

# ANALYSE SOCIO-ÉCONOMIQUE

## DES SYSTEMES DE SANTÉ

### **Problématique :**

Présenter les différentes approches socio-économiques en santé publique.

Souligner la pertinence des approches socio-économiques et présenter les critères de comparaison des systèmes de santé.

Présenter le système de santé anglais.

# LES DIFFERENTES APPROCHES ECONOMIQUES.

## INTRODUCTION.

### **Position du problème :**

Il y a une opposition entre économie et santé. Rationnement Vs. Rationalisation. On dit que « la santé n'a pas de prix » et que c'est un bien supérieur. On pourrait augmenter le prix de l'offre en santé, la demande ne baisserait pas.

Rationalisation des choix budgétaires et calculs médico-économiques : maîtrise des dépenses de santé.

### **Légitimité du questionnement économique en santé publique ?**

→ Économie générale des moyens et dimension publique en santé.

### **1. Les deux familles de définition de l'économie**

Les définitions substantives par l'objet de l'économie : (production, consommation et répartition)

Les définitions formelles par le comportement rationnel de maximisation

(Robbins : allocation des moyens rares à usages alternatifs)

*Si on applique à la santé publique ...*

### ***Type 1 : Obtention, diffusion et utilisation des soins de santé dans une population***

- Approche descriptive (comptabilité nationale)
- Approche globale de type macroéconomique (au niveau du système et des relations qui le composent)
- Fondement normatif : définir des politiques budgétaires macroéconomiques (effets sur inflation, compétitivité, emploi etc.)

## *Type 2 : Maximisation de la santé avec des moyens limités*

- Approche d'emblée normative : modèle hypothétique de rationalité des comportements (producteur et consommateur)
- Approche de type microéconomique (décisions au niveau des individus ou des organisations pas du système)
- Fondement normatif : rationaliser les décisions de production et de consommation de soins

### *Conclusion*

- Les approches macroéconomiques par le compte satellite de santé sont l'exemple des approches économiques en santé publique de type 1 (Section 3)
- Les approches microéconomiques par les évaluations médico-économiques sont l'exemple des approches économiques en santé publique de type 2 (Section 2)

## **I) LES APPROCHES MICROECONOMIQUES EN SANTE PUBLIQUE.**

### *L'évaluation médico-économique*

- Objet : aider à la décision dans les actions de santé
- Champ d'analyse : tout type d'action (une technique, une pratique, une organisation, un programme, une politique)

### *Les principes*

- Coût d'opportunité : coût pour une action à adopter plutôt qu'une autre
- Calcul de coût : sur quoi porte le calcul (coûts direct, indirect) et comment (par les prix de marché, forfaitaire etc.)
- Comparaison coût/résultats : évaluation du résultat

### *Quatre grands types d'évaluation médico – économiques :*

- Minimisation des coûts : à résultat identique
- Coût-efficacité : résultats obtenus évalués en unité physique
- Coût-utilité : efficacité pondérée par la qualité de vie.
- Coût-bénéfice : Évaluation monétaire du résultat pour faciliter les comparaisons.

## **II) LES APPROCHES MACROECONOMIQUES EN SANTE PUBLIQUE.**

### *Le compte satellite de la santé*

- Objet : mesurer l'effort financier consacré annuellement à la santé par la nation (notion de dépenses courantes donc pas la FBCF)
- Champ d'analyse : définition institutionnelle très médicale des actions de santé (sont exclus le secteur médico-social et une partie de la prévention)

### *Les agrégats*

La consommation médicale totale (CMT) : somme de la CSBM et de la CSMP

La dépense courante de santé (DCS) : somme de la CMT, des indemnités journalières, des dépenses de prévention collective, en faveur du système de santé et de gestion des administrations.

