

SYSTEMES DE SANTE DANS LE MONDE

dr :Kirati

SYSTEMES DE SANTE :

HISTORIQUE

-Initialement activités relevant des professions médicales et des associations caritatives

-Après 2ème guerre mondiale: emprise des Etats sur le secteur de la santé avec développement de politiques sanitaires incontournables dans les décisions d'organisation et de financement

Définition(1) :

Il y a plusieurs façons de définir le

Systeme de santé:

→ Certaines étroites (l'ensemble *des activités* sous la *responsabilité* du *ministère de la santé*),

→ D'autres très larges (toutes *les activités* qui *améliorent la santé*).

Définition(2) :

L'OMS se base sur le concept d'activité de santé pour la définition:

Le *systeme de santé* inclut tous les activités dont le but principal est de

–*promouvoir*

–*restaurer*

–*maintenir la santé.*

Systeme de santé (OMS, 2000) :

Trois objectifs

***Quatre fonctions**

***Deux dimensions de chacun des objectifs**

Objectifs :

L'OMS (rapport de l'année 2000) assigne

Trois objectifs aux systèmes de santé :

1.Améliorer et maintenir l'état de santé de la population.

2.Assurer la réactivité du système.

3.Garantir une contribution équitable de la part de la société.

Objectif : réactivité :

La réactivité concerne la capacité du système à répondre aux attentes de la population quant à la façon dont elle souhaite être prise en charge : c'est reconnaître que les systèmes de santé sont au service de la population

*Certains systèmes de santé ont une réactivité faible : traitement impersonnel et inhumain des personnes, agents de santé grossiers et arrogants, délais d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes, etc.

Fonctions :

Le rapport de l'OMS présente **quatre fonctions** du système de santé :

- **Prestation de services** (provision).
- **Création de ressources** (investissement et formation)
- **gestion et administration du système**(contrôle)
- **Financement** (collecte, mise en commun et achat).

Organisation économique du système de santé :

* La plus part des systèmes européens allient une pratique libérale de la médecine avec un soutien des pouvoirs publics aux soins en institutions (hôpitaux, établissements pour malades chroniques) et un filet de sécurité sociale dense (via un système assurantiel)

*C'est un modèle «post bismarckien », ce que l'OMS appelle un« système pluraliste »

Les fondements de la comparaison :

- Objectif: l'amélioration du système de santé
 - En efficience, en équité
 - En maîtrise des coûts
 - En l'état de santé de la population

Les limites de comparaison :

- Mesure-t-on les mêmes phénomènes dans les mêmes agrégats?
 - Utilise-t-on les mêmes méthodes pour obtenir les chiffres?
 - Les données identiques pour chaque pays ont-elles la même signification?
 - Ces données sont elles fiables?

Les limites de comparaison :

- La conversion entre les différentes monnaies et la fluctuation des monnaies oblige à l'utilisation de la parité de Pouvoir d'Achat (PPA)
- Il existe des « valeurs » importantes dans certains systèmes de santé, qui n'apparaissent pas sur les indicateurs

II. Classement des différents systèmes de santé :

➤ Composition d'un système de santé:

- Le payeur (assurances maladie)

- Les consommateurs (la demande)
- Les producteurs (l'offre)
- Les pouvoirs publics (la tutelle)
- Deux fonctions :

- fourniture de soins,

- fourniture d'assurance.

Trois formes théoriques de protection de la santé :

- Une forme bismarckienne (système d'assurances sociales obligatoires, le financement et la gestion étant confiées aux assurés et leurs employeurs)
- Une forme beveridgienne (service national de santé, financement par l'impôt)
- Une forme privée (financement individuel ; assurance privée volontaire et production marchande privée)

Une forme bismarckienne :

- La politique du chancelier Bismarck (conservateur) à la fin du XIX^e est marquée par un double souci : lutter contre les syndicats et lutter contre la montée du parti socialiste.
- En contrepartie d'une politique répressive, l'État a pris la responsabilité d'institutionnaliser la protection sociale : les assurances sociales obligatoires sont apparues en Allemagne à partir de 1883.

