

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

COURS
« SYSTÈME DE SANTÉ »

6^{ème} année Médecine (2022-23)

M. CHALANE Smail

CHAPITRE 3 :

Les 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
- 6) Qui paye, qui consomme et qui régule ?

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 :

$$\text{OFFRE} = \text{DEMANDE} = \text{RESSOURCES}$$

$$\begin{array}{ccccc} \text{Revenus des} & = & \text{Dépenses} & = & \text{Moyens de} \\ \text{professionnels} & & \text{de soins} & & \text{financement} \end{array}$$

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

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

OFFRE DE SOINS

$$(H + S) \times N$$

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

$$P \times Q$$

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 (paiement 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

Systemes 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

Systemes bismarckiens

- la santé est financée surtout par les **cotisations sociales** prélevées sur les salaires et **un peu par l'impôt** (C = 60 à 65% ; I = 10 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.

Systemes 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	Contrôlé	Très élevé
Q	Faible	Contrôlé	Très élevé
N	Variable	Variable	Élevé

**6) QUI PAYE, QUI CONSOMME ET
QUI RÉGULE ?**

- La population se divise en **deux sous-groupes** jouant des rôles très différents.
- D'une part, il y a le **groupe des actifs**, en général **jeune, bien-portants et ayant une capacité de financement élevée**. Ils sont :
 - **forts contribuables ou cotisants** aux prélèvements obligatoires ;
 - **faibles consommateurs de soins**.
 - et, en conséquence, **faible demandeurs d'assurance** ;

- D'autre part, il y a le groupe des **retraités** et des **grands malades ou invalides** **qui ne peuvent pas travailler**. Ils sont :
 - **faibles contribuables ou cotisants ;**
 - **forts consommateurs de soins ;**
 - **et, en conséquence, forts demandeurs d'assurance.**
- Dans l'ensemble des pays développés, le second groupe **dépense près des 2/3 des soins.**

- Schématiquement, **une importante redistribution se produit dans tout système de santé** : les actifs bien-portants payent pour les inactifs malades les soins remboursés.
- Cependant, **les intérêts de ces 2 groupes peuvent être forts divergents** :
 - Les actifs qui payent pour les inactifs peuvent souhaiter voir augmenter la participation directe des malades.
 - Les inactifs ont au contraire intérêt à ce que les soins soient financés par les contributions obligatoires des actifs.

- Dès lors **qui régule**, c'est-à-dire **qui contrôle**, la **répartition de la dépense totale entre I, C et M ?**
- Pour les biens et les services traditionnels, comme les chemises ou le chocolat, c'est **le marché** qui régule (loi de l'offre et de la demande).
- Pour les services publics, c'est le **Parlement** qui arbitre entre les services d'éducation et de justice par exemple.

- Pour les services de santé, les choses sont plus compliquées.
- **Dans un système de santé, une double régulation par le Parlement et par le marché coexistent.**
- Le montant de **I** et de **C** est régulé par le Parlement qui **vote le montant des prélèvements obligatoires et leur affectation** entre la santé et les autres fonctions de l'État.
- Au contraire, le montant de **M** et de **A** dépend de la volonté de payer des malades ou des assurés, il est donc assez largement **régulé par le marché**.

CONCLUSION

- Le système de santé est constitué d'un ensemble d'**éléments hétérogènes** quant à leur **nature**, leur **structure** et leur **fonctionnement**.
- La **COMPLEXITÉ** d'un système de santé peut être appréhender à partir du **nombre de ses éléments**, de leur **diversité** et de leurs **interactions**.
- Cette complexité engendre des **difficultés de régulation**.
- Un système de santé est donc complexe : **s'appuyer sur des cheminement simpliste entre les causes et les effets** (logique de causalité linéaire) **ne présente aucun intérêt** et mieux vaut envisager des ***systemes complexes d'interdépendance***.

- Il s'avère dès lors très difficile de **prévoir les « conséquences ultimes »** d'un changement (même minime) dans les **paramètres structurels** du système de santé.

→ Toute intervention au sein d'un système de santé aura de **multiples conséquences... certaines tout à fait prévisibles et voulues, d'autres non !**

- C'est ce qui justifie l'approche résolument **« systémique »** adoptée dans ce cours.
- L'approche systémique demande ainsi de **considérer le système de santé dans son ensemble**, avec toute sa **complexité** et ses **interdépendances**.

→ **Conflit acteurs/système et l'impératif de la régulation**

- **Dans tout système de santé :**

- Chaque acteur agit selon les règles générales **en fonction de sa motivation et développe des stratégies (+ ou – opportunistes) pour maximiser sa satisfaction.**
- Le **système** (à travers son organisation) doit amener les différents acteurs à suivre ses objectifs en définissant les **règles de fonctionnement** et les **éléments formels de motivation POUR MAXIMISER :**
 - ✓ la **performance** (efficacité et qualité des soins)
 - ✓ l'**efficience** (coûts des prestations et des productions)