cet article aborde ce débat à partir du verbe " gouverner " plutôt que du substantif gouvernance. Tout d'abord, par réaction de prudence devant les effets de mode. Ensuite, parce que l'auteur se concentre sur les relations qu'entretiennent les institutions dotées d'une autorité sur le secteur sans prétendre analyser l'ensemble des rapports de pouvoir et d'influence qui se nouent entre les différents acteurs et partenaires. Enfin, parce qu'il y a bien un dispositif de gouvernance mais l'on y manque singulièrement de capacités à gouverner. Cet article dresse donc un constat de la situation, souligne les incohérences, analyse plus particulièrement les pouvoirs des caisses d'assurance maladie et des partenaires sociaux avant d'essayer de tracer les perspectives d'évolution ouvertes par le projet de créer des agences régionales de santé.

P109

24658

ARTICLE

POLTON (D.)

Dix ans de réformes d'inspiration concurrentielle : quels éléments de bilan ?

MEDECINE & HYGIENE

2003/10

Vol : 61

R1503

24542

ARTICLE

VIENS (G.), MORANGE (P.), PREEL (J.L.) et al.

Réforme du système de santé.

MEDECIN RADIOLOGUE DE FRANCE (LE)

2003/10

N° : 252

Après avoir publié les contributions pour la réforme de l'assurance maladie des Syndicats des Professions de Santé et des Syndicats des Salariés, la Revue du Médecin Radiologue publie les avis de la classe politique qui sera en charge de légiférer en la matière sur les propositions gouvernementales.

P145/2

24429

FASCICULE

POLTON (D.)

Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé.

(C.R.E.D.E.S.). Paris. FRA

Décentralisation des systèmes de santé. Quelques réflexions à partir d'expériences étrangères.

Paris : CREDES

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE

2003/10

N° : 72

Une revue d'expériences étrangères, illustrant différentes formes de décentralisation du système de santé, est proposée dans ce document. Elle permet de dégager quelques réflexions et interrogations pouvant nourrir la réflexion dans le contexte français : que montrent les évolutions récentes ? Comment se modifient les répartitions de compétences entre les niveaux de gestion du système ? Quel impact en termes d'efficience et de maîtrise des coûts ? Quel est le prix à payer en termes d'équité ?

<http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/gesnum72.pdf>

QES 72

24526

FASCICULE

GOGNARD (S.), PABOIS (A.M.), DEVRIES (M.) et al.

Ils vont tuer la Sécu !

PRATIQUES : LES CAHIERS DE LA MEDECINE UTOPIQUE

2003/09

N° : 23

La tragédie de l'été n'est pas qu'une histoire d'urgences et de manque de réactivité face à un événement inhabituel. C'est toute l'organisation du système de soins qui a été remise en cause. En effet, des choix faits depuis longtemps, aggravés par l'actuelle politique ultralibérale, privilégient la rentabilité et la technologie. On a enlevé des subventions aux réseaux de proximité, on a étranglé les services de soins infirmiers à domicile, on a fermé les lits d'hospitalisation dans le public... Ce dossier tente donc une analyse critique du système de prévention en France : ce sont les soignants rémunérés uniquement à l'acte en médecine ambulatoire qui ne sont ni formés, ni payés par l'Assurance maladie pour faire de la prévention.

23891

ARTICLE

VINCENT (W.)

La réforme du système de santé.

MEDECIN RADIOLOGUE DE FRANCE (LE)

2003/07

N° : 250

Cet article fait tout d'abord une synthèse des rapports Coulomb et Ruellan sur les perspectives de réforme de l'assurance maladie. Il présente ensuite les propositions de la Mutualité française et des syndicats sur cette même thématique : CFDT, CGT, FO, UNSA, CFE-CGC, CFDT. Il termine sur les propositions de Bernard Brunhes, Président d'un cabinet conseil.

P145/2

25050

ARTICLE

LE PEN (C.)

La nouvelle politique du médicament ?

REGARDS SUR L'ACTUALITE

2003/02

N° : 288

Depuis toujours, la politique du médicament en France essaie de trouver un difficile équilibre entre, d'une part, les contraintes budgétaires, d'autre part, les exigences du développement industriel et de la promotion de l'innovation. Le problème de la fixation des prix cristallise cette opposition qui se réflète cependant dans d'autres aspects de la politique du médicament. Cet article tente une analyse de cette problématique.

A2853

25049

ARTICLE

PASCAL (Christophe), PIOVESAN (D.)

Quelle régionalisation pour le système de santé ?

REGARDS SUR L'ACTUALITE

2003/02

N° : 288

Cet article fait un bilan de la politique de décentralisation menée en France dans le secteur sanitaire depuis 1982. Il analyse les lois de 1982, 1996 et le plan hôpital 2007 de 2003.

A2853

23198

ARTICLE

BUSSIÈRE (C.), PASCAL (Ch), PIOVESAN (D.), ULMANN (P.), LE PEN (C)

Réformes pour la santé.

Paris : La documentation française

REGARDS SUR L'ACTUALITE

2003/02

N° : 288

Ce dossier spécial sur la réforme de la santé en France rassemble les articles suivants : la maîtrise des dépenses de santé (C. Bussière), la régionalisation pour le système de santé (C. Pascal, D. Piovesan), la pénurie de médecins (P. Ulmann), la nouvelle politique du médicament (C. Le Pen).

A2853

24559

ARTICLE
LE PEN (C.)**Guérir l'assurance maladie.**

SOCIETAL

2003

N° : 42

Cet article tente à montrer que la réforme de l'assurance maladie semble possible en France en se basant sur trois points-clés : la clarification des rapports entre l'Etat et les caisses d'assurance maladie, la redéfinition des rôles entre assurance maladie de base et couverture complémentaire, une meilleure coordination de l'ensemble du système de santé. Mais les dépenses de santé vont continuer d'augmenter sous le triple effet de la démographie, de la technologie et de l'évolution de la demande sociale.

P114

23888

ARTICLE

LAGRAVE (M.)

Etat et assurance maladie.

BULLETIN DE L'ACADEMIE DE MEDECINE

2003

Vol : 187 N° : 3 :

Les relations entre l'Etat et l'assurance maladie traversent une crise institutionnelle et financière qui vient de conduire le Gouvernement à se prononcer en faveur d'une nouvelle gouvernance du système de santé et d'assurance maladie. La crise institutionnelle tient à la confusion des rôles respectifs de l'Etat et des partenaires sociaux. La démocratie sociale voulue par le plan français de 1945 et l'autonomie de gestion de la branche de l'assurance maladie instituée par les ordonnances de 1967 ont échoué. Le paritarisme de gestion (syndicats et MEDEF) a volé en éclat. La crise financière est mise en lumière par l'évolution de l'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie) qui figure dans la loi annuelle de financement de la Sécurité sociale. Cet article analyse les raisons de cette crise, et démontre que la problématique d'une réforme passe par le lien à établir entre la démocratie sociale à restaurer (les partenaires sociaux et conventionnels) et la démocratie politique (le Parlement et le Gouvernement) pour aboutir à une démocratie " contractuelle ". Le Gouvernement a annoncé un " ONDAM sincère et médicalisé ", ce qui suppose des outils établis en concertation. Le niveau régional pourrait devenir un échelon de régulation, avec un large conseil régional de santé. Enfin une magistrature des comptes serait indispensable pour aller au-delà de l'aspect juridique et prendre en considération les retombées économiques de l'assurance maladie. Le rôle et les attributions de la commission des comptes de la Sécurité sociale devraient être renforcés en ce sens.

P76

Réglementation**➤ Textes généraux**

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004
Journal officiel, n° 190, 17 août 2004

Version d'origine

Version consolidée en vigueur

Décision du Conseil constitutionnel n° 2004-504 du 12 août 2004

Dossier de l'Assemblée nationale

Projet de loi

Exposé des motifs

Réforme de l'assurance maladie : projet de loi
Espace social européen, n° 685, 4 au 10 juin 2004-12-06

Réforme de l'assurance maladie : projet de loi
Liaisons sociales, n° 30/2004, 29 juin 2004-12-06

Réforme de l'assurance maladie
Feuilleton rapide Francis Lefebvre, n° 23-04, 6 août 2004

Réforme de l'assurance maladie : maîtrise médicalisée des dépenses et mesures de
financement
Liaisons sociales, n° 8513, lundi 30 – Mardi 31 août 2004

Réforme de l'assurance maladie : la nouvelle gouvernance
Liaisons sociales, n° 8514, vendredi 3 septembre 2004

La nouvelle gouvernance de l'assurance maladie
Liaisons sociales, n° 14235, jeudi 14 octobre 2004

La convention médicale du 12 janvier 2005 : médecins généralistes et spécialistes
Arrêté du 3 février 2005, Journal officiel du 11 février 2005
<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANS0520354A>
Liaisons sociales, n° 8369, mardi 1^{er} mars 2005

La réforme de l'assurance maladie : loi n° 2004-810 du 13 août 2004.
Petites affiches : le quotidien juridique, vol. 194, n° 44, mars 2005, 47 p.
Cote Irdes : B4803

➤ *Décrets d'application:*

- [Voir le calendrier des textes législatifs et décrets sur le site du Ministère de la Santé:](#)

La nouvelle gouvernance

- [Création de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire \(UNOCAM\)](#) *J.O. n° 124 du 29 mai 2005*
- [Modèles de statuts des caisses d'assurance maladie au niveau régional et local](#) *J.O. n° 304 du 31 décembre 2004*
- [Mise en place de l'Observatoire des risques médicaux](#) *J.O. n° 303 du 30 décembre 2004*

- Composition de l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS) *J.O. n° 303 du 30 décembre 2004*
 - Dispositions relatives aux missions régionales de santé *J.O. n° 282 du 4 décembre 2004*
 - Procédures d'opposition et d'arbitrage dans les discussions conventionnelles entre l'UNCAM et les professionnels de santé *J.O. n° 280 du 2 décembre 2004*
 - Dispositions relatives aux conseils des caisses d'assurance maladie *J.O. n° 276 du 27 novembre 2004*
 - Composition et fonctionnement du Comité économique des produits de santé *J.O. n° 269 du 19 novembre 2004*
 - Création d'une Haute Autorité de santé *J.O. n° 251 du 27 octobre 2004*
 - Composition des conseils et fonctionnement des différentes caisses CNAMTS, UNCAM, URCAM, CPAM *J.O. n° 239 du 13 octobre 2004*
 - Création d'un comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie et modalités d'intervention *J.O. n° 239 du 13 octobre 2004*
 - Création du comité de la démographie médicale *J.O. n° 239 du 13 octobre 2004*
 - Création du conseil de l'hospitalisation *J.O. n° 239 du 13 octobre 2004*
 - Abrogation du COTSAM (Conseil pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie) du fait de la création de l'Institut des données de santé *J.O. n° 232 du 5 octobre 2004*
-

Le financement

- Transfert à la Haute autorité de santé des contributions versées à l'ANAES et à l'AFSSAPS (contribution sur le chiffre d'affaire de l'industrie pharmaceutique) *J.O. n° 278 du 30 novembre 2004*
 - Augmentation des taux des cotisations d'assurance maladie assises sur les pensions de retraite et sur les allocations de préretraite des assurés non assujettis à la CSG du fait de leur domiciliation fiscale hors de France *J.O. n° 270 du 20 novembre 2004*
 - Création d'une contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) *J.O. n° 245 du 20 octobre 2004*
-

La maîtrise médicalisée

- Approbation de l'avenant n° 12 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes *J.O. n° 76 du 30 mars 2006*
- Modalités d'accès des médecins aux données relatives aux *J.O. n° 36 du*

- prestations servies aux bénéficiaires de l'assurance maladie (Web médecin) 11 février 2006
- Parcours de soins coordonnés : modalités d'accès spécifiques aux psychiatres et aux neuropsychiatres - majoration de coordination J.O. n° 32 du 7 février 2006
 - Majoration du ticket modérateur hors parcours de soins et cas d'exonérations J.O. n° 257 du 4 novembre 2005
 - Contrat responsable J.O. n° 228 du 30 septembre 2005
 - Autorisation du directeur d'un organisme local d'assurance maladie à prononcer une pénalité financière en cas d'inobservation des règles du code de la sécurité sociale J.O. n° 197 du 25 août 2005
 - Missions du médecin traitant salarié J.O. n° 185 du 10 août 2005
 - Fixation du montant de la majoration en cas de consultation d'un médecin spécialiste hospitalier sans prescription préalable du médecin traitant J.O. n° 185 du 10 août 2005
 - Convention médicale et approbation des avenants n° 1, n° 3 et n° 4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes J.O. n° 35 du 11 février 2005 et n° 126 du 1er juin 2005
 - Attribution au CEPS du pouvoir de sanction financière à l'encontre des entreprises pharmaceutiques ayant dissimulé des informations J.O. n° 115 du 19 mai 2005
 - Evaluation des pratiques professionnelles J.O. n° 88 du 15 avril 2005
 - Mise en oeuvre du GIP chargé de mettre en place le dossier médical personnel J.O. n° 85 du 12 avril 2005
 - Organisation de la permanence des soins et des conditions de participation des médecins à cette permanence J.O. n° 82 du 8 avril 2005
 - Modulation des taux de remboursement J.O. n° 304 du 31 décembre 2004
 - Participation forfaitaire de 1 € J.O. n° 303 du 30 décembre 2004
 - Montants du forfait journalier hospitalier J.O. n° 303 du 30 décembre 2004
 - Consultation du médecin du travail par le médecin-conseil au cours d'un arrêt de travail de plus de trois mois J.O. n° 303 du 30 décembre 2004
 - Dispositions prises pour l'envoi tardif de l'avis d'interruption de travail ou de prolongation d'arrêt de travail J.O. n° 303 du 30 décembre 2004
 - Crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire J.O. n° 303 du 30 décembre 2004

de santé individuels	30 décembre 2004
• Indemnisation des prolongations d'arrêts de travail	J.O. n° 303 du 30 décembre 2004
• Prestations prises en charge au titre de l'assurance maternité et fixation de la période d'assurance maternité	J.O. n° 303 du 30 décembre 2004
• Evaluation des produits et prestations par la commission d'évaluation des dispositifs médicaux (CEPP)	J.O. n° 302 du 29 décembre 2004
• Accords d'amélioration des pratiques hospitalières	J.O. n° 300 du 26 décembre 2004
• Dispositions relatives aux médicaments remboursables par l'assurance maladie	J.O. n° 300 du 26 décembre 2004
• Conditionnement des médicaments	J.O. n° 294 du 18 décembre 2004
• Inscription des actes et prestations au remboursement, mission désormais confiée à l'UNCAM	J.O. n° 294 du 18 décembre 2004
• Précisions sur le contrôle des prescriptions d'arrêts de travail et de transports	J.O. n° 282 du 4 décembre 2004
• Encadrement de la prise en charge des avantages sociaux des professions de santé par l'assurance maladie	J.O. n° 280 du 2 décembre 2004
• Information de l'assuré lors de la délivrance des médicaments	J.O. n° 276 du 27 novembre 2004
• Dispositions facilitant le recours contre tiers pour l'assurance maladie	J.O. n° 239 du 13 octobre 2004
• Reconnaissance de la maladie d'Alzheimer comme affection de longue durée spécifique	J.O. n° 232 du 5 octobre 2004
• Dispositions relatives au respect par le médecin du protocole de soins applicable aux patients atteints d'une affection de longue durée	J.O. n° 232 du 5 octobre 2004

Ressources électroniques sur la réforme

➤ Généralités

[Sur le site du Ministère de la santé :](#)

- Présentation de la réforme et état d'avancement au 1^{er} juillet 2005
- Textes législatifs, décrets...
- [Rapport Vasselle](#) (2005 - Sénat) – Réforme de l'assurance maladie – les nouveaux outils de régulation

- [Rapport Dubernard \(2005 – Assemblée nationale\)](#) - Mise en application de la loi du 13 août 2004

Sur le site d'Ameli :

Site de la réforme

<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/la-reforme-de-l-assurance-maladie/index.php>

- Réforme de l'assurance maladie : point de situation sur la mise en place
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cp04112004-reforme.pdf
- La réforme en pratique
Pour les assurés
<http://www.ameli.fr/fiches-synthetiques/la-reforme-en-pratique.php>
- Dossier de presse : "La réforme de l'Assurance maladie en pratique N° 1 - Soigner mieux en dépensant mieux" :
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cp08122004.pdf

Autres sites :

- Synthèse de la loi sur l'assurance maladie
http://41cnesss.free.fr/article.php3?id_article=75
- Glossaire relatif à la loi du 13 août 2004
www.conseil-national.medecin.fr/index.php?url=secu/index.php&open=0
- *L'avenir de l'assurance maladie en France*
Dossier d'actualité proposé par La Documentation française sur son site. Les différentes rubriques : les succès de l'assurance maladie, une situation financière difficile, la réforme de 2004, une chronologie, glossaire, chiffres-clés, les ressources de la DF (ouvrages, rapports), une sélection de sites Internet.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/assurance-maladie-france/index.shtml>
- La réforme de l'assurance maladie en 2004
http://www.vie-publique.fr/actualitevp/dossier/assurance_maladie/assurance_maladie.htm

➤ *Médecins traitants, parcours de soins, conventions et tarifs*

Récapitulatif complet sur le parcours de soins coordonné :

- [Point d'information](#), 16 novembre 2010
Capi (Contrat d'amélioration des pratiques individuelles) et médecins traitants

- [Dossier de presse Cnamts](#), 22 janvier 2009
- Dossier de presse Cnamts, octobre 2007
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_medecin_traitant_MAJ_oct_2007.pdf
- Communiqué de presse Cnamts, 23 janvier 2007
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Medecins_traitant_23012007.pdf
- Communiqué de presse, Cnamts, 27 novembre 2006
Médecin traitant et tiers payant
<http://www.ameli.fr/espace-presse/communiques-et-dossiers-de-presse/2006/medecin-traitant-et-tiers-payant.php>
- Dossier de presse Cnamts, octobre 2006
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cp02102006.pdf
- Dossier de presse Cnamts du 6 juin 2006 :
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cp006062006-medecins_traitants.pdf
- Plus d'un Français sur dix est réfractaire au parcours de soins
Les résultats du sondage "Les Français et la santé" - Canal Ipsos / AGF :
<http://www.ipsos.fr/CanalIpsos/articles/1694.asp>
- Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention
[Communiqué Cnamts, 23 janvier 2009](#)

Les conventions :

- Les textes des conventions sont en ligne sur le site d'Ameli :
<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/reglement-arbitral/convention-nationale-de-2005-et-avenants/index.php>
- La convention médicale du 12 janvier 2005 : médecins généralistes et spécialistes
[Arrêté du 3 février 2005, Journal officiel du 11 février 2005](#)
Liaisons sociales, n° 8369, mardi 1^{er} mars 2005
(instaure notamment pour le médecin traitant la rémunération spécifique annuelle – RMT - pour patient atteint d'une ALD)
- Arrêté du 26 mai 2005, J.O. du 01/06/05, portant approbation des avenants n° 1, n° 3 et n° 4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes
- Arrêté du 29 juillet 2005 portant approbation des avenants n° 5, 6 et 8 (JO, 7 août 2005)
- Arrêté du 16 août 2005 portant approbation de l'avenant n° 7 (JO, 26 août 2005)
- Arrêté du 17 janvier 2006 portant approbation des avenant n° 9 (JO, 26 janvier 2006)

- Arrêté du 24 janvier 2006 portant approbation des avenants n° 10 et 11 (JO, 2 février 2006)
- Arrêté du 23 mars 2006 portant approbation de l'avenant n° 12 (JO, 30 mars 2006)
- Arrêté du 12 juin 2006 portant approbation de l'avenant n° 13 (JO, 25 juillet 2006)
- Arrêté du 27 octobre 2006 portant approbation des avenants n° 14 et 15 (JO, 7 novembre 2006)

Pour consulter tous les avenants (1 à 31) : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/textes/index.php>

Les tarifs des prestations :

Sur l'ensemble des tarifs :

<http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/index.php>

Sur les tarifs des consultations de médecins :

<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/tarifs/index.php>

➤ *Dossier médical personnel*

- <http://esante.gouv.fr/>
- <http://www.dossier-medical.info/>
- <http://www.chu-rouen.fr/ssf/info/dossiermedicalinformatise.html>

➤ *Sesam-Vitale*

- Site de l'assurance maladie
<http://www.ameli.fr/fiches-synthetiques/carte-vitale-mode-d-8217-emploi.php>

Etudes d'évaluation de la réforme

42535

ARTICLE

DOURGNON (P.), NAIDITCH (M.)

La réforme du médecin traitant : une lecture politique de l'expérience française en matière de médecin référent.

The preferred doctor scheme: A political reading of a French experiment of Gate-keeping.

