

Université Abderrahmane MIRA de Bejaia
Faculté de Médecine
Département des Sciences Médicales

COURS
« ÉCONOMIE DE LA SANTÉ »

1^{ère} année Médecine (2023-24)

Dr CHALANE Smail

CHAPITRE 2 :

Assurance-maladie et systèmes de santé dans le monde : *Classification et performances globales*

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Définir la notion de **système de santé** dans une perspective économique et systémique
- Présenter schématiquement les **acteurs**, les **institutions** et les **flux** du système de santé, en insistant particulièrement sur les **interdépendances** qui existent entre les différents acteurs/institutions
- Proposer une **typologie** et quelques **éléments de comparaison** sur les systèmes de santé dans le monde

PLAN/CONTENU

- 1) Qu'est-ce qu'un système ?
- 2) Qu'est-ce qu'un système de santé ?
- 3) Un modèle simplifié du système de santé
- 4) Interdépendances entre les termes de l'équation
- 5) Performance comparée des systèmes de santé

1) QU'EST-CE QU'UN SYSTÈME ?

- Un système est un ensemble d'éléments organisés et en interaction dynamique, orientés vers l'atteinte d'un objectif bien défini.

2°) QU'EST-CE QU'UN SYSTÈME DE SANTÉ ?

➔ Définition d'un système de santé

- « *Le système de santé est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé* » (OMS).
- Mieux encore : Un système de santé est un ensemble plus ou moins cohérent de moyens de financement, d'information, de prévention et de traitement organisé en vue de maintenir ou d'améliorer la santé.
- C'est aussi un ensemble d'acteurs et d'institutions interconnectés, constituant un tout organique.
- **L'État**, qui est le seul agent qui a des objectifs au niveau du système de santé dans son ensemble et surtout les moyens d'en modifier le fonctionnement, **est le régulateur légitime du système**.

3) Un modèle simplifié du système de santé

- Les échanges financiers qui s'instaurent entre les principaux agents d'un système de santé peuvent être représentés par la double équation suivante :

OFFRE = DEMANDE = RESSOURCES

Revenus des professionnels = Dépenses de soins = Moyens de financement

$$(H + S) * N = P * Q = (I + C) + M + A$$

- C'est ce qu'on appelle l'**équation macroéconomique générale du système de santé** (Robert Evans, 1997).

OFFRE DE SOINS

(H + S) x N

H désigne les **honoraires** des *médecins*, des *dentistes* et des *paramédicaux* activant dans le **secteur ambulatoire**.

S désigne les **salaires** des **hospitaliers** (médecins, infirmiers, ...).

N représente **leur nombre respectif**, i-e : le *niveau d'emploi* dans le secteur des soins.

N.B. : Environ 80% des dépenses de santé sont directement versées à des **soignants** ; le reste est consacré à acheter des biens et services médicaux.

DEMANDE DE SOINS

P x Q

P désigne le **prix des consultations**, le **prix des journées d'hospitalisation** et le **prix des produits pharmaceutiques**.

Q représente les **volumes correspondants**, en termes de *nombre de consultations*, de *journées passées à l'hôpital* et de *nombre de médicaments consommés*.

RESSOURCES

$$(I + C) + M + A$$

I et C représentent les impôts ou cotisations considérés comme des **prélèvements obligatoires**. I et C sont appelés « **fonds publics** ».

M représente les sommes déboursées directement par les malades (tickets modérateurs, franchises, ...).

A désigne les cotisations/primes d'assurance versées volontairement par les assurés à titre privé et servant au remboursement des soins.

N.B. : Le **payement direct du patient** (reste à charge des ménages) et les **primes d'assurance** versées *volontairement* sont appelées « **fonds privés** ».

- Cependant, les termes de l'équation ne sont pas spontanément en équilibre.
- Il est donc important de bien comprendre les relations entre les 3 parties de l'équation.

4) INTERDÉPENDANCES ENTRE LES TERMES DE L'ÉQUATION

- Une **augmentation de la dépense de soins** favorise :
 - Soit la **rémunération des soignants (H+S)** ;
 - Soit leur **nombre (N)** ;
 - Soit les deux.
- Elle exige aussi de **nouveaux moyens de financement**, donc :
 - Soit **les prélèvements obligatoires augmentent (I+C)**;
 - Soit **les soins seront moins bien remboursés** : la participation directe des malades et les primes d'assurance (**M+A**) seront donc plus lourdes.

