

FATIMA-ZOHRA OUFRIHA [*]

Les systèmes de santé dans le monde

Pour pouvoir présenter une analyse même sommaire des systèmes de santé dans le monde, il y a lieu de s'interroger au départ sur la spécificité de tels systèmes, ce qui peut permettre leur caractérisation par rapport à ce qu'il y a de plus essentiel dans leur fonctionnement, ce qui nous permettra de mettre à jour un ou plusieurs critères à partir desquels ils peuvent être classés. Le but étant de parvenir à établir une typologie significative dans ce contexte.

Partons du contenu de leur activité : c'est une activité de service mais qui se déroule en général dans le cadre d'un service public fortement réglementé, c'est à dire qu'elle obéit à des contraintes et à des injonctions posées par la puissance publique.

Ceci va retentir sur toute la conception et la finalité des systèmes de santé, dont l'objectif majeur sera de conférer soit aux personnes protégées (uniquement) soit à toute la population, l'accès à des soins médicaux en cas de maladie.

- Il s'agit donc en fait de systèmes de protection contre la maladie donc de systèmes de couverture collective des dépenses de santé.

Il en résulte donc que les modalités de protection sont décisives pour la caractérisation des systèmes, puisque ce sont elles qui nous précisent comment fonctionnent les systèmes de financement collectif. Ces derniers peuvent plus ou moins correspondre à un mode d'organisation du système. Ce sera par rapport à ce critère central que la typologie sera dégagée.

Néanmoins il faudra prendre aussi en considération au moins deux autres aspects décisifs : le degré de couverture et donc le degré de gratuité des services dispensés d'une part ; les relations avec les fournisseurs de soins d'autre part. Il est évident qu'ainsi délimités (surtout à partir du premier critère) les systèmes correspondent à ce que l'on appelle des "types" purs ou idéaux dans le sens de Max Weber et recouvrent la notion de système telle que comprise par l'analyse systémique. Le terme système devrait être réservé à cette signification. Il n'en est malheureusement rien et ce que l'on appelle système d'un pays déterminé, correspond à un "régime" (toujours dans le sens de cette analyse) c'est à dire à quelque chose de composite qui combine de manière plus ou moins originale des traits qui relèvent de systèmes différents ; c'est alors plus un complexe de systèmes qu'un système qui

évolue dans le temps et qui se modifie par emprunts successifs à tel ou tel type principal.

Trois sources principales de financement peuvent être repérées :

- Ménages (individus) ;
- Assurances Sociales (Assurance-Maladie) ;
- Budget de l'Etat et/ou des collectivités locales.

Les deux dernières seules, correspondent à des financements socialisés mais dont l'une seulement est spécifique de ce type de consommation collective (ou qui tend de plus en plus à devenir collectif c'est à dire à devenir un bien public), il s'agit des Assurances Sociales. C'est par rapport à la place et à la conception de ces dernières - dans le système de santé qui est étroitement connecté à un système de protection sociale - que la typologie peut être organisée. Ceci d'autant qu'elle rencontre et recouvre une autre distinction essentielle en la matière : la différenciation des systèmes selon le degré de contribution (charge contributive) des personnes bénéficiaires, au mode de financement. On peut alors dégager selon ce critère quatre types de "systèmes" qui sont aussi un mode "d'organisation".

1. La prévoyance libre : Cette dernière peut correspondre à une situation où n'existe aucune assurance maladie sociale - soit que l'assurance maladie est facultative, c'est à dire que les ménages sont libres de faire oeuvre de prévoyance en s'y affiliant ou pas. C'est le cas de beaucoup de pays sous-développés.

Dans les pays développés c'est le cas de la Suisse et des U. S. A. En Suisse il y a une assurance maladie qui n'est pas obligatoire même si les cantons ont la possibilité d'y affilier la totalité ou certaines catégories de population. C'est donc à titre purement volontaire que 97 de la population suisse est assurée. La protection sociale accordée y est très inégale, car la loi n'impose qu'un minimum de prestations aux caisses. L'assurance de plus y est personnelle (pas d'ayants-droits) les membres d'une famille doivent s'assurer de façon individuelle. Une certaine discrimination existe en fonction du risque assuré, c'est à dire qu'il y a un comportement "d'Assurance" économique strict. Il en est de même aux U.S.A. où l'assurance-maladie n'est pas obligatoire et relève encore de l'activité privée (les assurances sont privées), il n'y a pas de système de protection généralisé. Seules les personnes âgées ou indigentes bénéficient de régimes publics (Medicare, Medicaid) couvrant l'hospitalisation. Il n'y a pas de cadre légal minimum (même en Suisse) aussi les organismes privés y utilisent des techniques très diverses. Des "plans" d'assurance sont négociés au niveau de l'entreprise qui bénéficie de dégrèvements fiscaux.

