REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA POPULATION ET DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE

**École Nationale de Management et de l’Administration de la Santé**

**Évaluation Finale de la formation « Économie de la Santé »**

**NOM : ……………………………………….. PRÉNOM : ………………………………………..**

**PARTIE 1 : Questions à Choix Multiple (12 points)**

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)

1. **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

1. **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

1. **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

1. **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

1. **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

1. **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

1. **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.

1. **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.

1. **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

1. **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

1. **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 (État-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’État sur le médicament et les équipements médicaux

1. **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 et 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

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

 Oui  Non

1. **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

1. **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

1. **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

1. **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

1. **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

1. **Quels sont les objectifs de la planification sanitaire ?**

 Assurer l’adéquation entre offre, demande et besoins de santé

* Justifier les actions menées
* Choisir que les programmes rentables financièrement
* Gérer les activités sanitaires du système de soins

1. **Dans une planification sanitaire adoptant une approche rationnelle :**

* Le planificateur joue un rôle de conseiller et de dynamiseur

 Le planificateur joue un rôle majeur dans le projet

 Se base sur des méthodes quantitatives

* Se base sur des méthodes qualitatives

 Adopte une logique interne stricte absolue

* Adopte une logique adaptative

1. **Une planification centrée sur la maladie s’intéresse à l’accessibilité et la prise en charge du malade.**

Vraie ……. Faux………

JUSTIFIEZ VOTRE CHOIX : L’approche centrée sur la « maladie » s’intéresse aux ***méthodes* efficaces de lutte contre cette maladie**, les stratégies thérapeutiques efficaces, etc. Par contre, l’approche centrée sur le « patient » (malade) s’intéresse en priorité à **l’accessibilité du patient aux soins**, vérifie que le diagnostic ne provoque pas d’exclusion familiale ou professionnelle

1. **Les parties prenantes, ou « s*takeholders* », dans un processus de planification sanitaire représentent :**

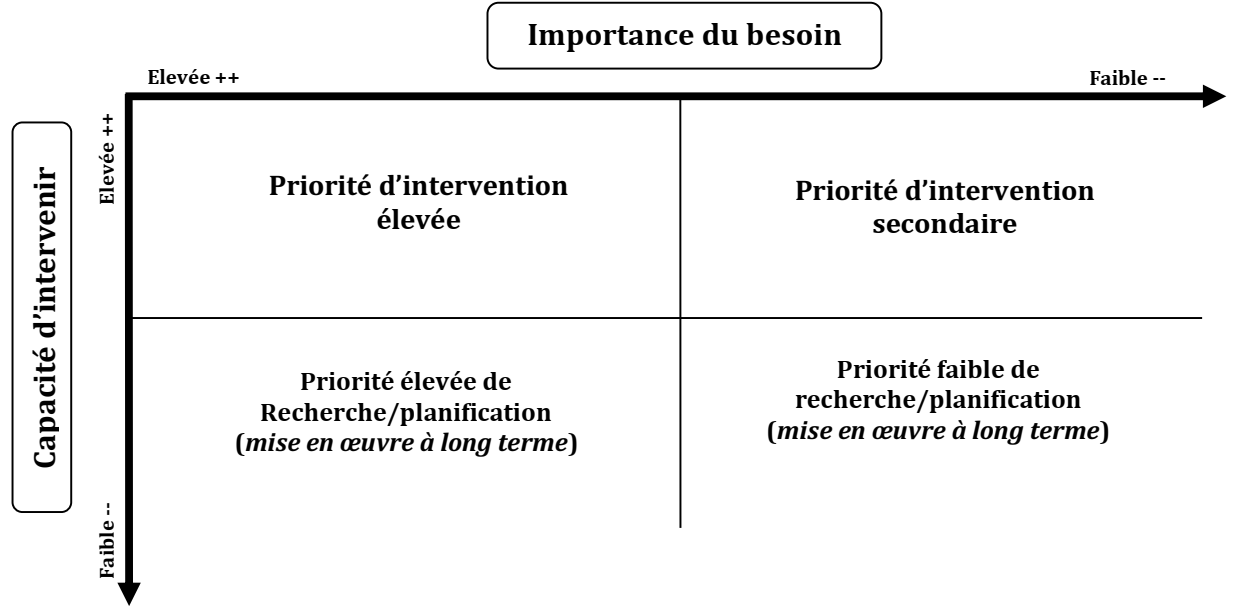
 Les personnes chargées de la planification des projets