➤ Assurances sociales

➤ Financées et gérées par les intéressés

Les entreprises et les travailleurs

Les cotisations: assises sur les salaires ; gérées par les représentants des entreprises et des travailleurs (les syndicats appelés les « partenaires sociaux) .

➤ Bénéficiaire

Le droit à la santé et à l'assurance maladie constituent les attributs du travailleur et de ses « ayants-droit » (sa famille et ceux qui vivent avec lui).

➤ Les partenaires sociaux :

- président les conseils d'administration des « caisses de Sécurité sociale » ;
- gèrent les fonds et les risques ;
- sont responsables du respect du droit et de l'équilibre financier.

➤ **Le Parlement** contrôle les prélèvements obligatoires.

➤ **La médecine** y est souvent libérale, c'est-à-dire payée à l'acte et indépendante

Les principaux défis :

- Par nature, ce modèle génère des exclus.
- Des déséquilibres financiers de nature économique et démographique sont inéluctables.
- La multiplicité des caisses peut engendrer une médecine à plusieurs vitesses.

Une forme beveridgienne :

En 1942, William Beveridge rédige un rapport sur la sécurité sociale à la demande de William Churchill.

Ce rapport affirme que la Sécurité sociale est « une composante de toute politique de progrès social » ; le pouvoir d'achat ainsi redistribué est une composante substantielle de la demande globale, à même de soutenir l'activité économique et d'éviter le retour de crises comparables à celles des années 30.

- **Systemes - nationaux-**
- Le droit à la santé et à l'assurance maladie constitue un attribut de la citoyenneté.
- Financé par l'impôt, montant fixé par le Parlement.
- Les bénéficiaires : tous les citoyens et les résidents étrangers en situation régulière.
- **Gratuité des soins, a priori égalité d'accès.**
- **Principes fondateurs : les trois « U »**
 - **Universalité** : Tout citoyen, indépendamment de sa situation professionnelle, serait protégé contre tous les risques sociaux.
 - **Unité** : Une administration unique serait chargée de gérer chaque risque.
 - **Uniformité** : Chacun bénéficierait des aides en fonction de ses besoins et quel que soit son revenu.

Une forme privée :

➤ Il n'existe pas d'obligation d'assurance.

- La séparation des fonctions d'achat et de production de soins.
- La mise en concurrence des assureurs et des producteurs.
- Liberté de choix.
- Filet de sécurité minimal.
- Le financement des dépenses de santé est assuré par les individus eux-mêmes ou bien par des assureurs privés.

- Les professionnels de santé et les établissements relèvent du secteur privé (à but lucratif ou non).
- L'intervention de l'État est réduite au minimum et très ciblée.
- **Les principaux défis :**
 - La liberté de souscrire ou non une assurance est en fait fortement contrainte ;
 - Les assureurs peuvent sélectionner leur clientèle (ainsi que certains professionnels de santé) ;
 - Les mécanismes de marché ne permettent pas de maîtriser la progression des dépenses de santé;
 - Par nature, ce modèle génère des exclus.

Comparaison de deux systèmes :

	Type Beveridge : UK	Type Bismarck : CH
<u>Assurances</u>		
<i>Couverture de base</i>	universelle	liée au travail
<i>Choix du niveau</i>	aucun (ou assurance privée)	complémentaires
<i>Participation</i>	très faible	co-paiement (mais complémentaire)

<u>Financement</u>		
<i>Hôpitaux</i>	via les trusts régionaux	budget global

 Choix du prescripteur

non

libre choix

Flux financier du système de santé
français, %
OCDE, 2002

Système de santé

Français Suisse

Ménages privés	11%	28%
Assurances privées	12%	
Assurance maladie		48%
État	76%	15%

Performance :

La *performance* d'un système de santé correspond à sa *capacité* à remplir les *missions* pour lesquelles il est considéré comme responsable.