2. L'Assurance-maladie obligatoire : Dans les cas typiques, l'Assurance Sociale maladie est obligatoire pour des catégories déterminées de population - c'est à dire que moyennant cotisations versées par eux-mêmes et par leurs employeurs un droit aux soins est accordé aux salariés protégés et à leurs familles. Il y a eu une large diffusion à partir du modèle initial bismarckien - qui a évolué et a été

interprété différemment selon les pays. La tendance actuelle est au recul devant les régimes universels, même s'il correspond à celui en vigueur dans une grande partie de l'Europe Occidentale Continentale (RFA, Autriche, Benelux, France) et aux pays "touchés" suite aux colonisations. Il couvre un large éventail de prestations sanitaires. Son champ d'application semble être en extension, vis-à-vis des catégories les plus défavorisées qui ne sont pas exactement les mêmes en Europe et dans les pays sous-développés. Ici, les personnes couvertes : les salariés du secteur formel relativement favorisés. Selon le cas on tend ou pas à couvrir toute la population résidente. Il peut donner lieu à une multitude de régimes et donc de caisses qui peuvent avoir des statuts divers et être financièrement plus ou moins autonomes.

3. L'Assurance maladie-nationale : Il y a une distinction centrale avec l'Assurance maladie obligatoire : le caractère universel, c'est à dire que le droit aux prestations n'est plus fondé sur l'obligation de cotiser de l'assuré lorsque celle-ci subsiste. On peut de ce point de vue classer le secteur public algérien dans ce cadre là - alors que le secteur privé fonctionne dans le cadre d'assurance maladie obligatoire puisqu'il réserve des prestations aux seuls assurés. On peut d'autant plus classer le service public algérien ici, lorsqu'on sait qu'en fait les systèmes d'assurance nationale sont financés, selon des proportions diverses de plusieurs manières ou de plusieurs sources : subventions budgétaires, contribution de l'assuré proportionnelle à son revenu - cotisations classiques de l'employeur et/ou du salarié. Le Canada dans le cadre des provinces, la Finlande pour la médecine ambulatoire, la Suède, la Norvège ont étendu ce système à toute la population résidente, le Japon à titre résiduel pour les non-assurés, les Pays-Bas pour les soins de longue durée.

4. Le service national de santé : C'est aussi un régime universel couvrant la gamme complète des soins. Mais de plus, il assure l'intégration sur une même autorité publique du financement et de l'administration des soins : le payeur est en même temps le distributeur de soins. Le financement est intégralement de type budgétaire. Cependant, si au Royaume-Uni le service national de santé passe des contrats avec des médecins qui restent indépendants et qui sont rémunérés selon la capitation, dans les pays de l'Est européen, le système public utilise des médecins salariés. A partir de 1970 des services nationaux ont été mis en place dans d'autres pays européens que la Grande-Bretagne qui est l'initiateur du "modèle" (Danemark - Islande - Italie - Portugal - Grèce - Espagne). En Algérie on parle parfois de Service National de Santé pour le secteur public et donc à le ranger dans ce cadre : ce qui est valable du point de vue mode d'octroi des soins : direct et gratuit, tout en permettant aux assurés de choisir entre cette formule et celle du remboursement avec libre choix du praticien, qui dans le cadre du Service National stricto-sensu n'existe pas.

Selon le mode de distribution des soins qui est aussi le plus souvent un modèle de financement, on aura affaire à deux catégories de solution :

Le mode indirect de distribution : soit les assurés font l'avance des frais et se font rembourser, soit il y a un tiers payant : il y a dissociation du distributeur de soins et du payeur.

Le mode direct : c'est soit le distributeur qui est en même temps le payeur (Grande-Bretagne secteur para-public en Algérie), soit le distributeur reçoit directement du payeur les sommes nécessaires au déroulement de son activité.

