

SAGA 2018 - Tour d'Europe des systèmes de santé

Episode n°1 : Les modes d'organisation et de financement des systèmes de santé Européen

Publié le 28/06/2018

Des différences de modèles économiques

Chaque système de santé se définit selon plusieurs axes, le financement, l'accès aux soins, la gestion, la répartition des rôles et des responsabilités des acteurs publiques et privés. Nous proposons de confronter différents systèmes de santé européen mais cela ne peut se faire sans quelques rappels primordiaux et contextuels quant à leurs origines et leurs créateurs.

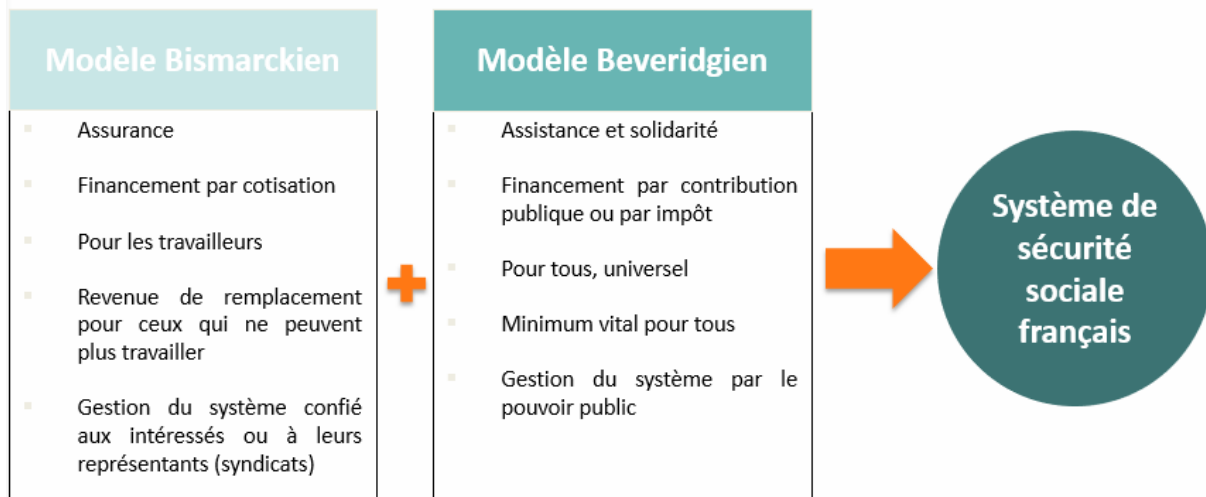
Pierres angulaires de tout débat autour des systèmes de santé, les termes modèle « Beveridgien » et modèle « Bismarckien » semblent aujourd'hui encore, rester nébuleux pour un grand nombre d'initiés.

Origines et orientation des système Bismarckien et Beveridgien

Le système de santé Bismarckien tire ses origines en Allemagne, à la fin du XIXe siècle. Il est mis en place par le Chancelier Bismarck, qui instaure les premières assurances sociales obligatoires. Elles comprennent l'assurances contre les risques relatifs à la maladie, la vieillesse et les accidents du travail. Ce modèle est dit « assurantiel » car il peut être rapproché d'une assurance professionnelle : le travailleur cotise sur son salaire à des caisses cogérées par les employeurs et les salariés eux-mêmes.

Le système Beveridgien a lui été créé par Sir Beveridge, en Angleterre, en 1942 et sera appliqué à la fin de la guerre. Il est dit « assistanciel » car repose sur le principe de l'assurance universelle : le citoyen finance la protection de toute personne dans le besoin par ses impôts. Le contrôle est effectué par les parlementaires et géré par un organe unique (le National Health Service en Angleterre).

La France, a puisé au sein de ces deux modèles afin de construire son système de sécurité sociale actuel.



Si notre modèle français est basé sur un modèle mixte, mêlant des principes beveridgien (universalité du système) et bismarckien (logique assurantielle avec recours à l'assurance privée), et a donc su tirer parti des avantages de chaque système tout en conservant des spécificités qui lui sont propres, certains de nos voisins européens disposent de modèles plus affirmés dans un sens comme dans l'autre.

Des modèles différents, oui, mais dans quelles mesures se différencient-ils les uns des autres ?

Pour le principal, par les sources de financement et les modalités de gestion qui dépendent du modèle historique que suit le pays. Soumis à de nombreuses polémiques, les modes de financement sont régulièrement remis en cause ; il est souvent d'actualité de critiquer la part du budget alloué à la santé. Intéressons-nous aux différences de financement entre nos trois protagonistes.