Le financement des dépenses de santé

*La consommation médicale totale en 2007* : 166 milliards d'euros soit 2500 euros par personnes

CSBM : 163 milliards d'euros

CSMP : 3 milliards d'euros

Part dans le PIB :

### Part dans le PIB:

	90	95	2000	2001	2003
<b>CSBM</b>	7.8	8.6	8.5	8.7	9,3
<b>CMT</b>	<b>7.9</b>	8.8	8.7	8.9	<b>9,5</b>

### *La consommation médicale totale*

- Soins hospitaliers et en sections médicalisées,
- Soins ambulatoires,
- Médicaments,
- Transports de malades,
- Autres biens médicaux (prothèses, optique etc.)
- CSMP

	90	99	2000	2001
<b>Soins hospitalier</b>	<b>48.4</b>	<b>46.5</b>	<b>45.6</b>	<b>44.9</b>
<b>Soins ambulatoire</b>	<b>28.2</b>	<b>26.8</b>	<b>26.5</b>	<b>26.4</b>
<b>Médicaments</b>	<b>18.4</b>	<b>20.1</b>	<b>20.9</b>	<b>21.4</b>
<b>Transport</b>	<b>1.3</b>	<b>1.5</b>	<b>1.5</b>	<b>1.6</b>
<b>Autre bien médicaux</b>	<b>3.7</b>	<b>5.1</b>	<b>5.5</b>	<b>5.8</b>
<b>total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

### La dépense courante de santé :

- Dépenses pour les malades : soins et biens médicaux et aides aux malades (CMT) plus les indemnités de sécurité sociale.
- Dépenses de prévention collective
- Dépenses en faveur du système de santé : recherche médicale et pharmaceutique, formation.
- Dépenses de gestion générale des administrations sanitaires.

En fait, la dépense courante de santé = 206 Milliards € en 2007 soit 10,9% du PIB dont :

- CSBM (80%) +
- indemnités journalières (5%) +
- prévention (3%) +
- recherche et formation médicales (4%)
- gestion des administrations (5%)
- subventions diverses (5%)

Les acteurs de financement des dépenses de santé :

- L'état pour le financement de la recherche, de la prévention, de l'enseignement
- La sécurité sociale pour les prestations en nature et en espèces.
- Les mutuelles pour le financement complémentaire des prestations
- Les assurances privées (mineures en France)
- Les ménages pour le paiement restant.

	1990	1999	2000	2001
<b>Sécurité sociale</b>	<b>76.1</b>	<b>75.5</b>	<b>75.4</b>	<b>75.4</b>
Etat	1.1	1.1	1.1	1.3
Mutuelles	6.1	7.3	7.4	7.5
<b>Ménages</b>		<b>11.2</b>	<b>11.3</b>	<b>11.1</b>
Autre		4.8	4.8	4.7

<b>Financement biens médicaux</b>	1990	1999	2000	2001
<b>Sécurité sociale</b>	<b>55.9</b>	<b>57.5</b>	<b>57.9</b>	<b>58.5</b>
Etat	0.8	1.1	1.1	1.2
Mutuelles	11.6	12.1	12.8	11.6
<b>Ménages</b>		<b>21.9</b>	<b>21.9</b>	<b>21.7</b>
Autre				
Total		100	100	100

<b>Financement Hôpital</b>	1990	1999	2000	2001
<b>Sécurité sociale</b>	<b>90.7</b>	<b>91.1</b>	<b>91.2</b>	<b>91.3</b>
Etat	1.4	1.1	1.1	1.2
Mutuelles	1.7	2.3	2.3	2.4
<b>Ménages</b>		<b>4.2</b>	<b>3.9</b>	<b>3.5</b>
Autre				
Total		100	100	100

# LES CRITERES DE COMPARAISON

## DES SYSTEMES DE SANTÉ

### INTRODUCTION

Il est difficile de comparer les systèmes de santé parce que les données statistiques généralement disponibles ne donnent qu'une image partielle des systèmes de santé. Nécessité de compléter ces analyses en recourant à des approches pluridisciplinaires complexes : économie, sociologie, histoire des politiques sociales, etc.