HEALTH POLICY

2010/02; Vol : 94 : n°: 2 : Pages : 129-134

Cote Irdes : R1770

Since January 2005 France is exploring a new scheme termed -preferred doctor- (médecin traitant) which can be considered as an innovative version of Gate Keeping in order to reduce the excess of postulated excess in health consumption, more especially access to

specialist care. This paper describes the political process which lead to its implementation, tries to relate some of the scheme specific features with its results after one year implementation and tries to catch a glimpse for the next steps of the reform. In order to measure the scheme impact on the patient treatment pathway and on physician income, we used a sample of 7198 individual from the 2006 French health, Health Care and Insurance Survey (ESPS), including health, socioeconomic and insurance status and through a set of questions relating to patient's understanding of the scheme and different data bases of the national sickness fund as well as different studies done by regulatory agencies.

42092

ARTICLE

CASES (C.)

Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité. (O.F.Q.S.S.). Paris. FRA

Les réformes du système de santé en France depuis 2002 : étapes et enjeux.*Bilan des réformes des systèmes de santé.*

Paris : Ofqss ; Irdes

SANTÉ SOCIÉTÉ ET SOLIDARITÉ : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBÉCOIS

2009/08; Vol : : n°: 2/2008 : Pages : 43-51

Cote Irdes : R1765, P174

Les principaux traits des réformes du système de santé français, engagées depuis 2002 et jusqu'en 2007, sont ici présentés à travers les nouvelles orientations de la politique de santé en terme de droits des usagers, d'organisation, de fonctionnement et de financement des soins. Une relecture critique de ces réformes est ensuite proposée à l'aune des préconisations du rapport Santé 2020 relatives à la déconcentration des responsabilités en matière de santé publique, au développement de la prévention, à une meilleure organisation des services de soins du point de vue de leur accessibilité et de leur qualité, à un encouragement à la veille, la prospective et l'évaluation (résumé d'auteur).

42081

ARTICLE

KERVASDOUE (J. de)

Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité. (O.F.Q.S.S.). Paris. FRA

Idéologie des réformes du système de santé depuis 1990 : un système fort.*Bilan des réformes des systèmes de santé.*

Paris : Ofqss ; Irdes

SANTÉ SOCIÉTÉ ET SOLIDARITÉ : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBÉCOIS

2009/08; Vol : : n°: 2/2008 : Pages : 17-30

Cote Irdes : P174

Si, en France comme dans tous les pays du monde, le progrès médical a contribué à la transformation du système de soins, il n'y a pas de déterminisme technologique. L'idéologie, la manière de concevoir la nature même du système de soins, joue un rôle essentiel. Elle permet d'en comprendre la très grande stabilité. Il existe au cœur du système des pans entiers que l'on ne réforme pas et qui en constituent donc le cœur. En France, les poutres maîtresses sont, d'une part, l'assurance maladie et, d'autre part, les principes de la médecine dite "libérale" et qui n'est pas "libérale" que dans le sens qu'elle donne elle-même du "libéralisme" ; remarquable performance ! Il y a donc un antagonisme stable entre la solidarité nationale et l'autonomie de la profession médicale. Il explique les qualités (grands choix, pléthore d'offres, pas de file d'attente...) et les limites (inégalités, déficit...) du système. D'où le fait que l'on parle plus du financement des soins que de leur organisation, que la corporation défend si bien ses intérêts qu'elle réussit, notamment, à ne jamais être contrôlée sur son activité même. Les dysfonctionnements croissants poussent l'Etat à intervenir, mais il s'accommode du corporatisme, jusqu'au jour où les fonds viennent à manquer (résumé d'auteur).

41007

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET
NAIDITCH (M.), DOURGNON (P.)

Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
La réforme du médecin traitant : une lecture politique de l'expérience française en matière de
médecin référent.

The preferred doctor scheme: A political reading of a French experiment of Gate-keeping.

Document de travail Irdes ; 22

Paris : Irdes

2009/03

Cote Irdes : DT22

Since January 2005 France is exploring a new scheme termed -preferred doctor- (médecin traitant) which can be considered as an innovative version of Gate Keeping in order to reduce the excess of postulated excess in health consumption, more especially access to specialist care. This paper describes the political process which lead to its implementation, tries to relate some of the scheme specific features with its results after one year implementation and tries to catch a glimpse for the next steps of the reform. In order to measure the scheme impact on the patient treatment pathway and on physician income, we used a sample of 7198 individual from the 2006 French health, Health Care and Insurance Survey (ESPS), including health, socioeconomic and insurance status and through a set of questions relating to patient's understanding of the scheme and different data bases of the national sickness fund as well as different studies done by regulatory agencies.

<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT22PrefDocSchemePolitFrenchExpGatekeeping.pdf>

ARTICLE

CORNILLEAU (G.)

Le financement de l'assurance maladie en question.

Santé et richesse économique.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2008

N° : 21

Pages : 71-77

Cote Irdes : P168

La croissance des dépenses de santé excède structurellement celle des revenus qui constituent l'assiette des recettes affectées à son financement. Il en résulte un déficit qui doit être comblé par une hausse régulière de la CSG. L'effort financier nécessaire peut être partiellement réduit, mais certainement pas annulé, par une meilleure gestion du système de santé et des économies de dépenses. La question centrale est celle de la modalité de la hausse du prélèvement. Deux contraintes doivent être respectées : la hausse des cotisations ne doit pas pénaliser l'emploi et doit, pour cela, être clairement mise à la charge des ménages; les recettes affectées à l'assurance maladie doivent être calculées sur la base d'un niveau de PIB normal de manière à laisser jouer les stabilisateurs automatiques de l'économie. Les séquences résultantes de déficit et d'excédent doivent être gérées par l'Etat (résumé de l'auteur).

ARTICLE

FRANC (C.), COUFFINHAL (A.)

Analyse économique du secteur de l'assurance maladie complémentaire pour la France.

LETTRE DU COLLEGE (LA)

2008

Vol : 19

N° : 2

Pages : 2-4, 3 tabl.

Cote Irdes : c, Bulletin français

RAPPORT
DOOR (J.P.)

Assemblée Nationale. (A.N.). Commission des Affaires Culturelles - Familiales et Sociales.
Paris. FRA, Mission d'Evaluation et de Contrôle des Lois de Financement de la Sécurité
Sociale. (M.E.C.S.S.S.). Paris. FRA

Rapport d'information sur les affections de longue durée.

Rapport d'information ; 1271.

Paris : Assemblée Nationale
2008

Pages : 217p., tabl., ann.

Cote Irdes : B6597

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a demandé à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale (MECSS) de se pencher sur la question des affections de longue durée (ALD). Ce sujet, en raison des enjeux sanitaires et humains qu'il représente mais aussi de son poids financier, est central pour l'avenir de l'assurance maladie. Le projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2009 à 2012 indique ainsi qu'en matière d'assurance maladie, « le défi majeur pour l'équilibre des comptes réside dans la progression rapide des dépenses prises en charge en totalité par le régime obligatoire, au titre notamment du dispositif des affections de longue durée ». Cette question très sensible touche en effet au coeur même du « pacte social » de 1945. Elle est à relier à l'importance croissante des maladies chroniques et revêt une nouvelle acuité depuis que l'idée de mettre en place un « bouclier sanitaire » a été évoquée. Ce rapport rappelle l'intérêt du système actuel de prise en charge des ALD (I) et le poids de plus en plus prépondérant qu'il représente pour l'assurance maladie (II) ; il souligne aussi que le régime d'exonération ne permet pas toujours d'assurer la qualité de la prise en charge médicale et son équité financière (III) et propose plusieurs voies d'amélioration, dont la création du bouclier sanitaire (IV).

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i1271.pdf>

INTERNET

Synthèse du rapport d'évaluation du dispositif des franchises.

LES ECHOS

2008/11

Pages : 3p., tab.

Cote Irdes : Dossier de presse : Economie de la santé - Généralités, maîtrise des dépenses
Prévu par l'article 52 de la LFSS pour 2008 instaurant une franchise annuelle sur certaines prestations ou certains produits de santé : médicaments, actes paramédicaux et transports sanitaires, un rapport du gouvernement précisant les conditions dans lesquelles les montants correspondant à la franchise ont été utilisés a été transmis au Parlement. Les Echos nous proposent en ligne la synthèse du document. "La mise en oeuvre des franchises a permis de dégager un montant de l'ordre de 800 millions d'euros et de financer ainsi près des deux tiers de l'augmentation importante des moyens consacrés cette année aux trois priorités de santé publique que sont la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, la lutte contre le cancer et le développement des soins palliatifs" (1,3 Md), peut-on lire dans le document. L'écart de 50 millions d'euros de rendement du dispositif par rapport à la prévision initiale "est lié d'une part à la difficulté de décompte des actes des auxiliaires médicaux (actes en série) et de transport et, d'autre part, à la mise en place d'un plafond journalier". Ce montant provient à 86 % de la franchise sur le médicament. Si la franchise a permis de changer certains comportements, notamment "en favorisant un essor vigoureux des grands conditionnements", "elle n'a pas eu cependant d'impact sensible sur l'évolution des volumes des prestations couvertes". Les exonérations représentent un

montant d'actes non soumis à la franchise de 4,48 milliards d'euros sur un montant total d'actes entrant dans le champ de la franchise de 15,7Md (soit 28,5% du total).

<http://www.lesechos.fr/medias/2008/1110//300307397.pdf>

FASCICULE

LE FUR (P.), YILMAZ (E.)

Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
Modes d'accès aux spécialistes en 2006 et évolution depuis la réforme de l'Assurance maladie. Enquêtes Santé Protection Sociale 2004 et 2006.

Paris : IRDES

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)

2008/09

N° : 134

Pages : 4p.

Cote Irdes : QES 134

La réforme de l'Assurance maladie semble avoir eu en 2006 des répercussions notables sur les modes d'accès des patients au médecin spécialiste. En effet, d'après les données déclarées dans les Enquêtes Santé Protection Sociale en 2004 et 2006, la proportion d'accès direct a fortement diminué, en particulier en dermatologie et en ORL, spécialités pour lesquelles elle était importante en 2004. Parallèlement, pour de nombreuses spécialités, on constate une progression de l'accès faisant suite au conseil du généraliste (médecin traitant le plus souvent), dont l'ampleur diffère selon les spécialités. Enfin, on observe une relative stabilité de la part des accès conseillés par le spécialiste lui-même. Entre 2004 et 2006, les déterminants de l'accès direct aux soins de spécialistes (autres que gynécologues et ophtalmologues) se sont modifiés mais sans évolution majeure. Par rapport à 2004, « toutes choses égales par ailleurs », l'influence du milieu social et du niveau d'études s'est quelque peu réduite et celle de la taille du ménage est devenue significative. Ainsi, en 2006, la proportion de séances de spécialistes résultant d'un accès direct est plus faible pour les personnes vivant dans les ménages de trois personnes et plus que pour celles vivant seules, ce qui n'était pas le cas en 2004.

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Qes2008.html#n134>

► *Et son dossier de presse :*

<http://www.irdes.fr/EspacePresse/CommuniquesDePresse/ComPresseQes/DossierPresseQes134.pdf>

39036

FASCICULE

ELBAUM (M.)

Observatoire Français des Conjonctures Economiques. (O.F.C.E.). Paris. FRA
Participation financière des patients et équilibre de l'assurance maladie.

LETTRE DE L'OFCE : OBSERVATIONS ET DIAGNOSTICS ECONOMIQUES

2008/09

N° : 301

Pages : 8p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : P105

Après un historique sur la participation financière de l'assuré dans les soins médicaux, cet article analyse l'impact de l'instauration des franchises médicales, en janvier 2008, sur les dépenses de santé en France. Il démontre l'efficacité limitée de cette mesure, ainsi que l'inégalité sociale qui en découle.

<http://www.ofce.sciences-po.fr/pdf/lettres/301.pdf>

38762

FASCICULE

Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité (O.F.Q.S.S.). Paris. FRA

Maîtrise des dépenses de santé ou qualité : faut-il choisir ? Actes du 2e forum franco-québécois sur la santé. Paris - Mars 2007.

SANTE SOCIETE ET SOLIDARITE : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBECOIS

2008/06

N ° : 2/2007

Pages : 151p.

Cote Irdes : P174

38273

RAPPORT

VASSELLE (A.)

Sénat. Commission des Affaires Sociales. Mission d'Evaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale. (M.E.C.S.S.). Paris. FRA

Cour des comptes. Paris. FRA

Rapport d'information sur la répartition du financement de l'assurance maladie depuis 1996 et sur les transferts de charges entre l'assurance maladie obligatoire, les assurances complémentaires et les ménages.

Rapport d'information ; 385.

Paris : Sénat

2008

Pages : 101p., tabl., ann.

Cote Irdes : B6490

La Commission des affaires sociales du Sénat a demandé à la Cour des comptes de procéder à une enquête sur la répartition du financement des dépenses de maladie depuis 1996 et les transferts opérés entre assurance maladie obligatoire, assurances complémentaires et ménages. Au moment où s'ouvre le débat sur la redéfinition nécessaire du partage des efforts en matière de prise en charge du coût de la santé dans notre pays, ce travail offre un éclairage utile sur l'un des principaux enjeux de l'avenir de notre protection sociale. Basé sur les résultats de cette évaluation, le rapport de la mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale tire trois constats de l'étude de la Cour. Les frais de gestion sont en moyenne cinq fois plus importants chez les assureurs complémentaires que pour l'assurance maladie obligatoire. Si le taux des frais de gestion atteint 5,4 % pour l'Assurance maladie obligatoire, il est en moyenne de 25,4 % pour les assurances complémentaires (mutuelles, assureurs privés et IP), mais avec des montants très variés selon les acteurs. Les explications d'un tel écart sont facilement identifiables : effet de masse pour l'assurance maladie, dépenses de marketing pour les assureurs, coûts de prospection des clients. L'étude de la Cour met également l'accent sur le montant des fonds publics à l'accès aux complémentaires particulièrement élevé. En additionnant les diverses aides, on obtient un montant total de 7,6 milliards d'euros, soit environ 35 % du montant des prestations complémentaires versées. Ce montant qui n'est pas neutre représente le coût, pour la collectivité, du déplacement du remboursement de certaines dépenses de l'assurance maladie obligatoire vers les assurances complémentaires. Enfin, la santé financière de l'assurance complémentaire apparaît globalement bonne, dans un contexte où les cotisations ont augmenté plus vite que les prestations. Ce qui n'empêche pas la Commission des affaires sociales de conclure que ces constats semblent légitimer a priori de nouveaux transferts de charge en direction des complémentaires. Cependant plusieurs facteurs incitent à la prudence, tels la faiblesse des informations statistiques et les lacunes importantes dans la couverture de la population (7 % à 8 % de nos concitoyens ne disposant pas d'une complémentaire). Autant d'éléments à prendre en compte dans le débat en cours. L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) vient de réagir vivement à la publication d'une étude de la Cour des comptes, faite à la demande du Sénat, selon laquelle les frais de gestion de ces organismes sont de 24,5 % alors que ceux du régime obligatoire sont de 4,5 %. L'Unocam conteste les méthodes de calcul de la Cour, les chiffres auxquels elle aboutit et les conclusions qu'elle en tire. Elle s'étonne dans un

communiqué que la Cour ait rendu possible la diffusion publique de ces données, sans prudence ni recul, au mépris de la procédure contradictoire qu'elle doit normalement appliquer. L'Unocam affirme également que l'étude sous estime les frais de gestion de l'assurance maladie obligatoire : elle omet notamment de comptabiliser les frais de gestion hospitaliers, la dette déplacée sur la Cades et le fardeau du déficit des comptes de la santé.
<http://www.senat.fr/noticerap/2007/r07-385-notice.html>

37903

RAPPORT

FESTY (F.)

ITG Consulting. Fontenay-le-Fleury. FRA

La réforme 2004 de l'assurance maladie aura-t-elle réussi à modifier la prescription du médicament dans le champ conventionnel ? Analyses graphiques et commentaires sur l'évolution de la prescription médicamenteuse entre 2002 et 2007, à partir des données "Medic'Am 2007" publiées par la Cnamts.

Fontenay-Le-Fleury : ITG Consulting : 2008/05

Pages : 54p., graph.

Cote Irdes : B6471

Le consultant François Pesty passe au crible MEDIC'AM 2007 en étudiant cinq 5 classes thérapeutiques du champ conventionnel. Il démontre l'impact indiscutable de la visite médicale des laboratoires, mais ne trouve pas la moindre trace de l'action de l'Assurance maladie.

http://puppem.com/Documents/MEDICAM_%C3%A9tude_prescription_m%C3%A9dicament_2002-2007_21-05-2008.pdf

37683

CHAPITRE

DOURGNON (P.), GUILLAUME (S.), NAIDITCH (M.), ORDONNEAU (C.)

Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA

Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme.

Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006.

Paris : IRDES

2008/04

Pages : 37-41

Cote Irdes : R1701bis

L'enquête ESPS a notamment pour vocation l'analyse des évolutions du système de santé à travers la description de ses usagers, les assurés, et leur état de santé, couverture santé, accès aux services de soins et expérience dans le système de santé. Sa fréquence bisannuelle permet d'intégrer des questionnements sur les réformes en cours ou en préparation. Ainsi l'enquête 2006 a-t-elle servi de base à l'évaluation de la réforme du parcours de soins coordonnés et du médecin traitant mis en oeuvre la même année. Côté usagers, l'évaluation de la réforme peut se décliner en deux étapes. Une première étape en décrit l'implémentation (montée en charge, compréhension, adhésion) et l'impact ressenti à travers l'expérience des assurés, à partir de données déclaratives. Une seconde étape en évalue l'impact sur le recours aux services de santé, et plus particulièrement l'accès au spécialiste, à partir des données d'enquête couplées aux données d'assurance maladie. C'est la première étape qui est présentée dans ce chapitre, qui a fait l'objet d'une publication spécifique dès la mi 2007 (Cf. Dourgnon P., Guillaume S., Naïditch M., Ordonneau C. Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme, Questions d'économie de la santé IRDES n° 124, 2007).

37680

RAPPORT

ALLONIER (C.), DOURGNON (P.), ROCHEREAU (T.)

Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA

Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006.

Paris : IRDES

2008/04

Pages : 236p., tabl., graph., ann.

Cote Irdes : R1701

Depuis 1988, l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) interroge les Français sur leur état de santé, leur recours aux soins et leur couverture maladie. Par sa fréquence, l'étendue de ses questionnements et sa dimension longitudinale, elle participe à l'évaluation des politiques de santé, au suivi des problèmes de santé publique en population générale et sert de support à la recherche en économie de la santé. En 2006, ESPS a interrogé 8 100 ménages et 22 000 individus. Un suréchantillon de ménages couverts par la Couverture maladie universelle complémentaire a complété l'échantillon habituel, afin de mieux décrire les caractéristiques d'état de santé et d'accès aux soins de cette population. L'enquête 2006 incorpore de nouveaux questionnements. Elle vise en particulier à participer à l'évaluation de la réforme du « médecin traitant » et du parcours de soins coordonnés. Des questions sur la santé respiratoire et l'asthme permettront d'évaluer l'évolution de la maladie, d'étudier ses déterminants sociaux et environnementaux, puis d'évaluer l'adéquation des traitements effectifs avec les normes de bonnes pratiques médicales. Un module sur les conditions de vie dans l'enfance et l'état de santé des parents permettra d'approfondir les travaux menés sur les mécanismes intergénérationnels à l'oeuvre dans la construction des inégalités des chances en santé, notamment la transmission des comportements à risque pour la santé.

37553

FASCICULE

ALLONIER (C.), DOURGNON (P.), ROCHEREAU (T.)

Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
L'Enquête Santé Protection Sociale 2006, un panel pour l'analyse des politiques de santé, la santé publique et la recherche en économie de la santé.

Paris : IRDES

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)

2008/04

N° : 131

Pages : 4p.

Cote Irdes : QES 131

Depuis 1988, l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) interroge les Français sur leur état de santé, leur recours aux soins et leur couverture maladie. Par sa fréquence, l'étendue de ses questionnements et sa dimension longitudinale, elle participe à l'évaluation des politiques de santé, au suivi des problèmes de santé publique en population générale et sert de support à la recherche en économie de la santé. En 2006, ESPS a interrogé 8 100 ménages et 22 000 individus. Un suréchantillon de ménages couverts par la Couverture maladie universelle complémentaire a complété l'échantillon habituel, afin de mieux décrire les caractéristiques d'état de santé et d'accès aux soins de cette population. L'enquête 2006 incorpore de nouveaux questionnements. Elle vise en particulier à participer à l'évaluation de la réforme du « médecin traitant » et du parcours de soins coordonnés. Des questions sur la santé respiratoire et l'asthme permettront d'évaluer l'évolution de la maladie, d'étudier ses déterminants sociaux et environnementaux, puis d'évaluer l'adéquation des traitements effectifs avec les normes de bonnes pratiques médicales. Un module sur les conditions de vie dans l'enfance et l'état de santé des parents permettra d'approfondir les travaux menés sur les mécanismes intergénérationnels à l'oeuvre dans la construction des inégalités des chances en santé, notamment la transmission des comportements à risque pour la santé.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes131.pdf>

37550

COMMUNICATION

CASES (C.)