Le système de santé britannique, le National Health Service, est financé par l'impôt. L'État fixe le montant total des dépenses. Le Royaume-Uni consacre quasiment 10 % de son PIB à la santé, une proportion qui, pendant des années, a été l'une des plus faibles des 21 pays de l'OCDE. La couverture maladie est universelle, gratuite et uniforme, accordée sur la base d'un critère de résidence et non d'un critère professionnel. Cela signifie notamment qu'il n'existe pas de caisses d'assurance maladie ni de systèmes de remboursement des soins puisque la couverture maladie est assurée par l'accès à des services et non par des remboursements.

A l'inverse, l'Allemagne est restée fidèle à la tradition bismarckienne : toutes les assurances sociales sont gérées par des organismes de droit public où les salariés et les employeurs sont représentés à égalité. Le financement de l'assurance-maladie est donc toujours assuré par les revenus du travail, par une cotisation partagée pour moitié entre le salarié et son entreprise. Les caisses fixent, dans les limites posées au niveau fédéral, leur taux de cotisation. Dans le cadre de l'assurance-maladie légale, chacun participe selon ses ressources. Le montant de la cotisation dépend uniquement des revenus du travail, il est proportionnel à ce revenu (principe de solidarité), et indexé aux taux de cotisation de la caisse-maladie dont dépend l'assuré. La cotisation est donc indépendante de l'âge, du sexe ou des risques de santé présentés par l'assuré.

Notre troisième pays étudié, l'Espagne, se place au centre des débats et adopte un positionnement mixte. Le système de santé Espagnol a connu un bouleversement significatif ces trente dernières années et nous offre un aperçu intéressant tant dans son financement que dans sa gestion. Auparavant, la protection de la santé se fondait sur le modèle de Bismarck, où la sécurité sociale couvre les soins maladie de la population salariée et de ses ayants-droits. Depuis 1986, date de l'approbation de la Loi Générale sur la Santé, le modèle espagnol subit un changement radical, avec la création du Service de Santé National. Aujourd'hui, il adopte à la fois une logique beveridgienne pour ce qui concerne la maladie, avec le SSN créé en 1986, et une logique plus assurantielle concernant la vieillesse.

Le système de santé espagnol a été largement décentralisé en faveur des communautés autonomes entre 1978 et le 1er janvier 2002, date à laquelle la totalité des communes s'est vu conférer la plupart des compétences de santé. Conséquence, une cohabitation de plusieurs modes de fonctionnement : celui qui correspond aux compétences de l'administration centrale et ceux qui deviennent du ressort des communautés autonomes. Ces différents changements ont, intrinsèquement, entraîné une modification dans la structure du financement du système de santé. En 1960, les cotisations sociales représentaient 90% du financement, depuis les années 2000 elles se stabilise à 27%. En contrepartie, cela implique que l'apport de l'Etat se situe à 70% environ, ce qui image bien le passage d'une logique assurantielle vers une logique de système de santé nationalisé.

Quels sont les avantages et inconvénients des modèles et quelles sont les conséquences observées ?



Grâce à son statut national, le système anglais simplifie considérablement les formalités : suppression de l'affiliation, suppression du circuit des feuilles de maladie et de remboursement, et de ce fait simplification des vérifications et contrôles liés puisque tout, ou presque, est pris en charge à 100 % par le système. Une utopie administrative pour la France ! Autre avantage, le NHS couvre tous les citoyens du Royaume-Uni avec une couverture santé complète. Cela signifie que chaque personne ou immigrant qui doit obtenir la citoyenneté britannique peut avoir une assurance maladie qui est

fournie et financée par le gouvernement. Il n'y a aucune exception à cela.

Assurément, un système de santé universel implique certains inconvénients tel que les délais d'attente d'accès aux soins, une faible attractivité des métiers de la santé dû au manque de financement ou encore les freins bureaucratiques. Conséquences directes ou indirectes, aujourd'hui, le modèle anglais est en crise. Les caisses sont vides : dans les budgets des hôpitaux, les déficits ne cessent de se creuser. Les files d'attentes se rallongent, les patients sont toujours plus nombreux à devoir attendre plus de quatre heures avant d'être pris en charge aux urgences et dans certains cas les opérations sont annulées. Le personnel est insuffisant, comme le prouve le nombre croissant de postes non pourvus.