*Performance du *système de soins*.

- *Performance du *système de santé*.

(Pourquoi les systèmes de santé qui disposent de ressources similaires atteignent des résultats très différents?)

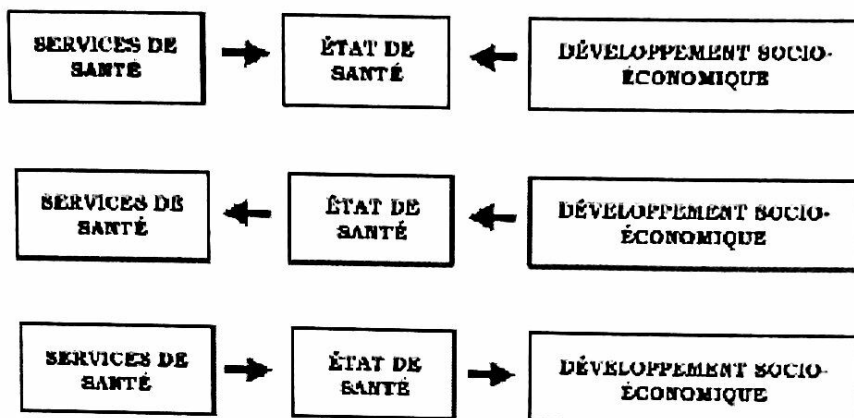
*Performance des *interventions* autres que celles relevant du système de santé.

Projet :

On appelle **projet** l'ensemble des actions à entreprendre afin de répondre à un besoin défini dans des délais fixés.

Ainsi un projet étant une action temporaire avec un début et une fin, mobilisant des ressources identifiées (humaines et matérielles) durant sa réalisation, celui-ci possède également un **coût** et fait donc l'objet d'une budgétisation de moyens et d'un bilan indépendant de celui de l'entreprise.

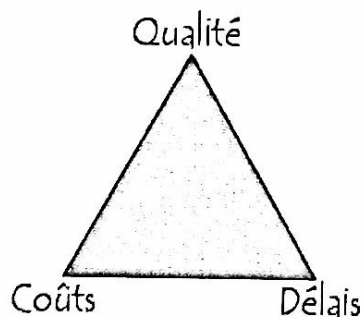
On appelle «livrables» les résultats attendus du projet.



Performance des services

de santé Triptyque: objectifs – coûts - délais :

Qualité=Aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences.



il est essentiel d'établir un plan de formation permettant à la maîtrise d'oeuvre et à la maîtrise d'ouvrage d'avoir un langage commun.

SYSTEMES DE SANTE :

SITUATION TRES VARIEE D 'UN PAYS A L 'AUTRE

- INEXISTENCE D 'UN SYSTEME DE SANTE PUR PRESENTANT DE NETTES LIMITES DE DEMARCATION
- CUMUL DE DIFFERENTS TYPES AVEC DOSAGE DIFFERENT
- NECESSITE D 'UNE TYPOLOGIE DES SYSTEMES DE SANTE

■ TROIS GRANDS TYPES DE SYSTEMES

- Systèmes libéraux

- Systèmes nationalisés(publics)

- Systèmes intermédiaires

LES SYSTEMES LIBERAUX :

Caractéristiques

-prédominance de l'exercice libéral surtout en ambulatoire

-financement à base de caisses d'assurances privées

-paiements directs des usagers

-mécanisme de paiement dominant

c'est le paiement à l'acte mode libéral dominant mais existence d'un secteur public certes moins important mais en développement avec subventions étatiques de plus en plus importantes

-programmes spécifiques et financement gratuit pour les pauvres et personnes âgées

LES SYSTEMES NATIONALISES :

Universalité de la couverture

- financement étatique budgétisé, basé sur la fiscalité

- accès gratuit

- secteur public prédominant mais existence d'un secteur privé notamment en ambulatoire

- mécanismes de rémunération:

* dotation budgétaire publique

* paiement à la capitation

LES SYSTEMES INTERMEDIAIRES :