Collectif Interassociatif sur la Santé. (C.I.S.S.). Paris. FRA

La problématique de santé dans les pays européens le temps des réformes : Situation en France. Diagnostic et préconisations du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie.

Comment répondre au besoin de financement de notre système de santé ? Séminaire interne.

Paris : 2007/10/04

Paris : CISS

2007/10

Pages : 12-15

Cote Irdes : C, 1694 - NE PAS DIFFUSER SEMINAIRE INTERNE

Le séminaire interne du Collectif Interassociatif sur la Santé (CISS) intitulé : Comment répondre au besoin de financement de notre système de santé ? a pour objectif de situer notre système de santé parmi les autres systèmes européens ; de dresser un état des lieux des finances de la sécurité sociale ; d'analyser les leviers proposés et leur impact à court et moyen terme ; d'entendre les positions des acteurs associatifs dans le débat public ; de préciser la position du CISS et réfléchir à sa stratégie.

37502

OUVRAGE

FANTIMO (B.), ROPERT (G.)

Le système de santé en France : diagnostic et propositions.

Paris : Dunod

2008

Pages : 359p., index

Cote Irdes : A3686

Les Français apprécient autant leurs professionnels de santé que leur « Sécu », qui assure la prise en charge de l'ensemble de leurs dépenses dans le cadre d'une assurance maladie obligatoire et publique. Les premiers comme les seconds mesurent cependant mieux le prix de la santé que son coût. La montée des déficits publics est pourtant si prégnante qu'elle n'autorise plus de simples ajustements séquentiels en forme de « plans de redressement des comptes ». Cet ouvrage démontre qu'il est encore possible de concilier progrès médical et social à condition qu'une profonde volonté réformatrice anime tous les acteurs afin de faire émerger progressivement un nouveau système de santé. Cette émergence suppose avant tout un véritable pilotage, exercé par un État stratégique et courageux, s'appuyant sur une gouvernance déconcentrée régionalement. Grâce à un panier de biens et de services définissant les périmètres et les modalités de prise en charge, à l'intérieur de centres de décision tantôt régaliens tantôt contractuels, mais comprenant à la fois des leviers et des sanctions, les opérateurs publics et privés pourront alors agir dans le cadre d'une assurance santé cohérente. Les auteurs, un médecin et un responsable administratif, souhaitent au travers de cet ouvrage contribuer à cette démarche : d'où un diagnostic sans complaisance mais aussi de nombreuses propositions fondées sur des expériences professionnelles complémentaires.

35476

FASCICULE

DOURGNON (P.) , GUILLAUME (S.) , NAIDITCH (M.) , ORDONNEAU (C.)

Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA

Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme.

Paris : Irdes

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)

2007/07

N° : 124

Pages : 1-4

Cote Irdes : Qes 124

Le dispositif du médecin traitant constitue l'un des éléments centraux de la réforme de l'Assurance maladie du 13 août 2004. Bien que non obligatoire, il est encouragé par des incitations financières à partir de janvier 2006. Si son objectif premier est de mieux réguler l'accès aux spécialistes, les promoteurs de la réforme en donnent aussi des justifications plus larges : maîtrise des dépenses de ville, meilleure qualité de la prise en charge médicale, meilleure équité de traitement. L'enquête Santé et Protection Sociale menée en 2006 permet de dresser un premier bilan de l'impact de la réforme, au travers des opinions des assurés.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes124.pdf>

35411

RAPPORT

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA

Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie 2007.

Paris : HCAAM

2007/07

Pages : 144p., tabl.

Cote Irdes : B6046

Trois ans après la loi du 13 août 2004, ce nouveau rapport dresse un premier bilan de la politique entreprise et de ses résultats. Sans prétendre à l'exhaustivité, le Conseil a retenu six constats principaux dans son bilan 2004-2007. La situation financière des régimes d'assurance maladie s'est améliorée depuis 2004 grâce à de nouvelles recettes, une modération des dépenses et une politique pertinente sur le marché des médicaments. Cette amélioration ne s'est pas accompagnée d'un désengagement des régimes de base. La situation en 2007 reste dégradée. La politique de maîtrise médicalisée ne produit d'effets que lentement. Dans le secteur des établissements de santé, l'introduction de la T2A, la modification des règles de la gouvernance des hôpitaux publics et la relative rigueur du cadrage financier sont des éléments positifs. Mais l'analyse des écarts de performance des établissements – très élevés – montre qu'on peine à dégager les gains de productivité, pourtant potentiellement élevés. Enfin, les chantiers d'une meilleure organisation territoriale de l'offre de soins n'ont guère progressé. Dans son rapport 2007, le Conseil a également examiné deux enjeux qui lui semblent prioritaires pour les années à venir. Le premier porte sur le maintien à tous les assurés d'une offre de qualité à des conditions raisonnables d'accès et de reste à charge. Les solutions préconisées : partout, dans les soins de ville et hospitaliers, il convient de favoriser un parcours de soins conjuguant qualité et efficacité ; améliorer rapidement les processus d'établissement et la coopération locale entre les différents offreurs de soins ; mener à leur terme avec rigueur les actions de protocolisation, l'accréditation et de certification afin de garantir partout la qualité des soins. Quant aux conditions tarifaires, le Conseil considère qu'il convient de stopper la dérive des dépassements. Le second enjeu porte sur le coût et la soutenabilité du système d'assurance maladie, tant pour les finances publiques que pour les assurés, dans un contexte de progression des dépenses évoluant plus vite que le PIB. Le Haut Conseil dégage deux axes prioritaires : le choix d'une gestion active du panier de soins et la recherche de gains d'efficacité. Il estime également raisonnable d'étudier un réaménagement du système de prise en charge, à travers deux objectifs complémentaires : stabiliser au moins le taux de prise en charge et redresser les situations actuelles de reste à charge exagéré en adoptant des règles de participation financière des assurés plus rationnelles, équitables et maîtrisables.

http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/hcaam/rapport_2007.pdf

33973

ARTICLE

HARDRE (J.M.)

Les spécialistes, premiers touchés par le parcours de soins.

PHARMACEUTIQUES

2007/02

N° : 144

Pages : 24-27, tabl., graph.

Cote Irdes : P28

Le dispositif du médecin traitant est entré en application depuis le 1er juillet 2005. Cet article fait un premier bilan chiffré, en termes d'activité par spécialité et par pathologie, de l'impact de ce dispositif sur la pratique médicale des médecins spécialistes.

33959

ARTICLE

VINCENT (W.)

Réforme de l'assurance maladie : quel bilan ?

MEDECIN RADIOLOGUE DE FRANCE (LE)

2006/12

N° : 297

Pages : 27-29

Cote Irdes : P145/2

Cet article dresse un bilan de la réforme de l'assurance maladie mise en place par la loi du 17 août 2004 : équilibre des comptes, dossier médical partagé, Haute Autorité de santé, place des régimes complémentaires, Uncam...

33886

FASCICULE

CASES (C.), BERTRAND (X.), GRANDFILS (N.), SERMET (C.), OR (Z.), BOURGUEIL (Y.), DURAND-ZALESKI (I.), POUVOURVILLE (G.de), BERLAND (Y.), FRANC (C.), POLTON (D.), MELKE (A.), LISAC (M.), SCHLETTE (S.)

Réforme du système de santé : récente mise en oeuvre et futurs enjeux.

French health system reform : recent implementation and future challenges.

EUROHEALTH

2006

Vol : 12 N° : 3

Pages : 55p.

Cote Irdes : Bulletin étranger

Réalisé par l'Irdes, ce dossier dresse un état des lieux de la réforme de la santé en France. Il est composé : - d'articles de présentation ou de points de vue sur la réforme de 2004, en particulier : d'une présentation critique des dernières réformes et des enjeux par Chantal Cases ; d'un article sur les récentes mesures prises en matière de politique de régulation du médicament par Nathalie Grandfils et Catherine Sermet ; d'une discussion sur la réforme hospitalière " hôpital 2007 " qui ouvre, avec la tarification à l'activité, une nouvelle ère et une possible mise en compétition du secteur public et privé par Zeynep Or et Gérard de Pouvourville ; d'un point de vue sur les différentes orientations et points de convergence des deux nouvelles grandes lois votées en France en 2004 : la loi de Santé publique et la loi de Sécurité sociale par Isabelle Durand-Zaleski; d'un article sur la politique de gestion des professionnels de santé, dans un contexte de baisse des effectifs et de déséquilibres géographiques par Yann Bourgueil et Yvon Berland ; d'une présentation de la nouvelle gouvernance qui instaure un nouveau partage des responsabilités entre l'Etat et l'Assurance-maladie de Carine Franc et Dominique Polton; d'une interview de Xavier Bertrand, ministre de la santé, qui exprime son optimisme pour les années à venir, compte tenu des premiers résultats positifs en matière de régulation des dépenses de santé et des économies encore possibles tout en préservant l'innovation et la qualité des soins. Ce dossier comprend aussi deux articles sur la réforme de santé en Suède et en Allemagne.

http://www.euro.who.int/Document/Obs/Eurohealth12_3.pdf

31671

FASCICULE

LE FUR (P.), LENGAGNE (P.)

Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
Modes d'accès aux spécialistes : état des lieux avant la mise en place du parcours de soins coordonnés.

Paris : Irdes

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)

2006/04

N° : 106

Pages : 8p., 5 graph.

Cote Irdes : QES 106

Cette étude, reposant sur les données de l'Enquête Santé, soins et protection sociale menée en 2004 par l'Irdes, fait le point sur les modalités d'accès aux spécialistes avant la mise en place de la réforme.

<http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum106.pdf>

33601

ARTICLE

CASES (C.)

Réforme du système de santé : récente mise en oeuvre et futurs enjeux.

French health system reform: recent implementation and future challenges.

EUROHEALTH

2006

Vol : 12 N° : 3

Pages : 10-11

Cote Irdes : R1653, Bulletin étranger

L'auteur de cet article analyse de façon critique les dernières réformes et les enjeux du système de santé.

<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/vol12no3.pdf>

33556

ARTICLE

SEGOUIN (C.), BRECHAT (P.H.), BERTRAND (D.)

Les rôles des assurances maladie obligatoires et complémentaires dans la loi portant réforme de l'assurance maladie du 13.08.2004.

Événements de l'année 2006 en Économie Médicale - Paris, 13 janvier 2006.

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2006/09

Vol : 24 N° : 5

Pages : 241-247, tabl.

Cote Irdes : P85

[BDSP. Notice produite par ORSRA 8MR0xsKi. Diffusion soumise à autorisation]. L'équilibre de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), quelles que soient les hypothèses de financement, reste fondamental. Le point clé est la répartition de la prise en charge des soins entre le ménage (le consommateur), l'assistance (les personnes non couvertes par l'AMO), l'assurance (les mutuelles, les assurances privées et les institutions de prévoyance) et la solidarité (les régimes obligatoires d'Assurance Maladie). La loi du 13 août 2004 intègre dans cette prise en charge les assurances maladie complémentaires (AMC). Seront examinées successivement l'évolution des dépenses de santé, la réforme de l'Assurance Maladie, et la nouvelle place des AMC.

31891

RAPPORT

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA

Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie 2006.

Paris : HCAAM

2006/07

Pages : 129p., tabl.

Cote Irdes : B5458

Conformément au décret du 7 octobre 2003 portant création du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, le Haut Conseil publie son rapport annuel 2006. Ce rapport ne prétend pas traiter tous les aspects de l'assurance maladie ni aborder tous les événements qui se sont déroulés dans ce secteur depuis juillet 2005, date du précédent rapport. Un certain nombre de dossiers ont déjà donné lieu à des avis du Conseil : 27 octobre 2005 : le périmètre de la prise en charge intégrale par les régimes de base suivi de l'avis du 24 février 2005 sur les couvertures complémentaires en assurance maladie ; 23 mars 2006 : la tarification à l'activité et la convergence tarifaire des établissements de santé (MCO) ; 29 juin 2006 : le médicament. Dans le rapport 2006, le Haut Conseil s'est concentré, conformément au décret du 7 octobre 2003, sur la description de la situation financière et la présentation des principales évolutions en matière de reste à charge et d'accès aux soins. L'évolution de la protection sociale complémentaire, les affections de longue durée, la maîtrise médicalisée, le médicament et l'hôpital sont, à cet égard, des chapitres importants de ce rapport. Dans le rapport précédent, le Haut Conseil n'avait que peu traité du parcours de soins coordonnés,

issu de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie. En effet, la mise en œuvre était alors trop récente et une étude de ce dispositif était prématurée. Le rapport 2006 analyse les informations disponibles sur ce parcours. Enfin un certain nombre de thèmes n'ont pas été abordés au cours de l'année écoulée et ne sont donc pas étudiés dans ce rapport (dossier médical partagé, gouvernance hospitalière, permanence des soins, etc.). Ils donneront lieu à des travaux ultérieurs du Conseil au cours du second semestre 2006 ou du premier semestre 2007.

http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/hcaam/rapport_2006.pdf

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (Cnamts)

Médecin traitant et parcours de soins coordonnés: premier bilan.

POINT D'INFORMATION MENSUEL

2006/06

7p.

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cp006062006-medecins_traitants.pdf

31683

ARTICLE

COM-RUELLE (L.) , DOURGNON (P.) , PARIS (V.)

Can physician gate-keeping and patient choice be reconciled in France? Analysis of recent reform.

Londres : LSE

EUROHEALTH

2006

Vol : 12 N° : 1

Pages : 17-19, 1 tabl.

Cote Irdes : C, R1626

<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/vol12no1.pdf>

30711

ARTICLE

BRAS (P.L.)

Le médecin traitant : raisons et déraison d'une politique publique.

DROIT SOCIAL

2006/01

N° : 1

Pages : 59-72

Cote Irdes : P109

Cet article présente tout d'abord le nouveau dispositif de médecin traitant tel qu'il est défini dans la loi de réforme de l'assurance maladie d'août 2004. Il essaie ensuite d'évaluer ses effets potentiels ainsi que les enseignements que l'on peut tirer des expériences étrangères. Ces analyses conduisent à douter de la rationalité de cette réforme au regard de ses objectifs affichés, et cet article tente d'en décrypter la logique et d'en extraire des enseignements sur la construction des politiques publiques relatives aux soins de ville.

DIPLOMES

BORY (I.)

Université Paris I - Panthéon-Sorbonne. Paris. FRA

Les conséquences sur l'accès aux soins de la mise en place d'un forfait non remboursable dans le cadre de la réforme 2004 de l'assurance maladie.

DU Système de santé et gestion des établissements.

Paris : Université Paris I

2005

Pages : 60p.

Cote Irdes : B4992

Le premier chapitre de ce mémoire expose le contexte de l'accès aux soins en France : les principes fondateurs du système et les différentes mesures mises en place pour assurer l'application de ces principes et pour lutter contre les inégalités de santé. Le deuxième chapitre définit les participations financières des usagers au sein de l'Europe et en France, surtout autour du forfait non remboursable, et analyse les conséquences sur l'accès aux soins de la participation financière des usagers.

RAPPORT

VASSELLE (A.)

Sénat. Paris. FRA

Réforme de l'assurance maladie : les nouveaux outils de la régulation.

Paris : Sénat

2005

Cote Irdes : B5145

Le présent rapport a pour ambition de mettre en exergue les éléments de la réforme qui, sans appartenir au domaine de loi, constituent des éléments déterminants de la configuration du système d'assurance maladie. Il a pour objectif de donner un éclairage sur trois pans de la réforme qui distinguent la loi du 13 août 2004 des multiples plans de sauvetage de la sécurité sociale adoptés au cours des vingt dernières années : le parcours de soins et les modalités d'association des professionnels de santé à la réforme, la coordination entre les interventions du régime obligatoire et celles des régimes complémentaires, la régionalisation du système de santé. Il s'attache à l'analyse des dispositifs mis en œuvre dans ces domaines et examine les conditions nécessaires au bon fonctionnement de ces nouveaux outils de régulation.

<http://www.senat.fr/rap/r05-011/r05-0111.pdf>

28212

RAPPORT

DUBERNARD (J.M.)

Assemblée Nationale. Paris. FRA

Rapport sur la mise en application de la loi 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Paris : Assemblée Nationale

2005

Cote Irdes : B4773

Le règlement de l'Assemblée nationale prévoit que six mois après l'adoption d'une loi un rapport sur sa mise en application soit réalisé. C'est chose faite pour la loi du 13 août réformant l'Assurance maladie. Selon le rapport qu'a publié la semaine passée le président de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, Jean-Michel Dubernard, la mise en application technique de la loi "a été exemplaire à plus d'un titre". Le député salue "la grande célérité" avec laquelle les textes d'application ont été publiés. "43 textes réglementaires et deux circulaires d'application de la loi" étaient publiés au 21 mars dernier et "seuls 18 décrets et 6 arrêtés" concernant en grande partie des dispositions dont l'entrée en vigueur est différée restent encore à paraître. "Enfin, vitesse n'a pas été confondue avec précipitation, puisque l'application de la loi a suivi la même démarche qualité que celle ayant présidé à sa conception, avec un effort de concertation, de transparence, de programmation et d'information sans précédent".

www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i2208.asp

Etudes comparées sur les réformes de santé menées dans les pays de l'OCDE

46124

RAPPORT, INTERNET

Australian Institute of Health and Welfare. (A.I.H.W.). Canberra. AUS

Les dépenses de santé en Australie 2008-2009

Health expenditure Australia 2008–09

Health and welfare expenditure series ; 42

Canberra : Australian Institute of Health and Welfare

2010

This report presents health expenditure data for the years 1998–99 to 2008–09, with detailed matrices at the national level and for each of the states and territories for the years 2006–07 to 2008–09. By providing comprehensive and detailed estimates of what is being spent on health and by whom, this report gives an indication of the affordability of the nation's health system, makes possible informed discussion about where money can be best directed, and will contribute to the development of new federal/state funding arrangements for health care <http://www.aihw.gov.au/publications/hwe/51/12364.pdf>

46111

RAPPORT, INTERNET

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Paris. FRA

Panorama de la santé – Europe 2010

Health at a Glance - Europe 2010

Paris : OCDE

2010

This special edition of Health at a Glance focuses on health issues across the 27 European Union member states, three European Free Trade Association countries (Iceland, Norway and Switzerland) and Turkey. It gives readers a better understanding of the factors that affect the health of populations and the performance of health systems in these countries. Its 42 indicators present comparable data covering a wide range of topics, including health status, risk factors, health workforce and health expenditure. Each indicator in the book is presented in a user-friendly format, consisting of charts illustrating variations across countries and over time, brief descriptive analyses highlighting the major findings conveyed by the data, and a methodological box on the definition of the indicators and any limitations in data comparability. An annex provides additional information on the demographic and economic context within which health systems operate.

http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_en.pdf

46021

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

ROBONE (S.) , RICE (N.) , SMITH (P.C.)

University of York. Health - Econometrics and Data Group. (H.E.D.G.). York. GBR

La réactivité du système de santé et ses caractéristiques : une analyse comparative internationale.

Health systems' responsiveness and its characteristics: a cross-country comparative analysis

HEDG Working Paper 10/29

York : HEDG

2010/11

This paper investigates the influence of aggregate country-level characteristics on health system responsiveness, using data on 62 countries present in the World Health Survey. While evidence exists on variations in reported levels of health system responsiveness across countries, the literature is sparse on the determinants of responsiveness, particularly of system wide characteristics (World Health Report, 2000). We attempt to bridge this gap in the literature by considering simultaneously several plausible country-level characteristics as potential determinants of health system responsiveness. These characteristics refer to the way health care systems are organised and funded, the socio-demographic traits of the

populations served and the economic, cultural and institutional characteristics of countries. We pay particular attention to the role of health care expenditures per capita while controlling for potential confounding factors. Data on responsiveness and socio-demographic characteristics of respondents are taken from the World Health Survey, a survey launched by the World Health Organization in 2001. Information on the country-level characteristics are obtained from the United Nations Development Program (UNDP), the World Value Survey and the Polity IV Project database. The empirical analysis is performed by adopting a two step procedure. First, we increase the crosscountry comparability of the data by adjusting for variation in the way survey respondents rate an objective level of responsiveness using the hierarchical ordered probit (hopit) model. Secondly, we investigate the influence of health spending per capita and other country characteristics on the adjusted country-level measures of responsiveness. Our results suggest that the most relevant determinants of responsiveness appear to be health expenditure per capita, health care expenditure in the public sector and population levels of education.

http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/10_29.pdf

45591

ARTICLE

HASSENTEUFEL (P.), SMYRL (M.), GENIEYS (W.) et al.

Acteurs "programmatiques" et la transformation des systèmes de santé des Etats européens.

Programmatic actors and the transformation of European Health Care States.

