

# Cours n°2 : ORGANISATION DES SYSTEMES DE SANTE

## Introduction

- L'organisation du système de santé est fortement dépendante du mode d'organisation de la protection sociale.
- Il n'existe pas de modèle universel.
- Les modes d'organisation de la protection sociale et donc des systèmes de santé sont fortement influencés par l'histoire et la culture.
- Seuls les pays riches peuvent offrir un système de santé à leur population (sans financement, il n'y a pas de système de santé).

### Pourquoi une protection sociale ?

La protection sociale sert à assurer la sécurité du lendemain pour les personnes qui travaillent et leur famille (sans travail ou activité économique, il n'y a pas de financement possible), contre les risques liés :

- aux maladies
- aux accidents professionnels
- à l'invalidité
- à la vieillesse
- au chômage
- à la maternité et la famille

### Comment assurer cette protection ?

On peut assurer cette protection :

- En favorisant l'épargne individuelle, familiale ou collective (les professionnels d'un même secteur se regroupent).

L'épargne individuelle consiste à économiser pour sa santé (par exemple pour les soins dentaires en France).

- En favorisant le recours aux mécanismes d'assurance privée.

Il y a ainsi des risques d'être exclu de l'assurance santé en fonction du poids (obésité), de la présence d'autres facteurs de risques comme le tabagisme, etc.

- En mettant en place une assurance publique obligatoire, où tout le monde paie (les non-malades pour les malades...).

### Qu'est-ce qu'un système de santé ?

**Définition** : un système de santé est l'ensemble des moyens (organisationnels, humains, structurels ou financiers) destinés à réaliser les objectifs d'une politique de santé.

**Objectif** : améliorer la santé de la population (la santé publique)

Les systèmes de santé ont une histoire relativement récente mais très progressive.  
De 1880 à nos jours :

- **1880-1890** : les assurances sociales obligatoires en Allemagne
- **1930-1940** : l'assurance chômage et vieillesse aux USA
- **1945-50** : les assurances sociales obligatoires en France
- **1965-70** : l'assurance maladie aux USA (pour certaines populations)
- **2000** : la Couverture Maladie Universelle en France
- **2007** : la Couverture Maladie Universelle en Allemagne
- **2008-2009** : débat sur la couverture maladie de la population aux Etats-Unis

### Qu'est-ce qu'un système de santé idéal ?

Le système de santé idéal doit être :

- **Global**, c'est-à-dire qui ne néglige aucun secteur ou objectif (prévention, soins très spécialisés)
- **Accessible**, géographiquement (proximité) et économiquement (coût acceptable)
- **Efficace**, techniquement et économiquement
- **Acceptable**, c'est-à-dire qui a l'accord de la population (par exemple pour les fermetures de maternités)
- **Planifiable et évaluable**, c'est-à-dire qu'on peut prévoir et mesurer (via des indicateurs de santé)
- **Souple et modifiable** (adaptable à une épidémie, par exemple la bronchiolite, ou à des circonstances particulières, par exemple la canicule)

## **I Description d'un système de santé**

Un système de santé prend en compte des **éléments contextuels** :

- la démographie (taux d'accroissement de la population, répartition par âge)
- les indicateurs sanitaires (mortalité infantile, espérance de vie)
- l'offre de soins (densité médicale, densité en lits hospitaliers)
- les indicateurs synthétiques de l'économie (PIB global, PIB par habitant)
- les dépenses de santé (les ressources allouées à la santé, exprimées en pourcentage du PIB)

### **1) Les indicateurs de santé**

On note :

- Une bonne espérance de vie à la naissance en Europe (en France et en Allemagne notamment)
- Une longévité importante en Europe de l'Ouest (en France et en Allemagne notamment)

## 2) Les dépenses de santé

- Elles constituent autour de 11% du PIB pour la France (11,1%) et l'Allemagne (10,7%) contre 15% pour les Etats-Unis.
- Il y a une part prépondérante des dépenses à financement public et socialisé en France et en Allemagne.