- *Que se passera-t-il dans le cas où les médecins et personnels des hôpitaux obtiennent une augmentation des salaires ?*

- La dépense de soins augmentera mécaniquement (prix de la journée d'hospitalisation).
- Mais aussi, inéluctablement, les impôts et/ou les cotisations, puisque les dépenses hospitalières sont en général bien remboursées.

- Supposant que le Parlement décide de réduire les *impôts ou les cotisations* pour diminuer la pression qu'exercent les prélèvements obligatoires sur l'économie :
 - Soit les 2 autres sources de financement (payement direct des malades et assurance volontaire) viendront compenser la baisse des I et C.
 - Soit les **dépenses de santé diminueront** :
 - Soit les revenus des soignant diminueront (notamment S).
 - Soit on assistera à une compression des effectifs et à un durcissement du *numerus clausus*.

- Supposons que le Gouvernement veuille **réduire les dépenses de santé remboursées**.
- Il décide alors de faire porter son effort sur le principal poste de dépense dans le système de santé : l'**HOSPITALISATION**.
- Il va donc **réduire le nombre de lits** (capacité d'accueil) et certains malades devront maintenant être **traités en ambulatoire** (médecine de ville).
- En conséquent, les dépenses liées aux **honoraires** et aux **médicaments** augmenteront mécaniquement.

- En outre, **le financement public va se réduire nécessairement**, dans la mesure où les dépenses d'hospitalisation sont en général mieux remboursées que les dépenses de ville.
- *A contrario, les fonds privés* (financement direct des malades + assurances volontaires) **augmenteront**.
- Cet effet induit et mécanique accentuera alors la **privatisation du financement !**

5) PERFORMANCE COMPARÉE DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Systèmes Beveridgiens

- la santé est essentiellement *financée par l'impôt* ($I =$ jusqu'à 90% de la DNS) ;
- la **dépense totale** est **bien contrôlée** (seulement 7 à 9% du PIB) ;
- la **participation des malades** reste en général **faible** ($M =$ entre 5 et 10% de la DNS) ;
- cependant, les **PRIX peuvent être élevés**, particulièrement les revenus des généralistes et les prix des médicaments.

Exemple : Grande-Bretagne, Danemark, Finlande, Suède et Irlande

Systèmes bismarckiens

- la santé est financée surtout par les **cotisations sociales** prélevées sur les salaires et **un peu par l'impôt** ($C = 60 \text{ à } 65\%$; $I = 10 \text{ à } 15 \%$) ;
- la **dépense totale est plus élevée** (8 à 11% du PIB) ;
- la **charge imposée aux malades** (M) est aussi **assez élevée** (15 à 20% de la DNS) ;
- les **prix des soins sont bas**, en particulier les honoraires des généralistes et les prix des médicaments ; les **volumes consommés sont au contraire très élevés**.

Exemple : Allemagne, France, Belgique, Autriche... et Algérie.

Systèmes mixtes

- Aux États-Unis, en principe pays du *libéralisme* et du *marché* :
 - **L'impôt (I) finance cependant 40% des dépenses.** Les assurances privée (A) = 30% ; les malades (M) = 30%.
 - Programmes publics : **MEDICAID** (indigents, handicapés, malades lourds, ...) ; **MEDICARE** (personnes âgés).
 - **les prix (P) sont très élevés**, ainsi que les **revenus des soignants (H+S)**.
 - **L'emploi (N) est très important.**
- C'est ce qui explique que ce pays consacre **plus de 17%** de son PIB aux soins.

Les termes de l'équation dans les 3 modèles de systèmes de santé

<i>Paramètre</i>	SYSTÈME BEVERIDGIEN	SYSTÈME BISMARCKIEN	ÉTATS-UNIS
Dépense (% PIB)	7 à 9%	8 à 11%	17%
I ou C	I= 80 à 90%	C=65% ; I=15%	I=40%
M	5 à 10%	10 à 15%	30%
P	Négocié	Contrôle	Très élevé
Q	Faible	Contrôle	Très élevé
N	Variable	Variable	Élevé