Le degré de gratuité des soins : Vers les années 60 le principe de la gratuité des soins était affirmé et avait tendance à s'imposer - la participation individuelle des patients aux frais de maladie avait tendance alors à être circonscrite. Des pays qui comme la France maintiennent un "ticket modérateur" sont peu nombreux. Avec la forte augmentation des dépenses, le principe de la gratuité tend à reculer surtout pour diminuer les dépenses des régimes de Sécurité Sociale et les malades sont mis de plus en plus à contribution, même dans certains Services nationaux de santé. Toutefois avec le souci de limiter cette participation : soit ne doit pas dépasser un certain plafond (Norvège) ; soit il y a suppression du ticket modérateur à partir d'un nombre d'actes déterminés (Suède etc..).

La contribution financière du malade peut prendre différentes formes: soit un pourcentage du prix tarifé des soins; soit un paiement forfaitaire ; soit l'imposition d'une franchise etc... Elle est plus importante et plus répandue en matière de médicaments et de soins dentaires.

Si la gratuité complète est encore fréquente pour les soins ambulatoires, il y a aussi des tickets modérateurs. Les soins hospitaliers qui en ont été longtemps exclus ont commencé à en être touchés (Belgique : 1980 ; R.F.A : 1982 ; France et Luxembourg : 1983).

5. LES RELATIONS AVEC LES PROFESSIONNELS DE L'OFFRE DE SOINS

Deux questions sont au coeur de ces relations : Le problème du choix du praticien par le malade ; les modalités de rémunération des praticiens. Le problème du choix du médecin : soit liberté totale de choisir son médecin et de consulter autant de médecins que l'on désire pour une maladie déterminée (Belgique, France, Algérie : Secteur privé), soit une réglementation du choix qui laisse une marge de liberté plus ou moins grande. En Allemagne Fédérale : cette liberté s'exerce à l'égard des médecins qui ont conclu un contrat avec la caisse du patient. Au Royaume-Uni et en Italie il y a inscription sur une liste auprès d'un généraliste de bon choix, mais on peut en changer.

Soit pas de choix : dans les régimes d'octroi direct et gratuit des soins ambulatoires (Pays-Bas, Danemark...) Autre restriction : dans certains pays (Danemark, Irlande, Italie, Pays-Bas, Royaume Uni) le généraliste est le point d'entrée obligatoire dans le système de soins, lui seul peut autoriser l'accès aux soins spécialisés (ce qui est aussi le cas dans le système public en Algérie).

Les modalités de rémunérations des médecins soulèvent trois aspects : le mode de paiement, les sources et le niveau de rémunération.

Il existe trois modes de rémunération :

a) paiement à l'acte sur base de services effectivement fournis : il est encore d'application générale dans beaucoup de pays (il tend à reculer) ;

b) la rémunération forfaitaire (capitation) : en général dans les pays à Service National de santé. Dans le premier cas : les médecins peuvent être payés directement et entièrement par le malade qui se fait rembourser ou par deux payeurs différents : la Sécurité comme tiers payant et le patient, un ticket modérateur.

c) le salariat ou tiers payant complet : dans ce cas là, le malade n'intervient pas. C'est soit un salariat intégral : pays de l'Est européen (Secteur public en Algérie et en général dans tous les pays qui ont un système public : en général au niveau des hôpitaux) ; soit comme en Allemagne les caisses règlent les associations de médecins qui répartissent les sommes versées en fonction des actes réalisés par chacun.

Le niveau de la rémunération : il peut être déterminé directement par les professionnels en tenant compte des contraintes du marché (USA) - faire l'objet de négociation entre les médecins et les organismes payeurs (cas de plus en plus fréquent) ou être fixé par décision administrative (Grande-Bretagne et en général les médecins salariés...). En Algérie à la lumière de l'autonomie : négociations entre l'organisme payeur et les secteurs sanitaires.

En conclusion : le problème de la montée des dépenses de santé et des stratégies de maîtrise mises en place quelle régulation ? L'augmentation constante de la proportion du PIB affectée à la couverture des dépenses collectives de santé s'est faite au cours des périodes de forte croissance économique. Le ralentissement de la croissance, la crise de plus en plus difficile de faire face à cette croissance, de plus contestée comme n'entraînant pas d'amélioration dans les niveaux de santé. Mais toute une série de causes sont à incriminer.

Cependant l'action sur l'offre est d'application plus aisée dans le cadre de services nationaux de santé, où on peut opérer une régulation par l'allocation des ressources. Cette action s'est aussi développée dans les pays qui ont conservé un système d'assurance maladie, lesquels ont emprunté aux premières certaines "techniques" comme le budget global ou le "profil médical".

Notes

[*] Professeur Agrégé à l'Institut des Sciences
Economiques d'Alger Directeur de Recherche au CREAD