## 3) La production de soins

On observe :

- Une densité médicale élevée en France et en Allemagne
- Une densité paramédicale insuffisante en France et en Allemagne par rapport à la situation américaine
- Une densité hospitalière élevée en France (et en Allemagne) par rapport à la situation des Etats-Unis
- Une densité technologique très élevée aux Etats-Unis

## II Trois exemples de systèmes de santé : la France, l'Allemagne et les Etats-Unis

### 1) La France

#### A- Le financement

On note au niveau du financement du système de santé français :

- Des dépenses de sécurité sociale supérieures aux recettes (donc un déficit)
- Des recettes de la sécurité sociale fonction de la croissance économique
- Un projet de nouveau risque à financer : le risque dépendance (comme en Allemagne)
- Des prévisions de dépenses d'assurance maladie annuelles toujours dépassées

**Les déficits annuels de la sécurité sociale :**

2005 : - 12,7 milliards

2006 : - 11,7 milliards

2007 : - 8,7 milliards

2008 : - 11,6 milliards

## **L'assurance maladie et les assurances complémentaires**

- L'assurance maladie est en première ligne pour les dépenses coûteuses : les hospitalisations et les maladies chroniques (prises en charge à 100%).
- Il existe un système d'assurances complémentaires qui couvre 85% de la population (qui sont majoritairement à but non lucratif ; les mutuelles).
- On note une participation croissante des assurances complémentaires aux dépenses de santé.

## **Dépenses de soins et biens médicaux par mode de financement en 2006 :**

- Soins hospitaliers :
  - Sécurité sociale : 91,9%
  - Etat : 1,2%
  - Complémentaires : 4,2%
  - Ménages : 2,7%
- Soins ambulatoires :
  - Sécurité sociale : 65,7%
  - Etat : 1,6%
  - Complémentaires : 20,4%
  - Ménages : 12,3%
- Biens médicaux
  - Sécurité sociale : 62,2%
  - Etat : 1,4%
  - Complémentaires : 21,3%
  - Ménages : 15,1%

*Retenez juste l'essentiel : la sécurité sociale finance la majeure partie des dépenses de santé, suivie des complémentaires santé (notamment les mutuelles), des ménages (c'est-à-dire les particuliers, via les impôts ou leurs dépenses personnelles) et enfin de l'Etat.*

*Il vous sera peut-être demandé de connaître des ordres de grandeurs (par exemple que la sécurité sociale finance plus de 90% pour les soins hospitaliers, que l'Etat finance une faible part, etc.), soyez attentifs à ce que dit le professeur pour savoir si c'est le cas..*

## **B- La consommation médicale en 2006**

Les dépenses de santé sont réparties de la manière suivante :

- 43,7% pour les soins hospitaliers
- 26,8% pour les soins ambulatoires
- 20,0% pour les médicaments
- 1,9% pour les transports

## **C- Evolution**

On observe en France :

- Une part prépondérante de l'hôpital dans les dépenses, d'où de nombreuses réformes annoncées dans les plans d'économie pour 2009 et 2010 (régionalisation poursuivie, restructuration des hôpitaux financés en fonction de leur activité, communautés hospitalières de territoire : 4 à 10 hôpitaux pour 200 000 à 400 000 habitants avec des spécialisations pour chacun d'entre eux...)
- Des dépenses médicamenteuses importantes (cancers, maladies cardio-vasculaires) : la France est au second rang mondial pour la consommation des médicaments
- Des soins ambulatoires faisant l'objet de réformes, notamment l'installation des professionnels de santé
- Une contractualisation avec les médecins de ville avec une incitation financière à la prévention et à la prescription de génériques

L'objectif de retour à l'équilibre des comptes est fixé à 2011.

## **2) L'Allemagne**

Introduction : contexte historique :

- 1883, système Bismarckien : qui travaille est assuré
- Suite à la réunification (ex-RFA et ex-RDA) : un système en transition (avec de nombreuses réformes depuis 1990).
- Un déficit de 2,7 milliards d'euros en 2001
- Un excédent financier depuis 2004 malgré des grèves des professionnels de santé

### **A- Le financement**

Le type de protection sociale de l'Allemagne est un système fondé sur les assurances sociales :

- Les caisses d'assurance maladie (pour 92% de la population)

On en dénombrait 1 200 en 1993, il en existe aujourd'hui environ 300.

Elles sont regroupées par régions ou par corps professionnels (caisses régionales, caisses d'entreprises, caisses agricoles, caisse des mineurs).

Elles sont dirigées selon un principe d'autogouvernement (les dirigeants sont élus par les membres), avec une gestion paritaire par les employés et les employeurs.

Il existe une concurrence entre les caisses d'assurance maladie.