Couverture universelle basée sur la sécurité sociale

Exercice de la médecine libérale essentiellement en milieu ambulatoire

- financement par cotisations sociales avec prélèvement obligatoire

- régime général prévalant: assurance-maladie

PANORAMA DES SYSTEMES PAYS REPRESENTATIFS

-libéraux (USA, Suisse), (DNS:12-15% du PIB)

-nationalisés (Grande Bretagne, Suède, Norvège, Danemark, Canada), (DNS: 6-7% du PIB)

-intermédiaires (France, Allemagne, Japon, Italie, Pays Bas), (DNS: 8-9% du PIB)

ETAT DE SANTE DE LA POPULATION

- Systèmes libéraux (état bon avec existence d'une frange de population marginalisée)
- Systèmes nationalisés (état bon mais avec de longues attentes pour hospitalisations)
- Systèmes intermédiaires (état bon en général)

AVANTAGES ET INCONVENIENTS (critères)

1-niveau de DNS rapportée au PIB

Systèmes libéraux (niveau élevé, forte évolution des dépenses)

Systèmes nationalisés (niveau maîtrisé, évolution circonscrite dans des proportions raisonnables)

systèmes intermédiaires (niveau moyen, plusieurs mesures pour maîtrise de l'évolution des dépenses)

2- Accès des usagers bénéficiaires

-systèmes libéraux : (circonscrit aux seuls assurés et populations aisées, pauvres marginalisés)

-systèmes nationalisés : (couverture universelle touchant la totalité de la population)

-systèmes intermédiaires : (couverture universelle, populations marginalisées réduites)

3-Temps de réponse à la demande

- systèmes libéraux : (rapide et efficace)

-systèmes nationalisés : (délais longs pour les rendez-vous, files d'attente)

-systèmes intermédiaires : (rapide et efficacité moyenne liée au niveau des équipements)

4- Qualité

-systèmes libéraux (élevée)

-systèmes nationalisés (moyenne)

-systèmes intermédiaires (au- dessus de la moyenne)

5- Rentabilité (gaspillage ressources)

Systèmes libéraux (élevée)

Systèmes nationalisés (inefficacité allocative et inefficacité opérationnelle, forte bureaucratie)

Systèmes intermédiaires (moyenne)

6- Tendances des réformes

-systèmes libéraux (meilleure prise en charge des populations marginalisées, usage rationnel des ressources publiques.)

- systèmes nationalisés (appelés à introduire plus de rigueur et de rationalité dans la gestion des ress.)

- systèmes intermédiaires (réformes visant à maîtriser les dépenses, introduction gestion rigoureuse)

***Situation démographique, sanitaire et éducation -
emploi -chômage et question genre***

Transition **démographique** [33 millions habitants]: baisse taux de croissance (1,5% en 2006) et début processus de vieillissement (Espérance de vie 75 ans en 2006)

Transition **sanitaire** (amélioration état de santé, apparition des maladies chroniques, émergentes)

Éducation, enseignement supérieur (taux scolarisation 97% et 700.000 étudiants), faiblesse de la qualité d'enseignement

Emploi : taux de chômage encore élevé (12%), chômage de jeunes, de diplômés, de primo demandeurs

Question **genre**: amélioration statut de la femme en milieu urbain (éducation, emploi, statut social), faiblesse en milieu rural

**Comparaisons Internationales
des systèmes de santé :**

« L'objectif premier des systèmes de santé est d'améliorer la santé des populations. »

OMS, rapport sur la santé dans le monde 2000

II. Comparaison des systèmes de santé :

« Des soins de qualité sont des soins efficaces, équitables, prenant en compte les besoins et les désirs du patient. »

Mossialos, 1999

Les fondements de la comparaison :

- Contexte actuel
 - Croissance des dépenses de santé
 - Evolution démographique
 - Avancées techniques
- Comparer c'est:
 - S'informer de l'organisation des différents systèmes de santé
 - Tirer des leçons