JOURNAL OF HEALTH POLITICS POLICY AND LAW

2010/08; Vol : 35 : n°: 4 : Pages : 517-538

Cote Irdes : P82

In France, Germany, Spain, and the United Kingdom, the decades from the late 1980s to the present have witnessed significant change in health policy. Although this has included the spread of internal competition and growing autonomy for certain nonstate and parastate actors, it does not follow that the mechanism at work is a "neoliberal convergence." Rather, the translation into diverse national settings of quasi-market mechanisms is accompanied by a reassertion of regulatory authority and strengthening of statist, as opposed to corporatist, management of national insurance systems. Thus the use of quasi-market tools brings state-strengthening reform. The proximate and necessary cause of this dual transformation is found in the work of small, closely integrated groups of policy professionals, whom we label "programmatic actors." While their identity differs across cases, these actors are strikingly similar in functional role and motivation. Motivated by a desire to wield authority through the promotion of programmatic ideas, rather than by material or careerist interests, these elite groups act both as importers and translators of ideas and as architects of policy. The resulting elite-driven model of policy change integrates ideational and institutionalist elements to explain programmatically coherent change despite institutional resistance and partisan instability.

45566

ARTICLE

SALTMAN (R.B.)

Tendances en matière de réforme de la santé, 1990-2010

European health reform trends, 1990-2010

Les vingt ans des économistes de la santé.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2010/09 ; n° Hors-série : Pages : 67-73

Cote Irdes : P168

La réforme des systèmes de santé en Europe est devenue un processus complexe, aux multiples facettes, portant sur une large variété d'initiatives cliniques, épidémiologiques, financières et organisationnelles distinctes. L'élaboration des politiques est ainsi devenue un exercice exigeant qui doit être réalisé de manière systématique et coordonnée (résumé de l'éditeur).

45529

OUVRAGE

TABUTEAU (D.), RODWIN (V.)

A la santé de l'oncle Sam : regards croisés sur les systèmes de santé américain et français.

Paris : Odile Jacob

2010

Cote Irdes : A4126

2010 restera dans l'évolution des systèmes de protection sociale l'année de la réforme Obama, Dix ans après l'entrée en vigueur en France, de la loi créant la Couverture maladie universelle (CMU), les Etats-Unis ont fait aboutir, dans un climat de controverses et de polémiques, le projet phare de leur nouveau président. L'idée de ce livre a été, à ce moment clé de l'histoire sociale américaine, de s'interroger sur l'évolution des systèmes de santé américain et français. On croit volontiers que le système de santé français est collectif et public, tandis que le système de santé américain serait fondamentalement individualiste et privatisé. Ils seraient aux antipodes, en quelque sorte ! Pourtant cette comparaison inédite ne manquera pas de surprendre en proposant des résultats déroutants, parfois dérangeants. Au travers d'un véritable débat, deux spécialistes, français et américain, scrutent de près les réformes dans les deux pays, décryptent les pouvoirs de la médecine et analysent les paradoxes des deux systèmes de santé et leurs mutations sourdes (4e de couverture).

<http://www.amazon.fr/sant%C3%A9-loncle-Sam-syst%C3%A8mes-am%C3%A9ricain/dp/2847242961>

45301

FASCICULE

Evolution des dépenses d'assurance maladie : une comparaison franco-allemande de la CCSS.

Les comptes de la Sécurité sociale : Résultats 2009 - Prévisions 2010-2011.

Paris : MSSPS

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO : FICHE

2010/10/07; n°: 715 : Pages : 6-9

Cote Irdes : P72

La Commission des comptes de la Sécurité sociale vient de publier dans son dernier rapport une fiche thématique portant sur une comparaison franco-allemande de l'évolution des dépenses d'assurance maladie. Les régimes de protection sociale allemand et français reposent sur des systèmes d'assurance maladie assez proches, fondés sur une logique d'assurance maladie bismarkienne, avec une très large couverture par l'assurance maladie publique. La différence tient à l'organisation du système, avec une gestion nationale centralisée pour la France et décentralisée dans les Länder pour l'Allemagne. Alors que l'assurance maladie française est constamment déficitaire depuis 1989, l'assurance maladie Allemagne a renoué avec les excédents depuis 2004, hormis l'année 2009. Cet article présente les points essentiels de cette fiche éclairage.

<http://www.securite-sociale.fr/chiffres/ccss/2010/ccss201009.pdf>

45052

RAPPORT , INTERNET

MOYNIHAN (R.)

BertelsmannStifung. Gütersloh. DEU

La politique de santé en temps de crise : challenge et opportunité.

Health policy in times of crisis: challenge and opportunity.

Gütersloh : Bertelsmann Stiftung

2009/12; n°: Numéro spécial : Pages : 11p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

The impact of the crisis on the health of people and populations is hard to predict, likely to be mixed, and in some cases counter-intuitive. There's evidence that the jobless are at higher risk of early death, but there are ambiguous signals from studies of previous economic crises. A review of the evidence on health impacts from three major financial downturns of the past highlights the uncertainty in predicting the health consequences of the current crisis. Surprisingly, death rates actually fell in American cities during the Great Depression in the 1930s, at a time of alcohol prohibition, yet they rose dramatically in heavy-drinking post-Soviet Russia in the early 1990s, particularly in places that implemented privatization most rapidly, or had high labor turnover. The east-Asian financial crisis of the late 1990s was associated with short-term increases in death rates in Thailand and Indonesia, but no change in Malaysia – which unlike its neighbors ignored advice from the global financial community to reduce spending on social protection. Today, post-crisis, governments are being urged to strengthen social protection, with cost-effective investments in health infrastructure that can produce both health and wealth.

http://www.hpm.org/Downloads/HPM_SPOTLIGHTS/HPM_Spotlight_hp_in_times_of_crisis_Dec_09.pdf

45051

OUVRAGE

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Genève. CHE, European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels. BEL, Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé. Bruxelles. BEL

Mise en oeuvre des réformes du financement des soins : leçons issues des pays en transition.

Implementing health financing reform: lessons from countries in transition.

Observatory Studies Series ; 21

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

2010

Cote Irdes : B6916

Since 1990, the social and economic policies of the transition countries of central and eastern Europe, the Caucasus and central Asia have diverged, including the way they have reformed the financing of their health systems. This book analyses this rich experience in a systematic way. It reviews the background to health financing systems and reform in these countries, starting with the legacy of the systems in the USSR and central and eastern Europe before 1990 and the consequences (particularly fiscal) of the transition for their organization and performance. Using in-depth country case experiences, chapters focus on how policies were implemented to change the mechanisms for revenue collection, pooling of funds, purchasing of services and the policy on benefit entitlements. Later chapters highlight particular reform topics: the financing of capital costs; the links between health financing reform and the wider public finance system; the financing of public health services and programmes; the role of voluntary health insurance; informal payments; and accountability in health financing institutions. From practical experience of implementing, advising or evaluating health financing policies in the region, the authors offer important lessons, as well as pitfalls to avoid in the reform process. This book is essential reading for health finance policy-makers, advisers and analysts in this region and beyond.

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0014/120164/E94240.pdf

45006

RAPPORT, IRDES

PRZYWARA (B.)

Commission Européenne. Direction des Affaires Economiques et Financières. Bruxelles. BEL, European Commission. Directorate-General For Economic and Financial Affairs. Brussels. BEL

Projections des futures dépenses de santé au niveau européen : facteurs, méthodologie et principaux résultats.

Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results.

Economic Papers; 417

Bruxelles : Communauté Européenne

2010/07

Predicting the future evolution of health care expenditure is one of crucial challenges facing the European Union and its Member States in the context of the demographic and social changes taking currently place in Europe. To correctly assess the risk of rising health care spending over the next couple of decades and establish adequate policy responses to the challenges, it is essential to devise a reliable method to estimate future health care expenditure. However, the complexity of the systems and multiplicity of factors affecting both total and public spending make this a highly complicated task, where results will always be surrounded by considerable uncertainties. To tackle this issue a major project was undertaken by the European Commission and Economic Policy Committee which aimed at projecting future public health care expenditure in twenty seven Member States of the European Union and Norway over the period 2007- 2060. A unique internationally comparable database has been established and a model built allowing to project health care spending in a common, coherent framework of macroeconomic variables and a set of projections covering a number of other age-related items of public social expenditure. The model incorporates the most recent developments in demography and epidemiology and draws on new insights from health economics, allowing the comparison of the risks and challenges facing both individual countries' health care systems and European society in its entirety. This paper provides a comprehensive overview of the theoretical background, practical aspects of projecting health care expenditure and the actual results of the projections undertaken in the context of long-term budgetary projections.

http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2010/pdf/ecp417_en.pdf

45005

ARTICLE

STUCKLER (D.) , BASU (S.) , MCKEE (M.)

Crises budgétaires, santé et programmes de protection sociale

Budget crises, health, and social welfare programmes.

BRITISH MEDICAL JOURNAL

2010; n°: 340

The recession of 2008 has had profound economic consequences for many countries. How and when to reduce budget deficits was a major focus in the recent general election in the United Kingdom and continues to make headlines around the world. The new government has already begun to make large cuts in public expenditure, even though the UK's projected underlying debt, as a share of gross domestic product (GDP), is less than that of other industrialized countries, it has longer than many other countries before it is required to refinance loans, and the actual deficit in 2009-10 was considerably less than expected. Leading economists have widely divergent views about whether the cuts will aid or hinder economic recovery, but have paid scant attention to the potential effects of reductions in health and social expenditure on population health. We examine historical data for insights into how lower levels of public spending might affect health.

<http://www.bmj.com/content/340/bmj.c3311.full>

44689

RAPPORT, INTERNET

VLAYEN (J.), VANTHOMME (K.), CAMBERLIN (C.), PIÉRART (J.)

Belgian Health Care Knowledge Centre. (K.C.E.). Bruxelles. BEL, Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé. Bruxelles. BEL

Un premier pas vers la mesure de la performance du système de soins de santé belge.

KCE report; 128B

Bruxelles : KCE

2010

La présente étude a pour objectif d'une part d'étudier les manières possibles de concevoir un système d'évaluation de la performance du système de soins de santé et d'autre part d'examiner leur application possible en Belgique tout en construisant et en mesurant un premier ensemble d'indicateurs.

http://www.kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=3460&CREF=16551

44615

RAPPORT, INTERNET

DAVIS (K.), SCHOEN (C.), STREMIKIS (K.)

Commonwealth Fund. New York NY. USA

Miroir, miroir sur le mur : comment comparer la performance du système de santé américain à l'échelle internationale. Mise à jour 2010.

Mirror, mirror on the wall : how the performance of the US health Care system compares internationally. 2010 update.

New York : The Commonwealth Fund

2010

Despite having the most costly health system in the world, the United States consistently underperforms on most dimensions of performance, relative to other countries. This report—an update to three earlier editions—includes data from seven countries and incorporates patients' and physicians' survey results on care experiences and ratings on dimensions of care. Compared with six other nations—Australia, Canada, Germany, the Netherlands, New Zealand, and the United Kingdom—the U.S. health care system ranks last or next-to-last on five dimensions of a high performance health system: quality, access, efficiency, equity, and healthy lives. Newly enacted health reform legislation in the U.S. will start to address these problems by extending coverage to those without and helping to close gaps in coverage—leading to improved disease management, care coordination, and better outcomes over time.

http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2010/Jun/1400_Davis_Mirror_Mirror_on_the_wall_2010.pdf

44593

FASCICULE

Le pilotage des dépenses d'assurance-maladie en Europe : une étude de la Direction du Trésor.

Paris : La documentation française

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO : FICHE

2010/06/10; n°: 705 : Pages : 10p.

Cote Irdes : P72

Cet article synthétise une étude réalisée par la Direction du Trésor pour le rapport de Raoul Briet sur la pilotage des dépenses d'assurance maladie. Cette étude menée auprès des services économiques de l'Allemagne, de la Belgique, du Danemark et du Royaume-Uni, décrit les mécanismes utilisés dans ces pays pour réguler les dépenses de santé et fixer les objectifs de dépenses.

http://www.apmnews.com/documents/Rapport_Briet_20052010.pdf

44552

RAPPORT

BRIET (R.)

Groupe de Travail sur le Pilotage des Dépenses d'Assurance Maladie. Paris. FRA

Le pilotage des dépenses d'assurance-maladie.

Paris : La documentation française

2010/04

Cote Irdes : B6877

Ce rapport réalisé sous la direction de Raoul Briet rassemble les propositions du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie. Le rôle du comité d'alerte sera

étendu. Il se prononcera désormais au préalable sur la construction de l'Ondam et assurera un rôle de veille en continue. Un premier avis sur l'exécution de l'Ondam de l'année précédente sera remis dès le 15 avril aux ministres. Le seuil de l'alerte, fixé aujourd'hui à 0,75 % de l'Ondam, sera progressivement abaissé à 0,5 % d'ici 2012-13. Un comité de pilotage réunissant l'ensemble des directeurs concernés, qui sera régulièrement coprésidé par les ministres chargés de la santé et des comptes, va être mis en place. Les commissions des affaires sociales des deux assemblées seront informées de ses travaux après chaque réunion coprésidée par les ministres. La qualité du suivi statistique et comptable de l'Ondam sera renforcée afin de donner au comité de pilotage la possibilité de réagir dans les meilleurs délais face au risque de dépassement. La mise en oeuvre de tout ou partie des mesures nouvelles votées dans l'Ondam sera conditionnée au respect de cet objectif et une fraction des dotations sera mise en réserve, d'une manière qui répartisse équitablement l'effort entre les différents secteurs du système de santé. Il est prévu ainsi qu'une fraction des dotations sera mise en réserve en début d'année et sera déléguée au fur et à mesure de la bonne exécution de l'Ondam. Pour dégager des économies tout en maintenant une qualité de soins élevée, le président de la République compte sur plusieurs leviers nouveaux, comme les agences régionales de santé, qui vont permettre d'améliorer le lien entre ville, hôpital et médico-social, et les 150 projets de performance des hôpitaux. Si le gouvernement vise 2,2 milliards d'économies cette année dans l'assurance maladie avec un Ondam à 3 %, l'objectif de 2,9 % en 2011 implique, compte tenu de la croissance spontanée du secteur de la santé, des mesures d'économies de près de 3 milliards l'an prochain. L'objectif sera d'autant plus difficile à tenir que le tarif des généralistes doit être revalorisé en janvier.

http://www.apmnews.com/documents/Rapport_Briet_20052010.pdf

44543

CHAPITRE

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Commission des Comptes de la Sécurité Sociale. (C.C.S.S.). Paris. FRA

Participation financière des patients en Europe.

Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2008 - Prévisions 2009 et 2010. Tome 1.

Paris : Commission des comptes de la Sécurité sociale
2009/10

Cote Irdes : c, Bc6775/1

Ce chapitre présente les différentes modes de financement des soins en Europe : dispositifs de franchises médicales, co-paiement, ticket modérateur, etc.

http://www.securite-sociale.fr/chiffres/ccss/2009/ccss200910_1.pdf

44516

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

SCHERER (P.) , DEVAUX (M.)

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Direction de l'Emploi - du Travail et des Affaires Sociales. (D.E.L.S.A.). Paris. FRA

Le défi du financement des soins de santé durant la crise actuelle : une analyse basée sur des données de l'OCDE

The Challenge of Financing Health Care in the Current Crisis: An Analysis based on the OECD Data.

OECD Health Working Paper; 49

Paris : OCDE

2010/05

La proportion des dépenses de santé par rapport au PIB, qui en termes macro-économiques est un indicateur récapitulant les besoins de financement d'un système de santé national, va probablement monter dans des pays où le PIB chute. Pendant les quatre dernières décennies, les dépenses de santé ont augmenté dans la plupart des pays plus rapidement que le PIB, menant à une hausse de la proportion des dépenses. Des fluctuations dans cette proportion peuvent survenir à la suite de variations dans l'une ou l'autre de ses

composantes. Dans quelques cas, notamment aux États-Unis, la variation du PIB est à l'origine même de la différence du ratio, mais dans la majorité des pays, les variations de dépense de santé sont plus importantes. L'expérience des pays qui ont vraiment réduit leurs dépenses de santé après des récessions laisse à penser que de telles réductions sont de courte durée et que la demande de résultats en matière de services de la santé signifie à la longue une reprise de la croissance des dépenses de santé.

[http://www.oilis.oecd.org/oilis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00009BEE/\\$FILE/JT03283971.PDF](http://www.oilis.oecd.org/oilis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00009BEE/$FILE/JT03283971.PDF)

44503

RAPPORT , INTERNET

Health Consumer Powerhouse. Bruxelles. BEL, Frontier Centre for Public Policy. (F.C.P.P.). Winnipeg. CAN

Indice euro-canadien des consommateurs de soins de santé 2010.

Euro-Canada Health consumer index 2010.

Policy Series ; 89

Winnipeg : Frontier Centre for Public Policy
2010

This is the third annual Euro-Canada Health Consumer Index (ECHCI). The ECHCI is an international comparison of healthcare system performance in 34 countries. All 27 European Union member states are examined, along with Norway, Switzerland, Croatia, FYR Macedonia, Iceland, Albania and Canada. For the third straight year, the Netherlands finishes in first place in the ECHCI, earning 857 out of 1,000 possible points.

http://www.fcpp.org/files/1/10-05-10-Euro-Canada_Index_2010_FINAL.pdf

44261

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

JOUMARD (I.) , ANDRE (C.) , NICQ (C.)

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Paris. FRA
Les systèmes de santé : efficacité et institutions.

Health Care Systems : Efficiency and Institutions.

Economics Department working papers; 769

Paris : OCDE

2010/05

Ce document présente un ensemble d'indicateurs afin d'évaluer la performance des systèmes de santé. Il présente aussi de nouvelles données comparatives sur les politiques et les institutions dans le domaine de la santé pour les différents pays de l'OCDE. Cet ensemble d'indicateurs permet de caractériser empiriquement les systèmes de santé en identifiant des groupes de pays ayant des politiques et institutions comparables. Il permet aussi de mettre en valeur les forces et les faiblesses du système de santé de chaque pays et de déterminer les gains potentiels d'efficacité. L'analyse empirique montre que dans chacun des pays étudiés l'efficacité des dépenses de santé peut être améliorée; qu'il n'existe pas de système qui, pour un coût donné, produit systématiquement des meilleurs résultats - des réformes radicales en faveur d'un système de santé ne sont donc pas nécessaires ; accroître la cohérence des politiques en matière de santé en adoptant les politiques les plus performantes à l'intérieur d'un système similaire et en empruntant les éléments les plus appropriés aux autres systèmes s'avérera vraisemblablement plus réaliste et plus efficace pour améliorer l'efficacité de la dépense en matière de santé.

[http://www.oilis.oecd.org/oilis/2010doc.nsf/LinkTo/NT00002BB6/\\$FILE/JT03283813.PDF](http://www.oilis.oecd.org/oilis/2010doc.nsf/LinkTo/NT00002BB6/$FILE/JT03283813.PDF)

44164

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

PARIS (V.) , DEVAUX (M.) , WEI (L.)

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Direction de l'Emploi - du Travail et des Affaires Sociales. (D.E.L.S.A.). Paris. FRA

Caractéristiques institutionnelles des systèmes de santé : une enquête auprès de 29 pays de l'OCDE.

Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries.

OECD Health Working Paper; 50

Paris : OCDE

2010/04

En 2008, l'OCDE a lancé une enquête auprès de ses pays membres pour recueillir une information sur les caractéristiques des systèmes de santé. Ce document présente l'information fournie par 29 pays en 2009. Il décrit comment chaque pays organise la couverture de la population contre les risques liés à la santé et le financement des dépenses de santé. Il dépeint l'organisation des soins, à travers le caractère public/privé de l'offre de soins, les modes de paiement des prestataires, le choix de l'utilisateur et la concurrence entre prestataires, ainsi que la régulation de l'offre et des prix. Finalement, il donne une information sur la gouvernance et l'allocation des ressources dans les systèmes de santé (décentralisation, nature de la contrainte budgétaire et établissement des priorités).

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-systems-institutional-characteristics_5kmfxfq9qbnr-en

43830

CHAPITRE

DORMONT (B.)

Les dépenses de santé : une augmentation salubre ?

16 nouvelles questions d'économie contemporaine.

Economiques 2.

Paris : Albin Michel

2010

Cote Irdes : A4033

Cette étude analyse les facteurs d'évolution des dépenses de santé depuis les années cinquante, pour la France et l'ensemble des pays industrialisés. Elle insiste plus particulièrement sur les facteurs "âge", proximité de la mort et diffusion des innovations médicales.

[http://www.albin-](http://www.albin-michel.fr/multimedia/Documents/espace_journalistes/communiqués_de_presse/201003/askenazy.pdf)

[michel.fr/multimedia/Documents/espace_journalistes/communiqués_de_presse/201003/askenazy.pdf](http://www.albin-michel.fr/multimedia/Documents/espace_journalistes/communiqués_de_presse/201003/askenazy.pdf)

<http://www.cepremap.ens.fr/depot/opus/OPUS15.pdf>

43362

OUVRAGE

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.