- Les assurances privées (pour 8% de la population)

### **B- Organisation**

- Au niveau de la médecine de ville :
  - Le choix d'un médecin est libre mais le choix d'un médecin traitant est obligatoire depuis 2006
  - Il n'y a pas de paiement direct du médecin

- Il existe un ticket modérateur (pour « modérer » la consommation des soins) avec :
  - Un abonnement de 10 € par trimestre pour accéder au système de santé
  - 5 à 10 € par visite médicale à la charge du patient
  - Une participation financière du patient pour l'achat de chaque boîte de médicaments en pharmacie
  - Une modération des soins dentaires (avec par exemple l'arrêt du remboursement des couronnes sauf pour les moins de 18 ans)
- Le secteur hospitalier est très important et en cours de restructuration (avec la vente d'hôpitaux). On observe ainsi de nombreuses grèves des médecins hospitaliers.

### **C- Evolution**

On observe au niveau du système de santé allemand :

- Une maîtrise des coûts et un contrôle des déficits
- Une augmentation de la part à la charge de l'assuré
- Une suppression de certaines prestations des caisses publiques d'où un recours aux assurances privées
- Une concurrence entre les hôpitaux financés en fonction de leur activité
- Une concurrence entre les caisses

## **3) Les Etats-Unis**

### **A- Le financement**

- Il n'y a pas de couverture généralisée de la population.
- Il n'y a pas de financement public généralisé.
- 60% des Américains sont couverts par une assurance privée liée à l'emploi en 2005 (64% en 2000).
- Les petites entreprises ont des difficultés à couvrir le risque maladie de leurs employés.
- Il y a une hausse constante des primes d'assurance santé.
- Les comptes épargne santé (health saving accounts) créés en 2003 par l'administration Bush incitent les personnes à payer leurs dépenses de santé en échange de déductions fiscales (paiement de moins d'impôts).

Il existe deux programmes publics :

- Medicare  
pour les personnes de 65 ans et plus et les personnes handicapées
- Medicaid  
pour les familles pauvres

Il existe un autre programme important: le SCHIP (State Children's Health Insurance Program). C'est une assurance destinée aux enfants vivant dans des ménages ne relevant pas de Medicaid et disposant de revenus inférieurs à 200% du seuil de pauvreté fédéral (33 200\$ par an pour trois personnes).

Il est financé en grande partie par l'Etat fédéral mais aussi par les Etats fédérés.

- Plus de 15% de la population, soit près de 47 millions de personnes, n'est pas couverte.
- La part des adultes non assurés est très variable selon les Etats : 10,4% dans l'Iowa, 24% en Floride et 27% au Texas.
- 9 millions d'enfants ne sont pas assurés (les trois-quarts sont éligibles à Medicaid ou SCHIP), 46% sont d'origine hispanique. La part des enfants non assurés varie selon les Etats : 20,4% des enfants au Texas contre 5,6% au Massachusetts
- Les immigrés et leurs enfants entrés depuis moins de 5 ans aux Etats-Unis ne sont pas éligibles aux programmes Medicaid et SCHIP

### **B- Organisation: les managed care organizations (MCO)**

- Les MCO ont les soins clés en main : les médecins de ville et les hôpitaux sont sur des listes fixées par l'assurance.
- Les patients sont interrogés : les MCO sont orientées vers les économies (réduction du temps passé avec le médecin, difficultés pour accéder au spécialiste...)
- Les points positifs des MCO sont :
  - des politiques de prévention mises en place,
  - des services d'éducation à la santé (programmes d'exercice physique pour les personnes obèses et en surpoids)
  - des programmes de « disease management » (coordination de l'ensemble des soins pour des pathologies chroniques et coûteuses comme le diabète ou le cancer)

### **C- Evolution**

- Il y a des initiatives des états en faveur d'une couverture plus importante de la population.  
Au Massachusetts :
  - la couverture maladie a été étendue à la très grande majorité des non assurés en 2006
  - il existe une structure de gestion d'assurance quasi-publique, the Insurance Connector, qui permet de réduire les coûts d'assurance pour les petites entreprises et les individus ou d'en faciliter l'achat.
- 11 Etats envisagent des réformes similaires : Vermont, Maine, Californie,...

On note également :

- une augmentation croissante des dépenses de santé et des prix

- une augmentation progressive des tickets modérateurs par les assurances privées

Ces deux derniers points sont sources de difficultés pour la population.

## **CONCLUSION**

- Un atout considérable pour la France et l'Allemagne : une couverture quasi-généralisée de la population
- Des méthodes intéressantes aux Etats-Unis :
  - les programmes organisés de prévention
  - la prise en charge des maladies chroniques (disease management)