* Seulement les bénéficiaires du projet

 La population environnante de la population cible

 Le financeur du projet

1. **Complétez le schéma suivant :**



**PARIE 2 : Exercice d’application (08 points)**

Un responsable d’un programme de lutte contre une **pathologie X** cherche à évaluer quatre **(4) stratégies de traitement** et elles sont comme suit :

* S1 : Ne rien faire
* S2 : Traiter avec un traitement A
* S3 : Traiter avec un traitement B
* S4 : Traiter avec un traitement C

Les **coûts** et l’**efficacité** (années de vie) respective de chaque stratégie sont consignés dans tableau suivant :

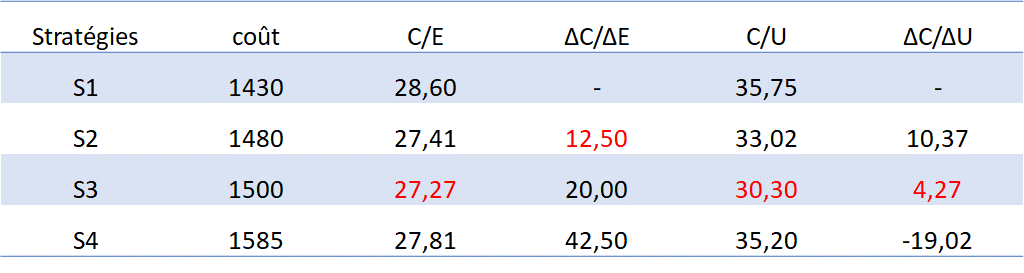
|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Stratégie | Médicament | Hospitalisation | Ambulatoire | Autres coûts | Efficacité |
| **S1** | 0 | 780 | 450 | 200 | 50 |
| **S2** | 850 | 280 | 230 | 120 | 54 |
| **S3** | 950 | 250 | 190 | 110 | 55 |
| **S4** | 1045 | 210 | 140 | 190 | 57 |

1. Quelle est **la stratégie la plus coût-efficace** en termes **moyen** et **différentiel** ?
2. Donner les résultats du **coût-bénéfice absolu** et **relatif**.
3. Une enquête a révélé que les coefficients la qualité de vie associée à chacun des traitements sont comme suit : 0,80 pour S1, 0,83 pour S2, 0,90 pour S3 et 0,79 pour S4.

Donner les résultats de **l’analyse coût-utilité**

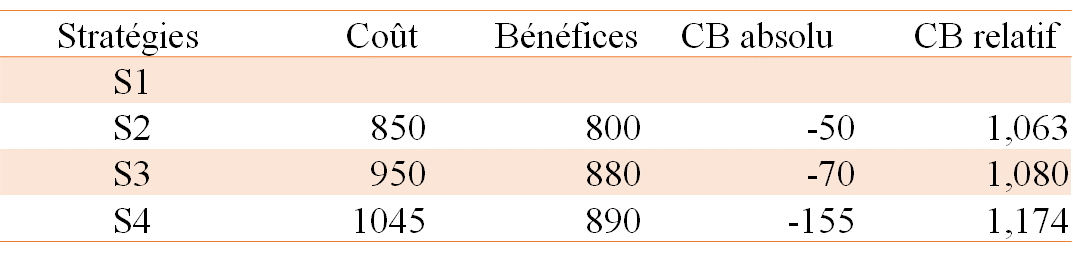
**CORRIGÉ-TYPE DE L’EXERCICE :**

**1. Synthèse des résultats des ACE et ACU**



* En termes de **coût-efficacité moyen**, le choix se porte sur **S3**, mais en termes de **C/E différentiel**, le choix se portera sur **S2**.
* Par contre, l’**ACU** aboutit au même choix, que ce soit en termes « moyen » ou « déférentiel », c’est-à-dire la **stratégie S3**.
* On peut noter aussi que dans l’analyse de **coût-utilité différentiel**, la **stratégie S4** accuse des **pertes d’utilité considérable** (par rapport à la stratégie S3), avec un coût plus important de **+85**. Ce qui dénote que les coûts encagés permettent des **gains d’efficacité** MAIS **au détriment de la qualité de vie**.

**2. Résultats de l’Analyse coût-bénéfice**



* Dans l’**analyse coût-bénéfice** « **absolu »** ou « **relatif »**, on choisira **S1**, i.e. le *statu quo* (ne rien faire).
* Toutefois, si on doit choisir entre les trois stratégies alternatives, aussi bien en **ACB absolue** qu’en **ACB relatif**, on choisira **S2**.