DNK

Les systèmes de santé nordiques. Les réformes récentes et les défis politiques actuels.

Nordic health systems. Recent reforms and current policy challenges

European Observatory on Health Systems and Policies Series

Maidenhead : Open University Press

2009

Cote Irdes : A4000

This book examines recent patterns of health reform in Nordic health systems, and the balance between stability and change in how these systems have developed. The following themes are explored : politicians, patients and professions; financing, production and distribution; the role of primary health sector; the role of public health; internal management mechanisms; impact of the European region.

<http://www.euro.who.int/document/e93429.pdf>

43303

RAPPORT

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Bureau Régional de l'Europe. Copenhague. DNK

Rapport sur la santé en Europe 2009 : santé et systèmes de santé.

The European health report 2009 : health and health systems.

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe
2009

Cote Irdes : B6819

Quelles ont été les tendances observées dans les indicateurs de la santé publique au cours de ces quatre dernières années ? Quels facteurs influencent la santé et quels sont les défis pour l'avenir ? Comment les systèmes de santé peuvent-ils contribuer à l'amélioration de la santé des populations de la région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ? En répondant à ces questions, ce rapport présente les réformes de grande ampleur entreprises par les pays afin de renforcer la performance de quatre fonctions fondamentales des systèmes de santé : la prestation de services, l'obtention de ressources, le financement et la fonction de direction (stewardship).

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/82386/E93103.pdf

43220

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

MELBERG (H.O.)

University of Oslo. Health Economics Research Programme. (H.E.R.O.). Oslo. NOR

Pourquoi existe-il un tel écart entre les dépenses de santé et les résultats en Norvège en comparaison avec la Finlande ?

Why is there such a gap between health expenditures and outcomes in Norway compared to Finland ?

Working paper 2009; 10

Oslo : HERO

2009

According to the OECD Norway spends 47% more on health care per capita compared to Finland and about 30% more than the other Nordic countries. At the same time indicators of health status show that Norway is not better on important indicators of health. This raises the question of why there is such a gap between spending and outcome in Norway compared to the other Nordic countries. This paper lists a number of possible explanations and quantifies their importance. The conclusion is that higher wages may explain up to 38% of the difference between Norway and Finland and differences in staff levels explain about 25%. Data errors are difficult to quantify, but the data on in long term care suggests that it accounts for at least 20% of the difference. Diminishing or zero marginal return is a controversial explanation for the lack of difference in outcomes despite higher spending and a brief review of the literature shows conflicting evidence. Finally, the last section argue that a convincing explanation of the growth of health spending should be based on a model that takes into account the fact that health care to a large extent is provided outside the free-market and that people seems to have special moral intuitions when it comes to the provision of health services as opposed to many other goods.

http://www.hero.uio.no/publicat/2009/2009_10.pdf

43213

RAPPORT, INTERNET

SCHOEN (C.), HELMS (D.), FOLSOM (A.)

Commonwealth Fund. New York NY. USA, Academy Health. Washington DC. USA

Exploiter les marchés des soins de santé pour l'intérêt public: Eléments de connaissance des systèmes multi-payeurs allemand et néerlandais pour la réforme du système de santé américain.

Harnessing Health Care Markets for the Public Interest: Insights for U.S. Health Reform from the German and Dutch Multipayer Systems.

New York : The Commonwealth Fund

2009/12

As the United States moves toward health reform, it can glean important insights from other countries. Germany and the Netherlands, in particular, offer rich examples of approaches that could be applied to U.S. institutions. Both provide universal coverage within health systems that rely on competing insurance plans and largely private delivery systems. Both have used similar strategies to address issues and concerns, including insurance boards and exchanges to handle risk, set standards, and facilitate meaningful choice; all-payer payment mechanisms that ensure coherence and prevent undue use of market power; and information systems that inform payment and provide benchmarks to improve overall system performance. Using analysis from experts, as well as visits to both countries to study the systems, this report examines the system oversight and governance mechanisms in both countries to bring insights to the U.S. health reform debate.

http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2009/Dec/Sc_hoen_German%20and%20Dutch%20Governance%20Report_1215_v2.pdf

42861

OUVRAGE

MILLS (C.), CAUDRON (J.)

Protection sociale : économie et politique, débats actuels et réformes.

Master Pro

Paris : Gualino Editeur

2009

Cote Irdes : A3974

Ce livre analyse les différents secteurs de la protection sociale : retraites, politique familiale, santé, emploi et financement de la protection sociale, lutte contre l'exclusion etc.. Il intègre l'actualité la plus récente en la matière et notamment la crise de ces systèmes, en relation avec la crise systémique d'ensemble ainsi que le type de réformes menées tant en France que dans l'Union européenne. Il s'attache à dégager pour chacun des secteurs des pistes de réformes alternatives.

42734

RAPPORT

MORGAN (D.), OXLEY (H.), DOCTEUR (E.), PARIS (V.), KLAZINGA (N.), RONCHI (E.), SMITH (P.C.)

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Paris. FRA
Achieving Better Value for Money in Health Care.**Obtenir un meilleur rapport qualité-prix dans les soins de santé**

Études de l'OCDE sur les politiques de santé

Paris : OCDE

2009

La hausse des dépenses publiques de santé reste un problème dans pratiquement tous les pays de l'OCDE et de l'Union européenne. C'est pourquoi l'attention se porte de plus en plus sur les mesures qui atténueront ces pressions en améliorant la performance des systèmes de santé. Ce rapport présente un ensemble de politiques pouvant aider les pays à améliorer l'efficacité des systèmes de santé et ainsi à obtenir un meilleur rapport qualité-prix dans les soins. Un large éventail d'instruments d'action est examiné en tirant parti de données et d'études de cas portant sur de nombreux pays. Les thèmes suivants sont traités : le rôle de la concurrence sur les marchés de la santé ; les possibilités d'amélioration de la coordination des soins ; une tarification plus adaptée des produits pharmaceutiques ; un contrôle plus poussé de la qualité s'appuyant sur une utilisation plus intensive des technologies de l'information et de la communication pour les soins ; et un plus large partage des coûts.

<http://browse.oecdbookshop.org/oecd/pdfs/browseit/8109172E.PDF>

42624

OUVRAGE

Etudes comparatives et politiques de santé modernes.

Comparative studies and the politics of modern medical care.

New Haven : Yale University Press

2009

Cote Irdes : A3936

This book offers a timely account of health reform struggles in developed democracies. The editors, leading experts in the field, have brought together a group of distinguished scholars to explore the ambitions and realities of health care regulation, financing, and delivery across countries. These wide-ranging essays cover policy debates and reforms in Canada, Germany, Holland, the United Kingdom, and the United States, as well as separate treatments of some of the most prominent issues confronting policy makers. These include primary care, hospital care, long-term care, pharmaceutical policy, and private health insurance. The authors are attentive throughout to the ways in which cross-national, comparative research may inform national policy debates not only under the Obama administration but across the world.

<http://yalepress.yale.edu/yupbooks/book.asp?isbn=9780300149838>

42617

RAPPORT, INTERNET

COLLINS (S.R.) , DAVIS (K.) , NUZUM (R.)

Commonwealth Fund. New York NY. USA

Les projets de loi 2009 du Congrès réformant le système de santé : regard sur l'assurance maladie, le système de dispense des soins et le financement.

The comprehensive congressional health reform bills of 2009 : a look at health insurance, delivery system and financing provisions.

New York : The Commonwealth Fund

2009/10

Cote Irdes : En ligne

This report provides an overview of key provisions of the two separate comprehensive health reform bills passed by the five committees of jurisdiction in the U.S. Congress: the Finance Committee and the Health, Education, Labor, and Pensions (HELP) Committee of the Senate, and the Ways and Means, Education and Labor, and Energy and Commerce committees of the House of Representatives. While the general frameworks of the bills are very similar—all bills include provisions intended to improve and expand coverage and all would create a comprehensive and coherent strategy for improving health care quality—they differ in a few key respects. Most important, the Senate Finance Committee bill does not include a public plan option or a requirement that employers offer coverage, nor does it reform for more than one year Medicare's formula for setting physician fees; the House bill includes all of these features.

http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2009/Oct/Congressional%20Bills/Revised/1333_Collins_comprehensive_congressional_hlt_reform_bills_2009_complete_REVISED_FINAL.pdf

42557

FASCICULE , RAPPORT

PEARSON (M.)

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Paris. FRA
Disparités des dépenses de santé entre les pays de l'OCDE : pourquoi les Etats-Unis ont-ils des dépenses plus importantes que les autres pays industrialisés ?

Disparities in health expenditure across OECD countries: Why does the United States spend so much more than other countries? Health expenditure in the United States is far higher than in other developed countries.

Disparities in health expenditure across OECD countries: Why does the United States spend so much more than other countries?

Written Statement to Senate Special Committee on Aging

Paris : OCDE

2009/09

The United States spent 16% of its national income (GDP) on health in 2007, which is by far, the highest share in the OECD and more than seven percentage points higher than the average of 8.9% in OECD countries. This presentation was given by Mark Pearson, Head of OECD Health Division, to the U.S Senate Special Committee on Aging.

<http://www.oecd.org/dataoecd/5/34/43800977.pdf>

42324

RAPPORT

Health Consumer Powerhouse. Bruxelles. BEL

Indice européen des consommateurs de soins de santé 2009.

Euro Health consumer index 2009.

Bruxelles : Health Consumer Powerhouse

2009

Cote Irdes : B6764

The Netherlands win the 2009 Euro Health Consumer Index (EHCI), for the second year in a row - the first time this happens since the EHCI started in 2005 - and with an outstanding margin. Nevertheless, Denmark keeps its runner-up position from last year. Besides the Dutch and Danish system there is a small group of strong performers: Iceland, Austria and Switzerland. There are general improvement trends among most of the measured healthcare systems, with examples of reform making impact not only in Netherlands but in Ireland and the Czech Republic as well. There is continuous decline in the Spanish or Greek healthcare systems which do not keep up with the improvement rate one can find in countries like the Netherlands, Denmark or Ireland. Large parts of Eastern and Central Europe seem to be affected by the financial crisis.

<http://www.healthpowerhouse.com/files/Report%20EHCI%202009%20091005%20final%20with%20cover.pdf>

42222

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

LEITZ (A.M.) , THEURL (E.)

University of Innsbruck. Faculty of Economics and Statistics. Innsbruck. AUT

La convergence de la structure de financement des systèmes de santé : données empiriques issues des pays de l'OCDE.

The Convergence of Health Care Financing Structures: Empirical Evidence from OECD-Countries

Working paper; 0912

Innsbruck : University of Innsbruck

2009/08

In this paper we concentrate on the question whether the financing structure of the health care systems converges. In a world of increasing economic integration convergence in health care financing (HCF) and, hence, decreasing differences in HCF across countries enhance individuals' (labour) mobility and support harmonization processes. As an indicator for convergence we take the public financing ratio in % of total HCF and in % of GDP. The major finding is that HCF in the OECD countries converged in the time period 1970 – 2005. This conclusion also holds when looking at smaller sub groups of countries and shorter time periods. However, we find evidence that countries do not move towards a common mean and that the rate of convergence is decreasing over time.

<http://www.laborrn.at/wp/wp0912.pdf>

42155

DOCUMENT DE TRAVAIL

ALBOUY (V.) , BRETIN (E.) , CARNOT (N.) , DEPREZ (M.)

Ministère des Finances. Direction Générale du Trésor et de la Politique Économique. (D.G.T.P.E.). Paris. FRA

Les dépenses de santé en France : déterminants et impact du vieillissement à l'horizon 2050.

Documents de travail de la DGTPE. 2009-11

Paris : DGTPE

2009/07

La part du revenu national consacrée à la santé est en forte croissance depuis plusieurs décennies. Cette dépense étant largement socialisée, il est capital d'évaluer si cette tendance a des chances de se poursuivre, quelles en sont les causes profondes, et si les politiques publiques peuvent l'infléchir. Ce document passe en revue les déterminants possibles de l'augmentation des dépenses de santé. Il conclut que si certains facteurs passés pourraient peser moins lourdement à l'avenir, la santé reste fondamentalement une industrie en croissance tirée par l'innovation technico-médicale. L'ampleur de la hausse à venir paraît néanmoins très incertaine : les estimations passées ici en revue anticipent une hausse du poids de la santé dans le PIB comprise entre 0 et plus de 10 points d'ici 2050.

Dans une deuxième partie, une estimation originale de l'effet du vieillissement démographique est proposée. D'après nos estimations, l'impact du vieillissement sur la dépense de santé devrait être compris entre ½ et 2 ½ points de PIB d'ici 2050, selon que la santé des seniors ira spontanément en s'améliorant ou qu'au contraire les soins aux personnes âgées s'intensifient.

http://www.finances.gouv.fr/directions_services/dgtpe/etudes/doctrav/pdf/cahiers-2009-11.pdf

42118

ARTICLE

GRIGNON (M.)

Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité. (O.F.Q.S.S.). Paris. FRA

Les cadres d'analyses de la performance des systèmes de santé : forces et limites.

Bilan des réformes des systèmes de santé.

Paris : Ofqss ; Irdes

SANTE SOCIETE ET SOLIDARITE : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBECOIS

2009/08; Vol : : n°: 2/2008 : Pages : 163-169

Cote Irdes : R1763, P174

Cet article traite des méthodes de mesure de la performance des systèmes nationaux de santé. Les différents concepts de performance définis, l'article se concentre sur la performance technique, rapport des résultats obtenus aux ressources utilisées. Les principales méthodes d'estimation statistique de cette performance technique et leurs limites sont décrites brièvement. En seconde partie sont décrites les (rares) études de comparaison systématique des performances des systèmes nationaux de santé (deux pour les pays de l'OCDE, une pour les Etats de l'Inde et une pour les 191 pays de monde).

41863

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

PETRIE (D.) , TANG (K.K.) , RAO (D.S.)

University of Queensland. School of Economics. Brisbane Queensland. AUS

Evaluation du système de soins en fonction de la valeur ajoutée à la santé et estimation de l'efficacité des systèmes de santé des pays de l'OCDE.

A Value-Added Based Measure of Health System Output and Estimating the Efficiency of OECD Health Systems.

Discussion Paper; 393

2009

Life expectancy at birth is the most commonly used measure for health system output. However, there are a number of reasons why it may be a poor proxy. First, life expectancy assumes a stationary population and thus does not take into account the current demographic structure of a country; and second, the output of a health system should be measured in terms of the value-added to the population's health status rather than health status itself. The paper develops a new measure of health system output, the Incremental Life Years to address these problems. The new measure is applied to study health system output, efficiency and total factor productivity in OECD countries for the years 2000 and 2004. The new measure provides different results compared to those based on the traditional life expectancy measure, and the differences are further accentuated when changes in efficiency and productivity are estimated.

<http://www.uq.edu.au/economics/abstract/393.pdf>

41585

CHAPITRE

IMMERGUT (E.)

Fédération Nationale de la Mutualité Française. (F.N.M.F.). Paris. FRA

Le système de santé allemand : impasse ou révolution ?

Carnet de santé de la France en 2009 : économie, droit et politiques de santé.

Paris : FNMF ; Dunod

2009

Cote Irdes : Ac3884Ac

Une partie du Carnet de santé de la France 2009 montre dans quelles conditions il est possible d'apprendre de l'expérience des autres pays avec les meilleurs experts des pays concernés. Ce chapitre porte sur la réforme du système de santé allemand.,

<http://www.amazon.fr/Carnet-Sant%C3%A9-France-2009-politiques/dp/2100530178>

41574

ARTICLE

GRIGNON (M.)

Pourquoi les systèmes de santé sont-ils organisés différemment ?

Le marché de la santé : efficience, équité et gouvernance.

REVUE ECONOMIQUE

2009/03; Vol : 60 : n°: 2 : Pages : 507-520, 3 tabl.

Cote Irdes : P57

Un système national de santé organise et régule simultanément deux types d'interventions publiques : tout d'abord, comme toute politique sociale, il met en œuvre des transferts de revenus, entre ménages, selon la richesse et l'état de santé, mais aussi entre ménages et producteurs de soins. Il agit aussi comme régulateur des relations entre des producteurs et des consommateurs d'un bien essentiellement privé mais difficilement observable, la santé. On peut donc concevoir que ces systèmes soient organisés très différemment d'un pays à l'autre, et chercher quels sont les facteurs, objectifs comme le degré d'inégalité des revenus, ou liés aux valeurs, comme l'aversion pour l'inégalité, qui expliquent ces différences entre systèmes nationaux de santé. Cet article est une première étape sur la voie d'une modélisation de la façon dont les systèmes nationaux font des choix : les modèles théoriques sont passés en revue, ainsi que les variables dépendantes à retenir pour décrire les systèmes de santé

<http://www.cairn.info/revue-economique-2009-3.htm>

41384

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

VAN ELK (R.) , MOT (E.), FRANSES (P.H.)

Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis. (C.P.B.). La Hague. NLD

Une modélisation des dépenses de santé. Vue globale de la littérature et données issues d'un modèle de panel de séries temporelles.

Modelling health care expenditures. Overview of the literature and evidence from a panel time series model.

CPB Discussion Paper; 121

La Hague : CPB

2009/02

Health care expenditures in industrial countries have been growing rapidly over the past forty years. This rapid growth jeopardizes the sustainability of public budgets and causes an increasing interest in the determinants of health care expenditures. The first purpose of this paper is to give an up to date overview of the literature on health care expenditures.

Secondly, this paper tries to contribute to the existing literature by investigating the impact of several factors on health care expenditures in an empirical analysis using an error-correction model. Additional to the 'usual suspects' for rising health care expenditures, we pay attention to a somewhat neglected driving factor, which is the increase in the relative price of health care compared to other goods and services. We find that the increasing price of health care helps to explain the increase in real health care expenditures. However, the use of health care in volume terms is negatively affected by the increasing price. This effect seems to be stronger in periods of cost containment policy. Consistent with most recent findings in the literature, we find that income and ageing are important drivers of health care expenditures.

<http://www.cpb.nl/eng/pub/cpbreeksen/discussie/121/disc121.pdf>

41353

OUVRAGE

THOMSON (S.) , FOUBISTER (T.) , MOSSIALOS (E.)

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.

DNK, European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels. BEL , Observatoire Européen des Systèmes et Politiques de Santé. Bruxelles. BEL

Financement du système de soins dans l'Union européenne : challenges et réponses politiques

Financing health care in the European Union: challenges and policy responses.

Observatory Studies Series ; 17

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

2009

Health care systems across the European Union face a common challenge: the high cost of health care. Governments strive to ensure that cost pressures do not undermine values such as universal coverage and equitable financing and access. Focusing on the three health care financing functions - collection, pooling and purchasing - as well as on coverage, this book analyses the organization of health care financing in the Member States of the European Union, discusses the principal financing reform trends of recent years, and assesses their capacity to help ensure fiscal sustainability. The book includes a useful annex detailing the health care financing systems of each of the 27 Member States of the European Union. It will inform the deliberations of policy- and decision-makers, both within and beyond the European Union, faced with reconciling rising costs with equitable and sustainable health care.

<http://www.euro.who.int/document/E92469.pdf>

41319

ARTICLE

CHAMBARETAUD (S.), HARTMANN (L.)

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Paris. FRA

Cost sharing, out of pocket payments and exemption mechanisms in Europe.

Participation financière des patients et mécanismes de protection en Europe.

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2009/01-03; Vol : 40 : n°: 1 : Pages : 31--38

Cote Irdes : c, P25

Cette synthèse propose de comparer les expériences étrangères en terme de participation financière des patients et d'analyser les mécanismes d'exonération (et leur logique) qui ont été, le cas échéant, institués. Les auteurs ont étudié cinq pays européens qui, tout en étant relativement comparables à la France en terme de développement du système de santé, présentent des caractéristiques particulières au regard des mécanismes de participation financière et de protection des patients : l'Allemagne, la Belgique, les Pays-Bas, la Suède et la Suisse.

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Participation_financiere_des_patients_en_Europe.pdf

40695

DOCUMENT DE TRAVAIL

DORMONT (B.)

Centre pour la Recherche Economique et ses Applications. (C.E.P.R.E.M.A.P.). Paris. FRA

Les dépenses de santé : une augmentation salubre ?

Collection du Cepremap.

