

2^{ème} EPREUVE PARTIELLE DU MODULE :
« SYSTÈME DE SANTÉ »
6^{ème} année Sciences Médicales
Enseignant : M. CHALANE Smail
(Durée : 1 heure) **SA**

BARÈME DE NOTATION : Chaque proposition de réponse est traitée indépendamment des autres dans la même question (barème par réponses) : **Proposition juste cochée = 0,20 ; Proposition juste non cochée = - 0,20 ; Proposition fautive cochée = - 0,20**

1. L'élaboration d'une tarification hospitalière s'avère complexe dans la mesure où :

- Il y a une substitution du paiement direct (prix de journée) par la formule "budget global"
- Il est difficile de concilier l'intérêt financier de l'hôpital et l'intérêt économique général
- La plupart des hôpitaux publics dans le monde sont largement subventionnés
- Les payeurs rencontrant des difficultés à différencier les taux de croissance du budget global entre les hôpitaux
- Il est difficile d'élaborer des barèmes tarifaires identiques pour tous les établissements
- La fonction des hôpitaux a considérablement évolué avec le temps (hébergement, soins, consultations externes, enseignement et recherche)

2. La médecine libérale est organisée selon un ensemble de principes :

- Le paiement à l'acte
- La capitation
- La liberté de choix de son médecin par le patient
- Le tiers-payant
- Un salaire fixe pour un volume horaire déterminé
- Le paiement direct du patient

3. Le prix de journée pousse les hôpitaux :

- à minimiser le taux d'occupation et la durée moyenne de séjour
- à réduire les lits
- à augmenter la durée de séjours
- à fermer les lits que le progrès des techniques médicales permet de libérer

4. Le forfait par pathologie présente l'avantage d'inciter les établissements à :

- développer la chirurgie de jour
- adopter les techniques de soins les plus appropriées et les moins coûteuses
- se diversifier pour diminuer leurs coûts et accroître leur efficacité
- minimiser le coût par admission
- diminuer les durées moyennes de séjour
- ouvrir de nouveaux lits

5. On parle de la solidarité horizontale du système d'assurance-maladie lorsque :

- Les hauts revenus cotisent pour financer les soins des bas revenus
- Les bien-portants cotisent pour financer les malades
- Les actifs cotisent pour financer les soins des inactifs

6. La santé et les moyens mobilisés pour le secteur relève de l'approche économique dans la mesure où :

- Le secteur des soins de santé n'est pas un véritable marché, gouverné exclusivement par une logique commerciale et de profit
- Les ressources allouées au secteur de la santé représentent un coût d'opportunité pour la collectivité
- Les moyens mis en œuvre ont un coût pour la collectivité
- Les moyens mobilisés sont par définition abondantes et illimités

7. Les systèmes de santé dits « Bismarckiens » sont financés essentiellement par :

- Les caisses d'assurance privée et les mutuelles
- Les cotisations sociales
- L'impôt
- Les ménages

8. L'approche économique en santé s'applique à :

- La définition de la meilleure façon d'organiser un hôpital
- La production d'études épidémiologiques en vue de concevoir des plans d'action
- L'évaluation des techniques médicales
- La sélection du meilleur programme de prévention
- Aider le médecin à poser son diagnostic et à sélectionner le meilleur traitement
- L'opportunité de donner une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour un nouveau médicament.

9. Le budget global incite les hôpitaux à :

- maximiser le taux d'occupation et la durée moyenne de séjour
- la maîtrise des coûts
- allonger les séjours et à multiplier les journées inutiles
- améliorer la qualité et la disponibilité des soins.

10. Dans la population d'un pays, il y a le groupe des inactifs qui sont en général :

- Faibles consommateurs de soins
- Bien-portants, avec une capacité de financement élevée
- Faible demandeurs d'assurance
- Faibles contribuables ou cotisants aux prélèvements obligatoires

11. L'assurance maladie (privée ou publique) est justifiée par 4 particularités du risque « maladie » :

- La double certitude, concernant l'occurrence de la maladie et sa gravité
- Le désir de solidarité et d'égalité d'accès de la collectivité à l'égard des plus pauvres
- Le goût pour le risque de la population
- La dispersion des dépenses de santé

12. Dans l'organisation sanitaire algérienne, les soins secondaires :

- portent sur les consultations de médecine générale
- portent sur les soins dans les spécialités de base (urgences médico-chirurgicales de base, médecine interne, chirurgie générale...)
- portent sur les actes infirmiers
- concernent les unités légères de soins (polycliniques, salles de soins et centres de santé)
- concernent les CHU et les EHS
- portent sur la chirurgie spécialisée