### **I) TYPOLOGIE BASEE SUR LES MODELES DE PROTECTION SOCIALE.**

#### **1) Les systèmes corporatistes bismarckiens.**

##### **a. historique.**

Ce système succède au système d'assistance après vérification des besoins. C'est un modèle conservateur d'état corporatiste (fin XIX<sup>ème</sup> en Allemagne). Il s'agissait de combattre le mouvement ouvrier (développement des caisses de secours mutuel) et de favoriser les fonctionnaires et les classes moyennes pour les asservir.

##### **b. Principes de base.**

L'assurance est obligatoire, y compris parfois pour les assurances privées (pour ceux qui dépassent le plafond d'affiliation) ou pour la part complémentaire. Les droits sont acquis par le travail : les cotisations sociales sont liées aux revenus professionnels.

Le financement et la gestion se font par les assurés et les employeurs. Tutelle et régulation par l'état distincte du financement.

### **c. conclusion.**

Le système de santé s'articule autour de caisses d'assurance mutuelles sous tutelle de l'état, dans une logique de solidarité professionnelle. Concrètement, cela peut passer par une séparation des caisses par CSP mais pas forcément.

- En Allemagne, libre choix des individus des CAM.
- En France, la CSP détermine la caisse d'affiliation : agriculteurs, régime général, fonctionnaires, étudiants...

Tendances actuelle à la généralisation de la couverture (CMU en France) mais la logique de la solidarité professionnelle subsiste : il faut « mériter » son accès aux soins par l'acquittement d'un droit d'entrée (la cotisation sociale)

Le système d'assurances sociales obligatoires finance l'ensemble de l'offre de soins : publique (la plupart des hôpitaux) ou libérale (médecine ambulatoire, etc.)

## **2. Les systèmes universalistes beveridgiens.**

### **a. Historique**

Alternative à l'assistance après vérification des besoins et à l'assurance sociale corporatiste. (1945 au Royaume – Uni) d'inspiration sociale – démocrate. C'est une modèle qui favorise l'égalité des statuts, les citoyens étant dotés des mêmes droits quelque soit leur CSP ou leur position sur le marché. Ce modèle repose sur une logique de classe homogène modeste (problème des classes moyennes émergentes et de leurs aspirations).

### **b. Principe de base.**

Service national de santé régulé et financé par l'état qui fournit des services médicaux gratuits à tous les citoyens (égalité d'accès). Le financement se fait par la fiscalité obligatoire et universelle.

### **c. Conclusion.**

Couverture selon une logique de solidarité nationale : droit lié au critère de résidence. L'offre de soins est principalement publique et appartient au système national de santé. Développement d'un système à deux vitesses : les classes moyennes et supérieures passant par des assurances privées pour améliorer la qualité de leur couverture.

### **3. Les systèmes mixtes.**

#### **a. historique.**

Des systèmes mixtes ont été mis en place dans les années 70 et au milieu des années 80 principalement dans les pays d'Europe du Sud. Ils sont mixtes car partant d'anciens systèmes à logique corporatiste (multitude de régimes et de mutuelles) et tentent d'introduire une logique universaliste de type beveridgiens.

#### **b. Conclusion.**

Situation intermédiaire entre les deux modèles mais temporaire, le temps de mettre en place les réformes pour passer d'un système éclaté d'assurances sociales à un système beveridgiens. Dans les faits, ces réformes interviennent dans une période de crise économique qui n'a pas permis leur mise en place.

Systèmes hybrides inachevés financés par l'état et par des caisses socioprofessionnelles.

## **II) TYPOLOGIE BASÉE SUR LES REGIMES D'ETAT PROVIDENCE.**

### **1. Définition de l'état providence.**

**Définition classique** : L'état providence a pour mission d'assurer un **bien-être minimum** à ses citoyens.

**Critique** : pourquoi se contenter de parler d'un bien-être social minimum ?

### **2. Les analyses traditionnelles de l'état providence.**

La première génération des études comparatives postule que le niveau des dépenses sociales reflète le niveau de développement d'un État dans le domaine social.