Paris : Editions d'Ulm - Presses de l'Ecole normale supérieure

2009

Cote Irdes : B6653

Le débat sur le système de santé est d'ordinaire abordé sous l'angle du financement, avec la perspective des sacrifices à consentir. Une telle approche privilégie les moyens au dépend des fins. En s'intéressant de près à la dépense de santé, cette étude veut donner toute sa place aux objectifs. Depuis le milieu du XXe siècle les économies développées connaissent deux grandes tendances : un formidable accroissement de la longévité et une augmentation continue de la part du produit intérieur brut consacrée aux dépenses de santé. Quel est le lien entre ces deux évolutions ? Contrairement à une opinion répandue, le vieillissement ne joue qu'un rôle mineur dans la croissance des dépenses de santé. Celle-ci résulte principalement de la dynamique du progrès médical : de nouveaux produits et de nouvelles procédures apparaissent continuellement, dont la diffusion alimente la croissance des dépenses de santé. Ces dépenses sont-elles justifiées ? Doivent-elles continuer à progresser ? Ces questions doivent être posées car la dépense de santé est, dans une large proportion, financée par des prélèvements obligatoires. Pour y répondre, il faut mesurer la valeur des gains en santé et en longévité obtenus en contrepartie des dépenses de santé. On utilise pour cela le concept de « valeur statistique de la vie », employé dans d'autres domaines de la décision publique comme les politiques environnementales. Des études ciblées sur différentes pathologies comme les maladies cardiaques, la cataracte ou la dépression montrent que les innovations médicales ont, certes, entraîné une augmentation du coût des traitements. Mais la valeur de l'amélioration de la qualité de la vie, de la baisse des handicaps et de l'accroissement de la longévité qui en découlent dépasse largement la hausse du coût des soins. Une étude plus globale réalisée pour les États-Unis aboutit à une évaluation spectaculaire : entre 1970 et 2000, les progrès en santé et en longévité auraient représenté chaque année un gain égal à 34 % du PIB, soit plus du double des dépenses de santé, qui représentent 15 % du PIB dans ce pays. Un tel résultat suggère que dépenser encore plus pour la santé pourrait répondre aux préférences collectives. Grâce aux innovations médicales, nous vivons plus longtemps et en meilleure santé. Évalués en unités monétaires, les gains en bien-être obtenus en contrepartie de ces dépenses semblent gigantesques. Certes, des gains d'efficacité sont possibles et souhaitables. Mais il est urgent d'organiser en France un débat public sur le niveau désirable de l'effort consenti en faveur de la santé. La focalisation actuelle des discussions sur le niveau des prélèvements obligatoires escamote la réflexion sur les dépenses désirées..

<http://www.cepremap.ens.fr/depot/opus/OPUS15.pdf>

40463

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

CAREY (D.) , HERRING (B.) , LENAIN (P.)

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Paris. FRA
La réforme du système de santé aux Etats-Unis.

Health care reform in the United States

Economics Department working papers; 665

Paris : OCDE

2009/02

Malgré certains progrès, les États-Unis ne sont pas très bien placés parmi les pays de l'OCDE pour ce qui est de diverses mesures des résultats de la santé. Or, les dépenses de santé y sont sensiblement plus élevées que dans tout autre pays de l'OCDE. Cette situation contradictoire amène à penser qu'il est possible d'améliorer le système de santé du pays tout en réduisant, ou du moins en n'augmentant pas, les dépenses. Le présent papier examine plus particulièrement deux facteurs qui contribuent à la divergence entre les résultats et les dépenses en matière de santé aux États-Unis : accès inéquitable aux services médicaux et inefficacité des subventions pour la souscription de polices d'assurance privées ; et manque d'efficacité de l'assurance de santé publique. Il propose ensuite deux séries de réformes propres à améliorer le système de santé des États-Unis. La première est un ensemble de mesures destinées à assurer la couverture universelle de l'assurance-maladie. La deuxième concerne les méthodes de paiement et les décisions de prise en charge au sein du programme Medicare et vise à réaligner les incitations et à renforcer l'évaluation économique des différents actes médicaux.

40294

RAPPORT, INTERNET

LEU (R.E.) , RUTTEN (F.F.H.) , BROUWER (W.) , MATTER (P.) , RUTSCHI (C.)

Commonwealth Fund. New York NY. USA

Les systèmes d'assurance maladie en Suisse et aux Pays-Bas : une couverture universelle et des marchés concurrentiels régulés.

The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and Regulated Competitive Insurance Markets.

New York : The Commonwealth Fund

2009/01

As the United States resumes debate over options for achieving universal health coverage, policymakers are once again examining insurance systems in other industrialized countries. More recent attention has focused on countries that combine universal coverage with private insurance and regulated market competition. Switzerland and the Netherlands, in particular, have drawn attention for their use of individual mandates combined with public oversight of insurance markets. This paper provides an overview of the Swiss and Dutch insurance systems, which embody some of the same concepts that have guided health reforms adopted in Massachusetts and considered by other states and by federal policymakers. The two systems have many features in common: an individual mandate, standardized basic benefits, a tightly regulated insurance market, and funding schemes that make coverage affordable for low- and middle-income families. Differences include degree of centralization, basis of competition among insurers, availability of managed care, and reliance on patient cost-sharing to influence care-seeking behavior.

http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Leu_swissdutchhltinssystems_1220.pdf?section=4039

46793

OUVRAGE, INTERNET

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Bureau Régional de l'Europe. Copenhague.

DNK, European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels. BEL , Observatoire

Européen des Systèmes et Politiques de Santé. Bruxelles. BEL

Mesure des performances pour l'amélioration des systèmes de santé : expériences, défis et perspectives.

Performance measurement for health system improvement : experiences, challenges and prospects.

Cambridge ; Cambridge University Press

2009

In a world where there is increasing demand for the performance of health providers to be measured, there is a need for a more strategic vision of the role that performance measurement can play in securing health system improvement. This volume meets this need by presenting the opportunities and challenges associated with performance measurement in a framework that is clear and easy to understand. It examines the various levels at which health system performance is undertaken, the technical instruments and tools available, and the implications using these may have for those charged with the governance of the health system. Technical material is presented in an accessible way and is illustrated with examples from all over the world. Performance Measurement for Health System Improvement is an authoritative and practical guide for policy makers, regulators, patient groups and researchers.

<http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/studies/performance-measurement-for-health-system-improvement-experiences,-challenges-and-prospects>

39071

OUVRAGE

SPIRA (A.), MOUTET (F.), MARSAULT (C.) et al.

Office de Prospective en Santé. (O.P.S.). Paris. FRA

Rapport 2008.

Paris : Editions de santé ; Paris : Les Presses de SciencesPo

2008

Pages : 202p.

Cote Irdes : A3764

Coordonné par la chaire santé de Sciences-Po, ce premier rapport de l'Office de prospective en santé (OPS) rassemble plusieurs travaux réalisés par des experts du monde de la santé, sur l'évolution des systèmes de santé d'ici 2025. Il montre que le système de santé français est bel et bien en rupture organisationnelle et concernant le devenir de l'industrie des produits de santé, il parie d'ici les 20 prochaines années sur une forte évolution du disease management avec une industrie proposant de plus en plus de services autour du produit.

38764

ARTICLE

KERVASDOUE (J. DE) , LOMBRIL (P.) , PINEAULT (R.) , MICHEL (P.)

Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité (O.F.Q.S.S.). Paris. FRA

"La maîtrise des dépenses imposée au système de santé se fait au détriment de la qualité des services rendus" : Tables rondes sur les idées reçues.

Maîtrise des dépenses de santé ou qualité : faut-il choisir ? Actes du 2e forum franco-québécois sur la santé. Paris - Mars 2007.

SANTE SOCIETE ET SOLIDARITE : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBECOIS

2008/06

N ° : 2/2007

Pages : 31-41, 3 fig.

Cote Irdes : P174

Les tables rondes permettent d'analyser une idée reçue sous ses différentes manifestations et de débattre de ses fondements. Les intervenants de cette table ronde ont commenté les aspects particuliers des trois idées reçues : Maitriser les dépenses se fait aux dépens des malades ; La maîtrise des dépenses est l'objectif des gestionnaires, la qualité est celui des patients et des professionnels ; La qualité « coûte » toujours.

38743

RAPPORT, INTERNET

SHIH (A.) , DAVIS (K.) , SCHOENBAUM (S.C.) , GAUTHIER (A.) , NUZUM (R.) , MC CARTHY (M.)

Commonwealth Fund. New York. USA

Organisation du système des soins américains pour une performance plus grande.

Organizing the U.S. Health care Delivery System for High Performance.

New York : The Commonwealth Fund

2008/07

Pages : 60p., tabl., graph

Cote Irdes : En ligne

This report from The Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System examines fragmentation in our health care delivery system and offers policy recommendations to stimulate greater organization—established mechanisms for working across providers and care settings. Fragmentation fosters frustrating and dangerous patient experiences, especially for patients obtaining care from multiple providers in a variety of settings. It also leads to waste and duplication, hindering providers' ability to deliver high-quality, efficient care. Moreover, our fragmented system rewards high-cost, intensive medical intervention over higher-value primary care, including preventive medicine and the management of chronic illness. The solutions are complex and will require new financial incentives, changes to the regulatory, professional, and educational environments, and support for new infrastructure. But as a nation, we can no longer tolerate the status quo of poor health system performance. Greater organization is a critical step on the path to higher performance.

http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Shih_organizingushltcaredeliverysys_1155.pdf?section=4039

38716

RAPPORT, INTERNET

Commonwealth Fund. New York. USA

Pourquoi ne sommes nous pas les meilleurs. Résultats du score national américain sur la performance du système de santé, 2008.

Why Not the Best? Results from the National Scorecard on U.S. Health System Performance, 2008.

New York : The Commonwealth Fund

60p., tabl., graph

réf. bibl.

Performance Health System, the National Scorecard on U.S. Health System Performance, 2008, updates the 2006 Scorecard, the first comprehensive means of measuring and monitoring health care outcomes, quality, access, efficiency, and equity in the United States. The 2008 Scorecard, which presents trends for each dimension of health system performance and for individual indicators, confirms that the U.S. health system continues to fall far short of what is attainable, especially given the resources invested. Across 37 core indicators of performance, the U.S. achieves an overall score of 65 out of a possible 100 when comparing national averages with U.S. and international performance benchmarks. Overall, performance did not improve from 2006 to 2008. Access to health care significantly declined, while health system efficiency remained low. Quality metrics that have been the focus of national campaigns or public reporting efforts did show gains.

http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Why_Not_the_Best_national_scorecard_2008.pdf?section=4039

38448

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

POMPEU PARETO (M.)

Boston University. Department of Economics. Boston MA. USA

University of Munich. Munich. DEU

La crise du système de santé aux Etats-Unis : les solutions proposées par les candidats présidentiels pour 2008.

The Health Care Crisis in the United States: The Issues and Proposed Solutions by the 2008 Presidential Candidates.

Münich Personal Repec Archive (MPRA) Paper ; 8293.

Münich : University of Munich, Munich Personal RePEc Archive

2008/06

Pages : 15p.

Cote Irdes : En ligne

The United States has state of the art technology and world renowned expertise in medical treatment, yet in terms of healthcare it shows a dramatically poor performance in relation to the other industrialized countries. This situation is surprising, since one would expect that a free market system run almost entirely by the private sector should show a much better performance. This issue has reached the point of being one of the most important national concerns and the subject of serious political and economic arguments - not only regarding how the system should be improved, but also whether it should remain being run by the private sector under a free market approach or whether it should be run by the government and made accessible to the entire population. The first option is supported by the arguments that public initiatives often perform poorly and that free-market competition should prevail. Contrarily, the other side claims that the system is only nominally a free market, that empirical evidence shows it's not working as it should, and that other successful healthcare systems are mostly government operated. As is stands, the health care issue acquired national importance and is presented as a major component of both presidential candidates programs, yet each favoring a different approach to improve accessibility and lower healthcare costs. Republican Senator McCain relies on improving the system by maintaining its current private enterprise, free market characteristics, while Democratic Senator Barack Obama favours providing universal coverage and lower costs through a higher government intervention in the system. This paper examines the approaches proposed by both candidates and analyses the potential impact their plans may have on the health care system. While the lack of more detailed implementation details makes difficult accessing the effective result of each policy, the comparative review of the alternative approaches presented in this paper will help the reader to judge for him or herself which could be the more appropriate to upgrade the system and attain a higher performance level.
http://mpr.a.ub.uni-muenchen.de/9293/1/MPRA_paper_9293.pdf

38375

ARTICLE

DRUCKER (J.)

Le débat sur la santé dans la campagne présidentielle.

Les Etats-Unis et la santé.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2008

N° : 19

Pages : 21-27

Cote Irdes : P168

La santé est aujourd'hui un sujet de grande préoccupation pour le public américain en raison de l'explosion des coûts et de la dégradation de la couverture du risque maladie qui conduisent à des inégalités criantes d'accès aux soins. Cette situation plaide en faveur d'une réforme ambitieuse du système de santé, amorcée par certains Etats, mais encore très controversée au niveau fédéral. A l'occasion de la campagne présidentielle de 2008, la santé est devenue l'un des principaux enjeux de la politique intérieure aux Etats-Unis. Cet article décrit et analyse les visions et les orientations stratégiques des programmes démocrate et républicain qui s'affrontent aujourd'hui sur le thème du système de santé.

38367

FASCICULE

BOYLE (S.), DURAND-ZALESKI (I.), BUSSE (R.), VRANGBAEK (K.), KLAZINGA (N.), ANELL (A.)

Instantanés sur les systèmes de santé : perspectives sur six pays.

Health system snapshots: perspectives from six countries.

EUROHEALTH

2008

Vol : 14 N° : 1

Pages : 55p.

Cote Irdes : Bulletin étranger

Knowledge is also priceless for health policy. Intelligence on the state of health systems is vital, yet it can be difficult to keep up with the rapid pace of change. This issue of Eurohealth includes snapshots on six countries. Originally commissioned and funded by the New York based Commonwealth Fund, and prepared in a common format, it provides an opportunity to reflect on approaches to efficiency and quality improvement. It is also delighted to include a contribution from historian Louis Galambos, who highlights challenges for the global vaccine industry and how these parallel past events. In an economic downturn, cost pressures may first be felt in areas viewed as low priorities. All too often public health research can suffer. As well as the potential lost health benefits, the economic consequences of reduced investment into vaccine research and development may be substantial: Europe currently produces around 90% of the world's vaccines. Professor Galambos argues that we should focus on the long-term benefits of vaccines to society, rather than just being mindful of short-term budgetary requirements. This issue also features two articles looking at how knowledge can better inform policy making. Hans Stein looks at the role of international organisations in public health research across the EU. He calls for more emphasis on ensuring that research is feasible, policy relevant and linked to the policy making process. Philipa Mladovsky and colleagues, meantime, argue that we are losing an opportunity to make use of much existing knowledge.

<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealth/pdf/eurohealth/vol14no1.pdf>

38303

ARTICLE , INTERNET

STEINBROOK (R.)

La réforme du système de santé dans le Massachusetts : accréter la couverture sociale, évaluer les coûts.

Health Care Reform in Massachusetts : Expanding Coverage, Escalating Costs.

NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

2008/06/26

Vol : 358 N° : 26

Pages : 2757-2760

The far-reaching health care reforms that Massachusetts enacted in April 2006 are often cited as a model for other states.¹ After 2 years, the good news is that the new programs have ramped up rapidly, the number of people without health insurance has been substantially reduced, and overall public and political support remains broad. Early data suggest that access to care has improved, especially among low-income adults; there have also been "reductions in out-of-pocket health care spending, problems paying medical bills, and medical debt."² As of May 2008, about 350,000 residents — 5.5% of the state's population — were newly insured (see figure). About half of them are enrolled in Commonwealth Care, a subsidized insurance program for adults who have no access to employer-sponsored insurance, Medicare, Medicaid, or veterans' or student insurance programs and who earn no more than 300% of the federal poverty guidelines. About a third have purchased private insurance or gained employer-sponsored coverage, and the rest have enrolled in Medicaid. About 72% of the approximately 25,000 people with new individual policies have purchased them through Commonwealth Choice, an unsubsidized offering of private health plans approved by the Commonwealth Health Insurance Connector

Authority, which administers many aspects of the reforms. In addition, the individual and small-group insurance markets have been merged, markedly reducing the cost of individual premiums.

37949

DOCUMENT DE TRAVAIL , INTERNET

FORTIN (B.) , JACQUEMET (N.) , SHEARER (B.)

Université Laval. Centre Interuniversitaire sur le Risque, les Politiques Economiques et l'Emploi. (C.I.R.P.E.E.). Québec QC. CAN

L'analyse politique dans le marché des systèmes de soins : tenir compte de la qualité et de la quantité.

Policy Analysis in the Health-Services Market: Accounting for Quality and Quantity.

CIRPEE Working Paper 08-07

Laval : CIRPEE

2008/05

Pages : 27p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

We provide a theoretical and empirical framework for evaluating the effects of policy reforms on physician labor supply. We argue that any policy evaluation must account for both the quality and the quantity of services provided. The introduction of quality into the analysis has implications for both the theoretical and empirical analysis of labor supply, and consequently policy evaluation. In particular, endogenous quality choices introduce non-linearities into the budget constraint since the marginal return to an hour of work depends on the quality of services provided. We illustrate by considering a particular example: the recent reform in compensation contracts for specialist physicians in the province of Quebec (Canada). Prior to 1999, most Quebec specialist physicians were paid fee-for-service contracts; they received a piece rate for each clinical service provided. In 1999, the government introduced a mixed remuneration system, under which physicians received a base (half-daily or daily) wage, independent of services provided, and a reduced fee-for-service. Moreover, the government allowed physicians to choose their contract. We derive theoretical results for the effect of the reform on the quantity and quality of services supplied by analyzing "local" prices and virtual income. We propose discretizing the choice set as an empirical approach to policy evaluation in the presence of non-linear budget constraints.

<http://132.203.59.36/CIRPEE/cahierscirpee/2008/files/CIRPEE08-07.pdf>

37634

OUVRAGE

PALIER (B.)

La réforme des systèmes de santé.

Que sais-je ; n° 3710.

Paris : Presses Universitaires de France

2008

Pages : 128p.

Cote Irdes : A3698

Franchises, parcours de soin, limitation des arrêts de travail... Les gouvernements accumulent les mesures et pourtant le déficit de l'assurance maladie continue d'exister. Peut-on maîtriser l'augmentation des dépenses de santé ? Pourquoi ces dépenses augmentent-elles partout, et plus vite dans certains pays (Etats-Unis, France, Allemagne) que dans d'autres (Grande-Bretagne, Suède) ? Toutes les réformes des systèmes de santé doivent arbitrer entre quatre objectifs souvent contradictoires que cet ouvrage analyse : assurer la viabilité financière des systèmes, mais aussi l'égal accès aux soins, la qualité de ceux-ci, enfin la liberté et le confort des patients et des professionnels. Les dernières mesures décidées en France semblent abandonner progressivement l'idée d'une médecine de ville solidaire au profit des trois autres objectifs.

<http://www.eyrolles.com/Entreprise/Livre/9782130562184/livre-la-reforme-des-systemes-de-sante.php>

37448

FASCICULE, INTERNET

Commonwealth Fund. New York. USA

Réforme de la politique de santé : les élections de 2008 et au-delà.

Health Policy Reform: The 2008 Elections and beyond.

COLUMBIA JOURNALISM REVIEW

2008/03-04

Pages : 12p., graph.

The Commission's work indicates that expanding access to health insurance coverage is the single most important step to achieving a better system. Presidential candidates

from both the Democratic and Republican parties have proposed plans that seek to expand health coverage, albeit in different ways. And although increasing coverage information technologies that can enhance health care effectiveness and efficiency to building new payment mechanisms that reward quality of care instead of quantity. This report draws largely on the Commission's work during the past three years, as well as other research, to provide journalists with an evidence-based context for the fundamental problems plaguing our current health system, as well as policy options under consideration for addressing these problems. Regardless of the election outcomes in November, health reform will be among the most pressing domestic issues facing our nation's leaders. No one imagines that the problems described in this report will be solved quickly or easily, but there is no questioning their urgency.

http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/CJR_insert_final.pdf?section=4039

35553

ARTICLE

BRECKENKAMP (J.), WISKOW (C.), LAASER (U.)

Progress on quality management in the German health system - a long and winding road.

HEALTH RESEARCH POLICY AND SYSTEMS

2007 : Vol : 7 N° : 5 :

Pages : 1-11

<http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-5-7.pdf>

Cote Irdes : C, INI 1062

35473

DOCUMENT DE TRAVAIL

HARVEY (S.)

King's Fund Institute. Londres. GBR

Windmill 2007 : The future of health care reforms in England.

Windmill 2007 : Le futur des réformes du système de santé en Angleterre.

Londres : King's Fund Institute

2007/06

Pages : 69p., tabl.

The NHS has undergone many reforms over the past decade. To test out where the reforms – and interactions between them – might lead the NHS, the King's Fund formed a partnership with Loop2, Monitor and Nuffield Hospitals to produce Windmill 2007. This initiative included a two-day simulation of a fictional but realistic health economy from 2008 to 2011 and extensive discussions of the emerging findings from that event with clinicians, managers, policy-makers, regulators and analysts. The paper discusses what lessons can be learnt from the simulation and what messages there are for the health system of the future.

http://www.kingsfund.org.uk/publications/kings_fund_publications/windmill_2007.html

Cote Irdes : B6076

34449

ARTICLE

SLAMA (Alain)

Le nouveau NHS. Service public de santé britannique.