13. Sur la période 1986-2000, le système de santé algérien était caractérisé par :

- Le blocage institutionnel du secteur privé
- La substitution de la formule « budget global » par des paiements directs (acte et prix de journée)
- L'instauration de la gratuité des soins et de la prédominance du secteur public
- Une volonté politique de désengagement du financement de la santé
- La promulgation d'une nouvelle carte sanitaire
- Faibles niveaux de remboursement des actes médico-techniques et des analyses médicales
- La baisse des prix des médicaments (dévaluation)
- Un rattrapage sur le plan infrastructurel (extensions, rénovations, équipements, formations...)
- Une grave crise de financement
- Une importante augmentation du budget de l'État alloué au secteur de la santé
- Un financement bipolarisé de la santé (Etat-Sécurité Sociale)
- Un appauvrissement de larges couches de la population
- Une participation financière en progression des ménages
- L'institution de la médecine gratuite
- Une amélioration du niveau de vie et de l'état de santé de la population
- L'« étatisation » du système de santé
- Le monopole de l'Etat sur le médicament et les équipements médicaux

14. La croissance économique a un impact positif sur la santé, via :

- L'augmentation des ressources pouvant être allouées au secteur de la santé
- La diffusion des innovations et du progrès technique dans le secteur de la santé
- L'amélioration des conditions de travail et la réduction des maladies professionnelle/accidents du travail
- L'accroissement des revenus
- L'amélioration des conditions de vie
- La création d'emplois, synonyme de ressources supplémentaires pour la sécurité sociale

15. Le budget global transfère le risque financier sur les établissements et permet de contrôler étroitement la dépense.

- Oui Non

16. Aussi bien l'état de santé de la population que le secteur des soins de santé participent directement au développement économique, via :

- L'amélioration de la productivité du travail
- L'augmentation des dépenses de santé et donc l'impossibilité d'utiliser ces ressources dans d'autres secteurs (éducation, aides sociales, industrie, ...)
- Le renforcement des ressources humaines du pays grâce l'amélioration des taux de natalité
- La diffusion des innovations et du progrès technique dans le secteur de la santé
- L'augmentation des taux d'absentéisme dus à la maladie dans les entreprises et les administrations
- La réduction du taux d'invalidité, et donc le poids de la dépendance dans le pays (rapport population active/personnes dépendantes)
- La détérioration des conditions de travail et l'augmentation des maladies professionnelle/accidents du travail

17. Le ticket modérateur correspond à :

- La participation des employeurs au financement de la santé
- La participation de l'État au financement de la santé
- La participation des assurés sociaux au financement de la santé
- La participation de la sécurité sociale au financement de la santé

18. Comparativement aux autres secteurs de l'économie nationale, le marché des soins de santé présente plusieurs exceptions :

- La symétries d'information (entre le médecin et son patient, le médecin et le financeur, l'hôpital et le financeur...)
- L'intervention des pouvoirs publics est faible
- Les prix des biens et services sont libres
- L'entrée dans le système de soins est strictement réglementée
- Il obéit au libre jeu de l'offre et de la demande

19. Depuis les années 2000, le système de santé algérien est caractérisé par :

- Un renforcement du dispositif tiers-payant
- Des déficits budgétaires successifs (effondrement des ressources de l'Etat)
- Un renforcement des budgets (revalorisation salariale, médicaments...)
- La faiblesse de l'investissement sur le plan infrastructurel (extensions, rénovations, équipements, formations...)
- Une détérioration des équilibres financiers des organismes d'assurance-maladie
- Une détérioration du niveau de vie et de l'état de santé de la population
- Une réduction du chômage et une baisse progressive de la capacité de participation financière des ménages
- Le déficit structurel de la sécurité sociale
- Les faibles niveaux de remboursement des actes médico-techniques et des analyses médicales
- L'institution de la médecine gratuite
- Une extension importante du secteur libéral

20. L'incertitude sur les dépenses de santé provient :

- du hasard qui amène au soignant une proportion de patients plus ou moins coûteux
- de l'adaptation des tarifs à la réalité des coûts
- du choix et de la qualité des soins du producteur
- du fait que les ressources allouées au secteur de la santé représentent un coût d'opportunité pour la collectivité
- de l'action volontaire du soignant pour augmenter son revenu (demande induite)
- de la *double certitude* concernant l'occurrence de la maladie et sa gravité

21. La capitation est un mode de paiement des professionnels de santé qui :

- Encourage à la provision excessive et inutile de soins
- Crée des conditions de travail favorables aux médecins généralistes
- N'incite pas à la prévention et à l'information des patients
- Garantit la continuité et la qualité des soins pour les patients
- Provoque des inégalités dans la répartition des médecins sur le territoire
- Incite à se décharger des patients lourds sur les spécialistes ou sur les hôpitaux