Du côté espagnol, 90% des résidents utilisent la couverture publique, ce qui induit à fortiori que le système fonctionne correctement et que la population en est satisfaite. Effectivement, si le patient suit le parcours de soin qu'il lui a été imposé, il n'aura aucune somme d'argent à déboursier. Pour autant, la décentralisation génère des disparités géographiques liées à des déséquilibres

internes des ressources et des compétences. Comme dans d'autres pays européens, les listes d'attente pour les spécialistes, les traitements spéciaux et les opérations non urgentes se sont allongés faisant le lit des systèmes d'assurances privées. Le système de santé Espagnol peut-il garder la tête hors de l'eau face à de telles disparités ?

Comme chaque système s'inscrit dans un contexte social, institutionnel et politique qui lui est propre, les approches utilisées diffèrent à bien des égards. Il est cependant difficile de déterminer si une approche donne des résultats supérieurs aux autres.

Quels liens et problématiques peuvent être établis avec le système français ?

Le système Allemand est très proche du notre, tant dans son financement que dans son organisation. On peut surtout s'y comparer au vu de défis que rencontre nos deux systèmes, à savoir le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques. Selon les estimations de l'Insee, un Français sur trois aura 60 ans ou plus en 2050, contre un sur cinq en 2005. Un constat qui va de pair avec l'augmentation des maladies chroniques, 15% environ de la population représentent plus de 65 % des dépenses de l'assurance maladie chaque année en France, soit environ 100 milliards d'euros sur 180 milliards. Cette nouvelle tendance démographique est un véritable enjeu pour nos systèmes de santé et nos politiques. Au-delà du traitement purement médical, des problématiques de protection sociale liée à la dépendance se font de plus en plus nombreuses. Une problématique s'ouvre à savoir, faut-il obliger une assurance pour ce risque ? L'idée étant d'alléger considérablement les coûts supportés par les proches. Nous serons tous concernés car nous vivrons plus longtemps avec plus de maladies chroniques ; près de deux millions de personnes âgées seront dépendantes en 2040.

Le système anglais, tout comme le système français ont été, par le passé, classés comme les meilleurs au monde. Paradoxalement, le taux d'insatisfaction ne cesse de grimper au sein des deux populations. La France se place à l'avant dernière place du classement d'appréciation du système de santé par les citoyens. Le Royaume-Uni lui se situe 13 points devant mais reste en fin de classement également. Un point les relie, le manque d'implémentation de nouveaux outils s'appuyant sur les nouvelles technologies. Si nos Millenials sont férus de nouvelles technologies, nos systèmes de santé, eux, sont encore un peu à la traine et mettent du temps à se lancer.

L'Allemagne et l'Espagne, à l'inverse, ont déjà pris le virage du digital et utilisent des nouvelles technologies pour développer des solutions innovantes. Pour exemple, l'hôpital La Fe de Valence a travaillé sur quatre ans d'historique patients pour identifier les marqueurs clés. La mise en œuvre d'actions ciblées sur les patients identifiés comme à risque a notamment permis de réduire les dépenses de 7 à 9 %.

Le panel des possibilités ne cesse de s'élargir avec le progrès permanent qui accompagne notre siècle. Ce sujet passionnant sera évoqué dans le deuxième épisode de notre saga qui étudiera plus en détails les différentes avancées technologiques et leurs impacts sur les modèles économiques.

Sources :

<https://www.lesechos.fr/idees-debats/cercle/030558170161-la-dependance-doit-etre-une-priorite-pour-letat-2114290.php>

[file:///C:/Users/Claire%20Collavet/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/1335-le-financement-de-la-sant%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Claire%20Collavet/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/1335-le-financement-de-la-sant%20(1).pdf)

http://medphar.univ-poitiers.fr/santepub/images/staff_2011/0209_ETRANG.pdf

<https://www.vivamagazine.fr/blog/article/espagne-un-systeme-national-de-sante-tres-decentralise-172678>

<https://www.formosapost.com/pros-and-cons-of-universal-health-care-in-the-united-kingdom/>

http://www.lepoint.fr/economie/dans-quel-etat-est-vraiment-notre-systeme-de-sante-18-09-2017-2157945_28.php

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er475.pdf>

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000090.pdf>

<http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

<https://essentiel-autonomie.humanis.com/comprendre-perde-autonomie/evaluer/vieillesse-dependance-constat-prise-charge>