GESTIONS HOSPITALIERES

2006/10 : N° : 459

Avec ses 1,3 million de salariés et ses listes d'attente, le National Health Service est parfois perçu comme un système bureaucratique peu coûteux mais inefficace dont la survie dans une Angleterre libérale surprend. Cette vision sommaire du NHS ignore deux faits majeurs : l'attachement des Britanniques à leur service public de santé et l'ampleur des réformes initiées depuis 1997 par le gouvernement de Tony Blair. Bien que reposant initialement sur des philosophies différentes, les systèmes de santé français et britannique convergent depuis dix ans suite à un enchaînement de réformes. A l'heure où le gouvernement prépare l'Hôpital 2012, la réforme du NHS peut apparaître comme un modèle de maîtrise médicalisée des dépenses de santé par l'organisation du parcours de soins et la redéfinition des rôles des professionnels de santé.

Cote Irdes : P67

34053

ARTICLE

BODE (Ingo)

Financement solidaire et gouvernance concurrentielle : le modèle allemand d'organisation de la santé en débat.

Réformes et régulation des systèmes de santé en Europe.

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2006/04-09 : N° : 2-3:

Pages : 191-216

En Allemagne, la fourniture des soins est assurée grâce à la coopération (régulée par la puissance publique) d'une multitude de caisses d'assurance maladie à but non lucratif et de divers offreurs, avec lesquels les caisses entretiennent des relations contractuelles. Le système allemand, d'inspiration bismarckienne, est financé selon le principe de la répartition par des cotisations sociales payées par les employeurs et les salariés - ce mode d'organisation institutionnelle a toutefois récemment été mis en question. Par ailleurs, l'organisation administrative du système de santé allemand se caractérise par l'introduction (récente) de la gouvernance concurrentielle. Cet article examine l'évolution du financement de la santé et des structures de gouvernance. Il avance que le système de financement a changé de manière parcellaire, tandis que les structures de gouvernance ont subi une transformation plus radicale.

Cote Irdes : C, P59

34044

ARTICLE

CATRICE-LOREY (A.) , STEFFEN (M.)

La mise en oeuvre des réformes des systèmes de santé bismarckiens : des capacités inégales.

Réformes et régulation des systèmes de santé en Europe.

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2006/04-09 : N° : 2-3

Pages : 171-190

La mise en oeuvre est souvent négligée dans les analyses comparatives de la régulation des dépenses de santé. La prise en compte de cette dimension réintroduit la diversité nationale des trajectoires de réformes, alors que les approches centrées sur les modèles institutionnels et les données financières estompent les différences, mettant l'accent sur

les transferts internationaux d'idées et les contraintes économiques communes. La comparaison présentée ici, de la mise en oeuvre de la régulation des dépenses de santé dans les pays d'inspiration bismarckienne (Allemagne, France, Pays-Bas, Espagne), montre une capacité inégale à réaliser le changement, variant en fonction du système d'acteurs et notamment des rapports entre l'État et l'assurance maladie. L'analyse s'attache également aux réformes de structures, visant à modifier l'architecture d'origine au profit de nouveaux opérateurs, qui diffèrent des réformes de gestion, cherchant à s'affranchir d'une administration opaque et à promouvoir une approche médico-économique liant rigueur managériale et qualité médicale.

Cote Irdes : C, P59

33886

FASCICULE

CASES (C.), BERTRAND (X.), GRANDFILS (N.), SERMET (C.), OR (Z.), BOURGUEIL (Y.), DURAND-ZALESKI (I.), POUVOURVILLE (G.de), BERLAND (Y.), FRANC (C.), POLTON (D.), MELKE (A.), LISAC (M.), SCHLETTE (S.)

French health system reform : recent implementation and future challenges.

Réforme du système de santé : récente mise en oeuvre et futurs enjeux.

EUROHEALTH

2006

Vol : 12 N° : 3

Réalisé par l'Irdes, ce dossier dresse un état des lieux de la réforme de la santé en France. Il est composé : - d'articles de présentation ou de points de vue sur la réforme de 2004, en particulier : d'une présentation critique des dernières réformes et des enjeux par Chantal Cases ; d'un article sur les récentes mesures prises en matière de politique de régulation du médicament par Nathalie Grandfils et Catherine Sermet ; d'une discussion sur la réforme hospitalière " hôpital 2007 " qui ouvre, avec la tarification à l'activité, une nouvelle ère et une possible mise en compétition du secteur public et privé par Zeynep Or et Gérard de Pouvourville ; d'un point de vue sur les différentes orientations et points de convergence des deux nouvelles grandes lois votées en France en 2004 : la loi de Santé publique et la loi de Sécurité sociale par Isabelle Durand-Zaleski; d'un article sur la politique de gestion des professionnels de santé, dans un contexte de baisse des effectifs et de déséquilibres géographiques par Yann Bourgueil et Yvon Berland ; d'une présentation de la nouvelle gouvernance qui instaure un nouveau partage des responsabilités entre l'Etat et l'Assurance-maladie de Carine Franc et Dominique Polton; d'une interview de Xavier Bertrand, ministre de la santé, qui exprime son optimisme pour les années à venir, compte tenu des premiers résultats positifs en matière de régulation des dépenses de santé et des économies encore possibles tout en préservant l'innovation et la qualité des soins. Ce dossier comprend aussi deux articles sur la réforme de santé en Suède et en Allemagne.

<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/vol12no3.pdf>

Cote Irdes : Bulletin étranger

33769

ARTICLE

FARGION (V.)

Le système de santé italien : évolution de la répartition des compétences et du mode de financement.

Réformes et régulation des systèmes de santé en Europe.

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2006/04-09 : N° : 2-3

Pages : 285-311, tabl., graph.

Cet article porte sur les principales difficultés auxquelles est actuellement confrontée la politique de santé italienne, en particulier après la réforme constitutionnelle de 2001 et l'adoption de la législation sur le fédéralisme fiscal. La deuxième partie présente l'évolution

de la politique de santé et ses réformes, notamment à partir de 1992. La troisième partie aborde les questions de financement (d'après introduction d'auteur).

Cote Irdes : C, P59

33768

ARTICLE

MASON (A.) , SMITH (P.C.)

Le système de santé anglais : régulation et rapports entre les différents acteurs.

Réformes et régulation des systèmes de santé en Europe.

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2006/04-09 : N° : 2-3

Pages : 265-284, tabl.

Cet article porte sur la régulation financière du système de santé en Angleterre. Après un rapide historique, il présente la structure institutionnelle actuelle avant de s'intéresser aux instruments de régulation et à l'organisation financière du système. Pour conclure, il propose une analyse critique de certaines des réformes en cours, en soulignant que l'Angleterre peut être une source d'inspiration pour d'autres pays cherchant à réformer leur système de santé. Toutefois, le système de santé anglais traverse actuellement une période de fortes turbulences, de nombreux éléments de son mode de financement étant en cours de redéfinition. Ces transformations rendant l'évaluation de l'impact des réformes difficiles, nombres des conclusions présentées ont inévitablement un caractère hypothétique (Résumé d'auteur).

Cote Irdes : C, P59

33766

ARTICLE

COHU (S.) , LEQUET-SLAMA (D.) , VOLOVITCH (P.)

Pays-Bas : une réforme du système de santé fondée sur la concurrence et la privatisation.

Réformes et régulation des systèmes de santé en Europe.

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2006/04-09 :N° : 2-3

Pages : 217-238

Après avoir dans un premier temps décrit le système d'assurance santé aux Pays-Bas en soulignant les caractéristiques du système favorable à une réforme centrée sur la concurrence, cet article analyse l'ensemble de la nouvelle réforme et les divers dispositifs qui les accompagnent : péréquation des risques entre assureurs, paniers de biens et services standards, nouvelle tarification des actes, sensibilisation des usagers aux prix. Enfin, il s'attache aux débats qui ont lieu aux Pays-Bas autour de cette réforme et aux interrogations qui subsistent quant à la réussite et la viabilité de ce système fondé entièrement sur la concurrence et la privatisation de l'assurance santé.

Cote Irdes : C, P59

33709

FASCICULE

Réformes et régulation des systèmes de santé en Europe.

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2006/04-09 : N° : 2-3

Pages : 375p.

Quels ont été les objectifs et les enjeux des récentes réformes des systèmes de santé qu'ont connues ou que préparent les pays européens ? Telle est la question à laquelle ce dossier tente de donner des éléments de réponse à travers la présentation d'outils et de modalités d'intervention sur les systèmes de santé et l'analyse de quelques expériences européennes de réforme (tiré de l'introduction).

Cote Irdes : C, P59

33561

RAPPORT

DURAN (A.), LARA (J.L.), VAN WAVEREN (M.)

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Bureau Régional de l'Europe. Copenhague. DNK, Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Observatoire Européen des Systèmes et politiques de Santé. Bruxelles. BEL

Spain : Health Systems Review.

Espagne : passage en revue sur le système de santé.

Health Systems in Transition (HiT) ; Vol 8 ; N° 4.

Copenhague : Bureau régional de l'Europe

2006

Pages : 208p., 1 carte, graph., tabl.

Cette version, mise à jour en 2006, fournit une description analytique du système de santé en transition (HiT) de l'Espagne, ainsi qu'une synthèse des programmes de réforme en développement. L'organisation structurelle du système de santé, les processus de décision, le financement et les dépenses de santé, l'organisation du système de soins et l'allocation des ressources sont abordés. Ce rapport a été réalisé par l'Observatoire européen des Systèmes et des Politiques de santé dans le cadre du projet HiT (Health Care Systems in Transition).

www.euro.who.int/Document/E89491.pdf

Cote Irdes : Bc5699

32792

RAPPORT

HENKE (K.D.), SCHREYOGG (J.)

Association Internationale de la Sécurité Sociale. (A.I.S.S.). Genève. CHE

Towards sustainable health care systems : strategies in health insurance schemes in France, Germany, Japan and the Netherlands : a comparative study.

Vers des systèmes de santé viables : stratégies actuelles des régimes d'assurance maladie en Allemagne, France, au Japon et aux Pays-Bas.

Genève : AISS

2005

Pages : 95p., tabl., graph. fig.

En France, en Allemagne, au Japon et aux Pays-Bas, les dépenses de santé augmentent, tandis que les recettes stagnent, voire régressent, et, avec le temps, les progrès de la médecine, le vieillissement ainsi que d'autres facteurs élargissent cet écart. La répartition atteint ses limites, que ce soit, dans les systèmes dits bismarckiens, avec l'augmentation des taux de cotisations patronales et salariales ou, dans les systèmes dits beveridgiens, avec la hausse des impôts. Aucun de ces systèmes n'est capable de se réguler automatiquement ou presque. Il faut des interventions politiques de plus en plus fréquentes, et les rustines sont partout apparentes. Les réformes d'envergure sont, soit trop difficiles, soit politiquement ingérables dans le domaine extrêmement sensible et complexe de la santé. Tout cela explique pourquoi, en Europe et au Japon, la population réclame des réformes plus importantes et plus durables. La solution à ces problèmes est relativement aisée. Les pays confrontés à un déficit financier peuvent : réduire les dépenses par des compressions budgétaires ou des suppressions de prestations et de services ou les deux à la fois ; augmenter les recettes par un relèvement des taux de cotisation, un élargissement de l'assiette de cotisation, une hausse du ticket modérateur et des dépenses à la charge du patient ou par quelque combinaison de ces mécanismes ; mettre sur pied des réformes structurelles majeures pour combler le déficit financier. Ces réformes peuvent prendre pour principe, soit la capacité de paiement, soit la prestation, c'est-à-dire la base assurée. Les quatre pays examinés dans le présent rapport mettent tous en oeuvre ces approches théoriques à un moment ou à un autre, mais avec des différences de méthode. Ils pourraient tous tirer profit d'une comparaison entre leurs approches respectives, étant donné qu'ils sont

confrontés à des défis continuels pour combler l'écart entre les dépenses et les recettes de santé. Cette édition est une mise à jour de celle parue en 2004.

Cote Irdes : B5612

32738

OUVRAGE

KLEIN (R.)

The new politics of the NHS.

La nouvelle politique du NHS.

Abington (Oxon) : Radcliffe Publishing Ltd

2006

Pages : 279p., index

Cette conquième édition de l'ouvrage de Rudolf Klein, " the new politics of the NHS ", dresse un historique du système de santé anglais de sa naissance en 1948 à nos jours. Elle trace les différentes voies prises par les gouvernements successifs, pour régler les contradictions d'un système de santé centralisé : tensions entre l'Etat et les régions, entre l'influence gestionnaire et l'autonomie médicale. Cet ouvrage analyse donc le rôle des différents acteurs : partis politiques, professions, consommateurs et intérêts des groupes en jeu.

Cote Irdes : A3484

32166

FASCICULE

COHU (Sylvie), LEQUET-SLAMA (Diane)

Les systèmes de santé du sud de l'Europe : des réformes axées sur la décentralisation.

ETUDES ET RESULTATS

2006/03 : N° : 475:

Pages : 8p., tabl.

Cet article analyse les réformes des systèmes de santé mises en oeuvre dans les trois principaux pays d'Europe du Sud depuis le début des années 80. En Italie comme en Espagne, la décentralisation a constitué une orientation majeure de ces réformes. Les régions, en Italie, les communautés autonomes en Espagne, se sont vues accorder progressivement des dévolutions de compétences de plus en plus importantes dans le domaine de la santé, suivies de réformes visant à leur accorder une plus large autonomie fiscale. Cette évolution a conduit dans ces deux pays à une différenciation des modes d'organisation des systèmes de santé selon les régions. Différent est le cas du Portugal où, bien qu'une déconcentration administrative ait été amorcée depuis 1993, l'Etat central conserve l'essentiel des compétences tant en matière de gestion que de financement. Dans les trois pays étudiés, les inégalités d'offre de soins et de financement restent assez marquées, et le problème du rôle de l'Etat central pour garantir l'équité d'accès aux soins est souvent posé. (R.A.).

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er475/er475.pdf>

31908

RAPPORT

VASSELLE (A.), CAZEAU (B.)

Sénat. Commission des Affaires Sociales. (C.A.S.). Mission d'Evaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale. (M.E.C.S.S.). Paris. FRA

Rapport sur les évolutions du financement de la protection sociale et la réforme du système de santé en Allemagne.

Paris : Sénat

2006/06

Pages : 80p.

La mission a adopté le 27 juin le rapport d'information de Messieurs Alain Vasselle et Bernard Cazeau sur le déplacement à Berlin en mai dernier d'une délégation de la Mecss chargée d'étudier les évolutions du financement de la protection sociale et la réforme du

système de santé en Allemagne. On retiendra les trois observations du rapporteur, Alain Vasselle : En premier lieu, le régime allemand de protection sociale, confronté à des défis proches de ceux de la Sécurité sociale française, apparaît dans une situation financière plus saine ; ensuite, l'Allemagne est allée très loin dans la réforme structurelle du financement de ses retraites en promouvant de fait un système mixte alliant répartition et capitalisation ; ce faisant, elle a pris deux paris : celui d'un relèvement significatif du taux d'activité des classes d'âge de plus de soixante ans et celui d'une adhésion massive des générations cotisantes à ce système mixte ; enfin, l'Allemagne a suivi, en matière de maladie et de santé, un cheminement très proche de celui de la France, mais davantage axé sur les réformes structurelles. Pour autant, cette orientation ne suffit pas à elle seule pour réduire l'effet de ciseaux qui caractérise l'évolution du solde de l'assurance maladie, ce qui explique la réflexion en cours sur son financement. Le rapporteur dresse donc un bilan plutôt négatif de la réforme entreprise en 2003. Celle-ci a produit des résultats positifs la première année, en 2004, mais l'impact des mesures prises paraît insuffisant pour garantir la viabilité à long terme du système d'assurance maladie.

<http://www.senat.fr/rap/r05-439/r05-4391.pdf>

Cote Irdes : B5474

31727

OUVRAGE

GEOFFARD (P.Y.)

Centre pour la Recherche Economique et ses Applications. (C.E.P.R.E.M.A.P.). Paris. FRA

La lancinante réforme de l'assurance maladie.

Paris : Editions Rue d'Ulm / Presses de l'Ecole normale supérieure

2006/03

Pages : 41p.

L'assurance maladie est un chantier permanent : dans la seule histoire récente, quelques 24 réformes se sont succédé depuis le plan Barre de 1976... Pour le résultat que l'on sait : en 2004, le déficit de la branche maladie du régime général de la Sécurité sociale est de 12,3 milliards d'euros, le plus élevé jamais enregistré. En France, l'architecture générale de la dernière réforme en date repose essentiellement sur la régulation de la demande de soins, et très peu sur l'offre de soins. Est-ce la bonne manière de procéder ? S'appuyant sur les réformes engagées dans d'autres pays, P.-Y. Geoffard présente un examen critique des réformes françaises en général et de la réforme récente en particulier (Résumé d'auteur).

Cote Irdes : A3442

31637

FASCICULE

COHU (S.), LEQUET-SLAMA (D.), VOLOVITCH (P.)

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de

la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA

Réformes des systèmes de santé allemand, néerlandais et suisse et introduction de la concurrence.

ETUDES ET RESULTATS

2005/11 : N° : 445

Pages : 12p., 1 tabl.

Cet article porte sur la concurrence en tant qu'orientation clé des dernières réformes engagées aux Pays-Bas, en Allemagne et en Suisse. Après une brève description des systèmes de santé de ces trois pays et de l'architecture des dernières réformes, sont analysées pour chacun des pays les modalités de concurrence mises en œuvre entre les assureurs maladie, et les tentatives de promotion d'une gestion concurrentielle des systèmes de soins.

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er445/er445.pdf>

Cote Irdes : c,P83

30572

RAPPORT

Ministry of Health, Welfare and Sport. La Haye. NLD

Health insurance in the Netherlands : the new health insurance system from 2006.

L'assurance maladie aux Pays-Bas : le nouveau système d'assurance maladie mis en place à partir de 2006.

La Haye : Ministry of Health, Welfare and Sport

2005

Pages : 76p.

As of January 2006, a new insurance system for curative healthcare came into force in the Netherlands. Under the new Health Insurance Act (Zorgverzekeringswet), all residents of the Netherlands are obliged to take out a health insurance. The new system is a private health insurance with social conditions. The system is operated by private health insurance companies; the insurers are obliged to accept every resident in their area of activity. A system of risk equalisation enables the acceptance obligation and prevents direct or indirect risk selection. The insured pay a nominal premium to the health insurer. Everyone with the same policy will pay the same insurance premium. The Health Insurance Act also provides for an income-related contribution to be paid by the insured. Employers contribute by making a compulsory payment towards the income-related insurance contribution of their employees. The new health insurance comprises a standard package of essential healthcare. The package provides essential curative care tested against the criteria of demonstrable efficacy, cost effectiveness and the need for collective financing. Before 2006, there were two types of health insurances: compulsory and voluntarily. Employees, people entitled to a social benefit and self-employed people with incomes to a certain level were compulsorily insured under the Social Health Insurance Act (Ziekenfondswet). People on a higher income could choose to either take out a private health insurance or to go through life uninsured.

http://www.minvws.nl/images/health-insurance-in-nl_tcm11-74566.pdf

Cote Irdes : B5220

30487

RAPPORT

BUSSE (Reinhard), RIESBERG (Annette)

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Bureau Régional de l'Europe. Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé. Copenhague. DNK, World Health Organisation. (W.H.O.). WHO regional office for Europe. European observatory on health systems and policies. Copenhague. DNK

Gesundheitssysteme im Wandel : Deutschland.

Systèmes de santé en transition : Allemagne.

Copenhague : Observatoire européen des systèmes et politiques de santé

2005

Pages : 270p., 2 carte, graph., tabl.

Ce document met à jour l'édition 2000 et fournit une description analytique du système de santé en transition (HiT) de l'Allemagne, ainsi qu'une synthèse des programmes de réforme en développement. L'organisation structurelle du système de santé, les processus de décision, le financement et les dépenses de santé, l'organisation du système de soins et l'allocation des ressources sont abordés. Ce rapport a été réalisé par l'Observatoire européen des Systèmes et des Politiques de santé dans le cadre du projet HiT (Health Care Systems in Transition).

<http://www.euro.who.int/document/e68952g.pdf>

Cote Irdes : Bc4816bis

30172

FASCICULE

HASSENTEUFEL (P.), KERVASDOUE (J. de), VINCENT (G.), CHADELAT (J.F.),
REGEREAU (M.), PARANT (A.), COUTY (E.), DUPONT (M.), LAUDE (A.), SICARD (D.),
BRUCKER (G.), BOURDILLON (F.), SAUER (F.)