**Critique** : toute dépense ne compte pas de manière égale.

Dès lors, deux approches de l'état providence se développent :

#### **a. Approche 1 :**

Elle part des transformations historiques des activités de l'État : de l'état gendarme (défense, ordre et loi) à l'état providence (bien-être des ménages). Cette approche a conduit à trop vite considérer qu'il existait un état providence dès lors que se développaient des programmes sociaux standards.

#### **b. Approche 2 :**

Distinction entre État providence résiduel (lorsque famille et marché échouent) et État providence institutionnel (universaliste avec un ancrage institutionnel du principe de bien-être social).

Cette approche a permis le développement des analyses comparatives en mettant la focale sur leur contenu : programmes ciblés ou universels, conditions d'éligibilité, qualité du bénéfice et des services, etc.

### **3. L'apport du critère de dé-marchandisation.**

#### **a. concept**

**Point de départ** : La citoyenneté sociale est le cœur du projet de l'état providence (les droits sociaux sont des droits fondamentaux attachés à la citoyenneté et non pas au fait d'être productif) Reste que pour comprendre la tendance à la démarchandisation il faut analyser l'articulation de fait entre Etat, marché et famille dans la prévoyance sociale.

**La démarchandisation** : Elle succède à la période d'hégémonie du marché ; elle survient lorsque l'accès aux services sociaux et à la prévoyance ne passent pas par le marché (du travail notamment) Le fait qu'il existe une protection sociale ne signifie pour autant pas une démarchandisation significative.

#### **Assistance et démarchandisation :**

*L'assistance* : faible niveau d'indemnisation et stigmatisation des bénéficiaires diminuent l'effet de démarchandisation. Tendance moderne au renforcement du marché dans les pays anglo-saxons (USA notamment) dans lesquels ce modèle demeure prépondérant.

#### **b. Systèmes bismarckiens et démarchandisation :**

L'assurance sociale obligatoire avec couverture importante vise en tous cas au départ à renforcer les performances du marché du travail. Tout dépend des règles d'éligibilité et d'indemnisation : les indemnités sont souvent dépendantes des cotisations ; elles sont sous conditions de la participation effective au marché du travail.

#### **c. Systèmes beveridgiens et démarchandisation.**

Semblent à priori les plus démarchandisants (indemnités égales pour tous, sans lien avec les cotisations). En fait, ce sont des systèmes plus solidaires mais pas forcément le plus démarchandisant car les indemnités sont restées modestes. (Incitation à passer par l'assurance privée.)

#### **d. Les états providence dé-marchandisant : une idée récente.**

Un tel état providence existe lorsqu'il fournit des revenus de remplacement quasi-identiques aux revenus du travail et que l'on peut opter librement pour le non-travail. (Congé parental, arrêt maladie, etc.)

Les états-providence scandinaves tendent à devenir les plus démarchandisants (Inverse pour ceux des pays anglo-saxons) Aujourd'hui, on assiste à une tendance massive à la re-marchandisation des états providences.

**e. Le régime d'état providence libéral (USA, Canada, RU...)**

Assistance fondée sur l'évaluation des besoins, transferts universels ou plan d'assurances sociales modestes qui bénéficient de fait aux plus pauvres. L'état encourage le marché, passivement (en n'assurant que le minimum) et activement (en subventionnant le choix des assurances privées).

➔ **Égalité relative de pauvreté et dualisme social.**

**f. Le régime d'état providence corporatiste (France, Allemagne, Italie...)**

Régimes conservateurs dans lesquels l'obsession libérale est dominée.

- Faiblesse des assurances privées
- Maintien des différences de statut par rapport aux droits sociaux mais l'état a les moyens de se substituer au marché pour assurer le bien-être social.
- Liens étroits avec l'Église et préservation des valeurs familiales traditionnelles.

**g. Le régime d'État providence social-démocrate (Europe du Nord)**

Les principes d'universalisme et de démarchandisation des droits sociaux s'étendent à la classe moyenne. Neutralisation du marché même si les indemnités demeurent proportionnelles aux revenus et conditionnées au fait de travailler (garantie d'emploi).

Égalité des plus hauts standards et non des besoins minimaux.

Emancipation des valeurs familiales traditionnelles.