Les métamorphoses des politiques de santé.

REVUE FRANCAISE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE

2005

Vol : N° : 113

Pages : 2-157, tabl.

Crises de santé publique, engrenage du déficit, malaise des professions de santé, le débat public s'est emparé des questions de santé. Pendant les deux dernières décennies où les crises sociales et financières ont monopolisé l'attention, le secteur de la santé a été soumis à des transformations structurelles profondes. Apparition de nouveaux acteurs, émergence du concept de sécurité sanitaire, perspectives insoupçonnées ouvertes par les progrès de la médecine, reconnaissance des droits des malades, autant de défis qui frappent de plein fouet le système de santé lui-même. Les enjeux de ces bouleversements, d'ordre politique, économique, mais également éthique, touchent les équilibres et les valeurs de la société dans son ensemble. Face à la perspective d'une explosion des dépenses, la question récurrente de la régulation et de la " gouvernance " du système de santé doit être réexaminée à la lumière notamment des expériences européennes et des pays de l'OCDE. Quelles réponses apporter aux inégalités territoriales en matière d'accès aux soins ? Comment appréhender le vieillissement de la population ? Quel est le sens de la révolution silencieuse des professions de santé ? Les développements d'une médecine préventive voire " prédictive " laissent-ils craindre une hypocondrie collective ? Enfin il faut s'interroger sur l'impact de la compétence reconnue à l'Union européenne depuis le traité d'Amsterdam et du thème de la libre circulation des patients. Les contributions réunies dans ce numéro de la Revue française d'administration publique se proposent d'éclairer les différentes faces de ces métamorphoses. Les résumés de ces contributions sont en ligne :

<http://www.ena.fr/tele/rfap/rfap113resumes.pdf>

<http://www.ena.fr/tele/rfap/rfap113sommaire.pdf> -

<http://www.ena.fr/tele/rfap/rfap113resumes.pdf>

Cote Irdes : A3355

29883

ARTICLE

Réforme allemande du système de santé : les premiers résultats.

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO : FICHE

2005

Vol : N° : 511

Pages : 9p.

Cette fiche publie la synthèse de travaux publiés par la Commission des comptes de la Sécurité sociale sur la réforme du système de santé allemand dans ses rapports de janvier 2004 et septembre 2005.

Cote Irdes : P72

29337

ARTICLE

GRAF VON SCHULENBURG (M.)

German health care system in transition : The difficult way to balance cost containment and solidarity.

Le système de santé allemand en transition : la difficile voie entre le contrôle des coûts et la solidarité.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2005/06

Vol : 6 N° : 2 :

Pages : 183-185

As is the case with all other health care systems, the German one is in constant transition. The reasons—such as costly medical innovations, aging population, and lack of overall economic growth—are well known, widely discussed, and not unique to Germany. Although the problems are not unique to Germany, there are some trends in each country which may be of interest to other countries. This contribution provides an update on the German health care system and reports current reform trends. (Résumé de l'éditeur).

Cote Irdes : P151

28811

DOSSIER DOCUMENTAIRE

La Documentation Française. Paris. FRA

Réformes de l'assurance maladie en Europe.

Paris : La documentation française

2005/04

Ce dossier documentaire sur les réformes de l'Assurance maladie en Europe a été réalisé et mis en ligne sur le site de la Documentation française. Il regroupe des articles, des données statistiques, une chronologie des événements historiques, une bibliographie, ainsi qu'une sélection de sites internet. Les 25 pays de l'Union européenne, en dépit de traditions socioculturelles diverses, sont confrontés à des défis communs : vieillissement démographique, coût croissant des technologies médicales, bouleversement du marché du travail, déficit de la branche maladie conjugués à l'exigence de la population de se voir garantir un bon accès aux soins de santé. La Documentation française nous propose un dossier d'actualité en ligne analysant les réformes en cours dans les systèmes nationaux de santé comme ceux de Grande-Bretagne ou d'Europe du Nord, dans les systèmes d'assurance maladie tels ceux d'Allemagne ou des pays d'Europe centrale nouvellement entrés dans l'Union européenne, et dans les systèmes mixtes de l'Espagne ou de l'Italie. Les remèdes proposés, qui prennent des formes nationales, combinent l'introduction de mécanismes de concurrence, une diminution du niveau de la prise en charge, et une décentralisation plus ou moins poussée. Quant à la Commission européenne, elle recommande une collaboration plus étroite entre les Etats membres en matière de modernisation des systèmes de protection sociale à travers l'Union, notamment dans le contexte de l'élargissement et du développement de la libre circulation des personnes.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/assurance-maladie-europe/index.shtml>

Cote Irdes : B4839

27731

FASCICULE

SAUVIAT (C.), HUSSON (M.), HASSENTEUFEL (P.), WIERINK (M.), JOIN-LAMBERT (O.), LEFRESNE (F.), JORGENSEN (C.), JOLIVET (A.), TROYER (M. de), KRZESLO (E.), OLIVIER-MALLET (J.), GAYRAL-TAMINHI (M.), GRIGNON (M.)

Réforme des systèmes d'assurance maladie et débats sociaux.

CHRONIQUE INTERNATIONALE DE L'IRES

2004/11 : N° : 91:

Pages : 150p., tab., graph.

Ce numéro spécial de la Chronique internationale de l'Ires porte sur les réformes des systèmes d'assurance maladie. Cette question est au cœur des débats nationaux dans l'ensemble des pays développés. Les pays étudiés dans l'article sont les suivants : Etats-Unis, Québec, Mexique, Allemagne, Pays-Bas, Danemark, Suède, Belgique, Italie. Le numéro se termine sur une analyse du rapport 2000 de l'Organisation mondiale de la santé portant sur la performance des systèmes de santé.

<http://www.ires-fr.org/files/publications/chronique%20internationale/chroniqueires91.htm>

Cote Irdes : P177

26719

ARTICLE

VINCENT (W.)

Europe : un mouvement de réforme de l'assurance maladie.

MEDECIN RADIOLOGUE DE FRANCE (LE)

2004/07

N° : 261

Pages : 6-9

Cet article présente un tableau de synthèse des réformes de santé pour les principaux pays de l'Europe, ainsi que pour le Japon et les Etats-Unis.

Cote Irdes : P145/2

26374

RAPPORT

LANDRAIN (E.)

Assemblée Nationale. (A.N.). Paris. FRA

Les réformes de l'assurance maladie en Europe.

Paris : Assemblée Nationale

2004

Pages : 53p., tabl., graph.

Ce rapport présenté à la suite de plusieurs missions effectuées en Europe et quelques autres pays industrialisés, constitue un état comparatif des réformes de l'assurance maladie menées à l'étranger. Analysant les politiques conduites dans les différents systèmes de santé (systèmes publics nationaux, régimes libéraux, modèles de type bismarckien, systèmes mixtes d'Europe du Sud), il constate que les pays européens sont tous confrontés au même défi : maîtriser les dépenses de santé tout en garantissant un bon accès aux soins et la qualité de ceux-ci. Si les remèdes diffèrent selon les cas, cinq principales tendances de réforme se dessinent néanmoins : la décentralisation des décisions, la mise en concurrence régulée des prestataires de santé, la responsabilisation des acteurs, la modernisation de la gestion et le renforcement du contrôle et de l'évaluation.

www.assemblee-nationale.fr/12/europe/rap-info/i1672.asp

Cote Irdes : B4482

25992

OUVRAGE

PALIER (Bruno)

La réforme des systèmes de santé.

Que sais-je ? ; 3710.

Paris : Presses Universitaires de France

2004

Pages : 126p.

L'ensemble des pays développés cherche aujourd'hui à maîtriser l'augmentation des dépenses de santé. Mais pourquoi augmentent-elles ? Pourquoi sont-elles plus élevées et croissent-elles plus rapidement dans certains pays que dans d'autres ? La réforme de l'assurance maladie hante tous les gouvernements français depuis plus de vingt ans. Pourtant, dans d'autres pays, des solutions souvent contrastées ont été trouvées pour faire face à la croissance de la demande de santé. Alors que se prépare en France une nouvelle réforme du système de santé, cet ouvrage expose explicitement les enjeux : peut-on encore concilier les objectifs contradictoires que sont l'égal accès aux soins, la qualité de ceux-ci, la variabilité financière du système, la liberté et le confort des patients comme des professionnels de santé ?

Cote Irdes : A3030

30172

FASCICULE

HASSENTEUFEL (P.), KERVASDOUE (J. de), VINCENT (G.), CHADELAT (J.F.),
REGEREAU (M.), PARANT (A.), COUTY (E.), DUPONT (M.), LAUDE (A.), SICARD (D.),
BRUCKER (G.), BOURDILLON (F.), SAUER (F.)

Les métamorphoses des politiques de santé.

REVUE FRANCAISE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE

2005

N° : 113

Crises de santé publique, engrenage du déficit, malaise des professions de santé, le débat public s'est emparé des questions de santé. Pendant les deux dernières décennies où les crises sociales et financières ont monopolisé l'attention, le secteur de la santé a été soumis à des transformations structurelles profondes. Apparition de nouveaux acteurs, émergence du concept de sécurité sanitaire, perspectives insoupçonnées ouvertes par les progrès de la médecine, reconnaissance des droits des malades, autant de défis qui frappent de plein fouet le système de santé lui-même. Les enjeux de ces bouleversements, d'ordre politique, économique, mais également éthique, touchent les équilibres et les valeurs de la société dans son ensemble. Face à la perspective d'une explosion des dépenses, la question récurrente de la régulation et de la " gouvernance " du système de santé doit être réexaminée à la lumière notamment des expériences européennes et des pays de l'OCDE. Quelles réponses apporter aux inégalités territoriales en matière d'accès aux soins ? Comment appréhender le vieillissement de la population ? Quel est le sens de la révolution silencieuse des professions de santé ? Les développements d'une médecine préventive voire " prédictive " laissent-ils craindre une hypocondrie collective ? Enfin il faut s'interroger sur l'impact de la compétence reconnue à l'Union européenne depuis le traité d'Amsterdam et du thème de la libre circulation des patients. Les contributions réunies dans ce numéro de la Revue française d'administration publique se proposent d'éclairer les différentes faces de ces métamorphoses. Les résumés de ces contributions sont en ligne.

<http://www.ena.fr/tele/rfap/rfap113resumes.pdf>

A3355

29261

ARTICLE

HASSENTEUFEL (P.)

Réformer l'assurance maladie ou le système de soins : éléments de comparaison France-
Allemagne.

Soin de soi, souci de soi.

REVUE DES DEUX MONDES

2005/05

N° : 5

A3281

28149

ARTICLE

POLTON (D.)

Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international.

Paris : la Documentation française

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2004/10-12

N° : 4

P59

28146

ARTICLE

POLTON (D.)

Les systèmes de santé dans les pays occidentaux.

La santé.

Paris : la Documentation française
CAHIERS FRANCAIS
2005/01-02
N° : 324

Les systèmes de santé occidentaux se répartissent entre les modèles beveridgien, bismarckien et celui fondé sur le recours aux assurances privées. L'auteur rappelle leurs caractéristiques respectives mais explique que la réalité des structures de santé existantes excède cette typologie. Elle décrit aussi les grandes réformes qu'ont connues tous ces systèmes à partir des années 90 - marquées principalement par l'introduction de la concurrence et par la décentralisation -, et elle en analyse la portée (résumé d'auteur).
R1581, A3212

28053

OUVRAGE

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Observatoire Européen des Systèmes de Santé. Londres. GBR

Social insurance systems in western Europe.

Les système d'assurances sociales dans les pays d'Europe de l'Ouest.

European Observatory on Health Care Systems Series.

Buckingham : Open University Press

2004

What are the characteristics that define a social health insurance system ? How is success measured in SHI systems ? How are SHI systems developing in response to external pressures ? Using the seven social health insurance countries in western Europe - Austria, Belgium, France, Germany, Luxembourg, the Netherlands and Switzerland - as well as Israel, this important book reviews core structural and organizational dimensions, as well as recent reforms and innovations. Covering a wide range of policy issues, the book : Explores the pressures these health systems confront to be more efficient, more effective, and more responsive ; Reviews their success in addressing these pressures ; Examines the implications of change on the structure of SHIs as they are currently defined ; Draws out policy lessons about past experience and likely future.

<http://www.euro.who.int/document/E84968.pdf>

A3191

27647

RAPPORT

DISNEY (H.), HORN (K.), HROBON (P.), HJERTQVIST (J.), KILMARNOCK (A.), MIHM (A.), MINGARDI (J.), PHILIPPE (C.), SMITH (D.), VAN DEN BROEK (E.), VERHOEKS (G.)

The Stockholm Network. Londres. GBR

Impatient for change : European attitudes to healthcare reform.

Londres : The Stockholm Network

2004

Au début de l'année 2004, le Stockholm Network a mandaté Populus pour enquêter sur les opinions de 8 000 citoyens de la Grande-Bretagne, de la République Tchèque, de la France, de l'Allemagne, de l'Italie, des Pays-bas, de l'Espagne et de la Suède sur les réformes des systèmes de santé. L'objectif était d'obtenir un ensemble d'opinions sur le futur des soins de santé ainsi que sur la compréhension qu'ont les européens des termes couramment employés par les politiciens à travers l'Europe. Il est en effet intéressant de se demander si les élites politiques européennes comprennent réellement ce que les patients veulent de leur systèmes de santé maintenant et dans le futur, et s'ils en mesurent les attentes. Les résultats sont présentés par pays, et comparés avec les résultats obtenus dans les autres pays. Puis un expert en systèmes de soins du pays commente les résultats et les situe dans leur contexte.

http://health.timbro.se/pdf/impatient_for_change.pdf

B4702

27142

RAPPORT

HENKE (K.D.), SCHREYOGG (J.)

Association Internationale de la Sécurité Sociale. (A.I.S.S.). Genève. CHE

Towards sustainable health care systems : strategies in health insurance schemes in France, Germany, Japan and the Netherlands : a comparative study.

Vers des systèmes de santé viables : stratégies actuelles des régimes d'assurance maladie en Allemagne, France, au Japon et aux Pays-Bas.

Genève : AISS

2004

En France, en Allemagne, au Japon et aux Pays-Bas, les dépenses de santé augmentent, tandis que les recettes stagnent, voire régressent, et, avec le temps, les progrès de la médecine, le vieillissement ainsi que d'autres facteurs élargissent cet écart. La répartition atteint ses limites, que ce soit, dans les systèmes dits bismarckiens, avec l'augmentation des taux de cotisations patronales et salariales ou, dans les systèmes dits beveridgiens, avec la hausse des impôts. Aucun de ces systèmes n'est capable de se réguler automatiquement ou presque. Il faut des interventions politiques de plus en plus fréquentes, et les rustines sont partout apparentes. Les réformes d'envergure sont, soit trop difficiles, soit politiquement ingérables dans le domaine extrêmement sensible et complexe de la santé. Tout cela explique pourquoi, en Europe et au Japon, la population réclame des réformes plus importantes et plus durables. La solution à ces problèmes est relativement aisée. Les pays confrontés à un déficit financier peuvent : réduire les dépenses par des compressions budgétaires ou des suppressions de prestations et de services ou les deux à la fois ; augmenter les recettes par un relèvement des taux de cotisation, un élargissement de l'assiette de cotisation, une hausse du ticket modérateur et des dépenses à la charge du patient ou par quelque combinaison de ces mécanismes ; mettre sur pied des réformes structurelles majeures pour combler le déficit financier. Ces réformes peuvent prendre pour principe, soit la capacité de paiement, soit la prestation, c'est-à-dire la base assurée. Les quatre pays examinés dans le présent rapport mettent tous en oeuvre ces approches théoriques à un moment ou à un autre, mais avec des différences de méthode. Ils pourraient tous tirer profit d'une comparaison entre leurs approches respectives, étant donné qu'ils sont confrontés à des défis continus pour combler l'écart entre les dépenses et les recettes de santé. Une synthèse en français de cette étude est en ligne sur le site de l'AISS.

<http://www.issa.int/pdf/initiative/1find-op15.pdf>

B5612

26999

ARTICLE

CHAMBARETAUD (Sandrine), LEQUET-SLAMA (Diane)

Les systèmes de santé dans les pays nordiques de l'Union européenne Suède. Un système géré librement par les comtés.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

2004/03

N° : 46

Comme dans les autres pays nordiques, le système de santé suédois repose sur une couverture et un accès universels aux soins, un financement essentiellement assuré par l'impôt, une forte prédominance du secteur public tant en ce qui concerne le financement que la fourniture des soins et une structure très décentralisée.

P49

26693

ARTICLE

POLTON (D.)

Centre National d'Etudes Supérieures de Sécurité Sociale. (C.N.E.S.S.S.). Saint-Etienne.
FRA

Décentralisation des systèmes de santé : réflexions à partir de quelques expériences étrangères.

Une approche comparative des systèmes de santé européens.

REGARDS

2004/07

N° : 26

R1544, A3071

25770

OUVRAGE

Health care policy, performance and finance : strategic issues in Health Care Management.

Politique de santé, performance et financement : articles stratégiques sur le management du système de soins.

Aldershot : Asghate Publishing Limited

2004

Issues of policy, performance and finance currently dominate the healthcare agenda and are likely to do so for the foreseeable future. Drawing on experiences from around the world, this collection examines the key strategic issues facing health services and analyses the policy implications for leading experts in the areas of health policy, health economics, health care management and health services research. The text is structured thematically and linking chapters introduce each section. Themes covered include : health policy and technology assessment, policy and performance, international policy innovation and organizational innovation. An introductory chapter sets the context while closing epilogue draws out the wider lessons and future challenges for the healthcare community, international in perspective and scope, empirical evidence is drawn from Europe - East and West, Canada, New Zealand and the Middle East.

A3013

Voir aussi :

Le dossier de la documentation française sur la réforme de l'assurance maladie en Europe :

Les 25 pays de l'Union européenne, en dépit de traditions socioculturelles diverses, sont confrontés à des défis communs : vieillissement démographique, coût croissant des technologies médicales, bouleversement du marché du travail, déficit de la branche maladie conjugués à l'exigence de la population de se voir garantir un bon accès aux soins de santé. La Documentation française nous propose un dossier d'actualité en ligne analysant les réformes en cours dans les systèmes nationaux de santé comme ceux de Grande-Bretagne ou d'Europe du Nord, dans les systèmes d'assurance maladie tels ceux d'Allemagne ou des pays d'Europe centrale nouvellement entrés dans l'Union européenne, et dans les systèmes mixtes de l'Espagne ou de l'Italie. Les remèdes proposés, qui prennent des formes nationales, combinent l'introduction de mécanismes de concurrence, une diminution du niveau de la prise en charge, et une décentralisation plus ou moins poussée. Quant à la Commission européenne, elle recommande une collaboration plus étroite entre les Etats membres en matière de modernisation des systèmes de protection sociale à travers l'Union, notamment dans le contexte de l'élargissement et du développement de la libre circulation des personnes :

> Le dossier en ligne :

http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossier_actualite/assurance-maladie-europe/index.shtml

Ressources électroniques sur les systèmes de santé

➤ **Site d'Ameli**

Getting informed about Health insurance

<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/getting-informed-about-health-insurance/index.php>

➤ **Site de la Sécurité sociale**

Sécurité sociale en France : historique et organisation

<http://www.securite-sociale.fr/comprendre/histo/historique.htm>

http://www.sante.gouv.fr/assurance_maladie/reperes/historique.htm

➤ **[Portail de l'annuaire sécu : sites internet et références](#)**

- [Cleiss : régimes de Sécurité sociale dans le monde](#)
- **REIF – Représentation des Institutions Françaises de Sécurité Sociale auprès de l'Union européenne**

Mise en place en mai 2003 par les caisses françaises en charge la sécurité sociale obligatoire, la REIF est chargée de promouvoir les valeurs et les principes du système français auprès des instances européennes. On y trouve des informations sur l'organisation et le fonctionnement des systèmes de Sécurité sociale en France et dans les pays de l'Union européenne.

- [Site de l'European on Health Systems and Policies \(OMS\)](#)

Série des Health systems in transition

- [Bertelsmann Stiftung](#) :

Présentation des différentes réformes de santé dans l'Union européenne

- **Gip-Spsi** :

Organisation et système de santé en France (Versions anglaise et française)

GIP SPSI, 2010

http://www.gipspsi.org/GIP_FR/actualites/livre_de_presentation_du_systeme_francais_de_sante

Systèmes de santé et de couverture sociale dans le monde

Le site GIP SPSI met en ligne des fiches synthétiques de 3 pages présentant les systèmes de santé et de couverture sociale de 51 pays.

http://www.gipspsi.org/GIP_FR/actualites/systemes_de_sante_et_de_couverture_sociale_dans_le_monde

⇒ Consulter aussi l'annuaire des sites thématiques de l'Irdes :

<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/EntreesThema.pdf>

aux rubriques : Protection sociale et systèmes de santé en France et à l'étranger