

Les systèmes de santé en Europe: données fondamentales et comparaison

L'Europe connaît essentiellement deux types de systèmes de santé. Le modèle de Beveridge, financé surtout par l'impôt, se retrouve dans les pays nordiques, l'Irlande et le Royaume-Uni, encore que depuis les années quatre-vingt, on tend aussi à lui rattacher des pays du sud comme l'Espagne, le Portugal et la Grèce. Le système mis en place par Bismarck (ou bismarckien) est celui de l'assurance-maladie obligatoire (AMO); il est répandu dans la quasi-totalité des pays d'Europe centrale et, depuis une dizaine d'années, en Europe orientale.



Les systèmes de santé européens peuvent globalement se subdiviser en deux catégories: ceux financés par l'impôt et l'assurance-maladie obligatoire. L'un et l'autre ont beaucoup évolué, tout en se différenciant, ces dernières décennies.

Photo: Keystone

De quoi se compose un système de santé?

Les systèmes de santé sont des constructions extrêmement complexes. Pour les décrire de manière simplifiée et néanmoins satisfaisante, nous utiliserons l'image du triangle (voir *graphique 1*). La partie inférieure du triangle figure les deux principaux acteurs du système: la population et les fournisseurs de prestations. Au sommet sont représentés les «tiers payants», qui assurent une grande partie du financement. Le milieu du triangle est occupé par ce que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) nomme les «stewards», c'est-à-dire les régulateurs de l'ensemble du système.

Questions essentielles et critères

On peut aussi ordonner les questions essentielles et les critères de définition des systèmes de santé dans ce même triangle. En bas à gauche sont regroupées les questions liées à la protection de l'assurance: la population bénéficie-t-elle d'une couverture universelle ou seulement partielle du risque de maladie? («Qui est assuré?»); quelle est l'étendue des prestations assurées? («Qu'est-ce qui est assuré?»). S'y ajoutent des questions touchant

au mode de mobilisation des ressources ainsi qu'à la nature et à l'ampleur de la mise en commun des ressources financières. Celle-ci est quasiment inexistante à Singapour, où chaque citoyen dispose de son propre compte d'épargne-santé qu'il utilisera pour financer les soins nécessaires. À l'autre extrémité, on trouve la formule du fonds commun national alimenté par l'ensemble de la population. Entre ces deux pôles existent les caisses-maladie sans compensation des risques, qui mettent leurs finances en commun pour leurs membres.

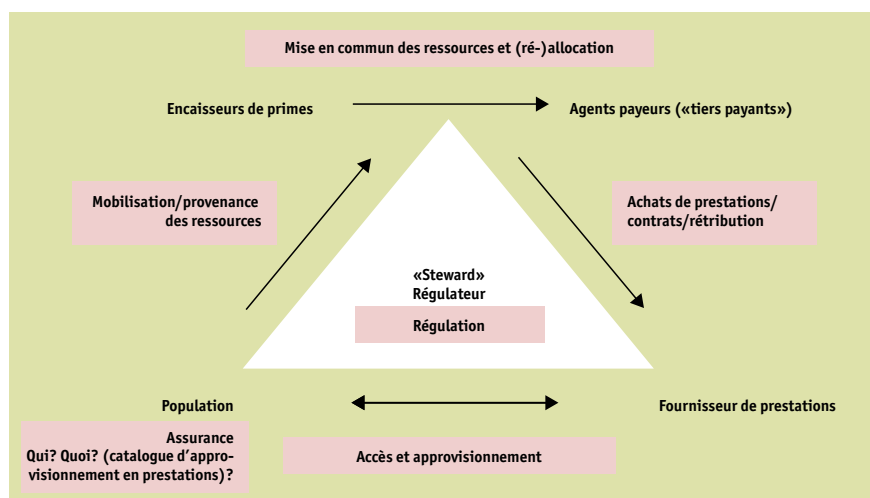
Une autre question primordiale est celle de l'allocation ou de la réallocation aux agents payeurs, donc de la compensation des risques. Les questions de compensation (structurelle) des risques se posent aussi dans les systèmes qui ne sont pas axés sur la compétitivité lorsqu'il s'agit de savoir comment le fonds national doit être réparti entre les régions: le montant adéquat du financement doit-il être fixé antérieurement ou postérieurement? à côté des variables démographiques générales (comme l'âge et le sexe), faut-il aussi tenir compte d'indicateurs de morbidité des personnes? Les agents payeurs achètent des prestations par voie contractuelle et rétribuent les fournisseurs de prestations. Pour le système de santé, d'autres questions tout à fait essentielles



Pr Reinhard Busse
Section Gestion de la santé, Institut des sciences de la santé, université technique de Berlin

Graphique 1

Mise en commun des ressources et (ré-)allocation



Source: Busse / La Vie économique

se posent également, comme celle de l'accès et de l'approvisionnement de la population auprès des fournisseurs de prestations ou celle de la réglementation (ou du pilotage) de l'ensemble du système.

Il n'est pas toujours possible de différencier empiriquement un système financé par l'impôt de l'AMO. Ainsi en Belgique, le financement par l'impôt atteint, certes, un degré élevé, mais comme il existe aussi des caisses-maladie dans ce pays, nous le rangeons dans la catégorie des systèmes AMO.

La réforme des systèmes financés par l'impôt

Ces dernières années, les systèmes financés par la fiscalité (modèle Beveridge) se sont nettement diversifiés. Parmi eux, il y a encore 15 ans, le tiers payant et le fournisseur de prestations ne faisaient, le plus souvent, qu'un. Le citoyen n'avait affaire qu'à une seule et même organisation, l'État, à laquelle il payait ses impôts et qui, en retour, lui assurait un accès – souvent limité – aux prestations de santé. Ce système garantissait l'intégration verticale entre payeurs et fournisseurs de prestations.

La première réforme importante introduite dans les pays de type Beveridge (Europe du nord, Grande-Bretagne, Irlande, suivis plus tard de l'Europe méridionale) a été celle de la séparation entre acheteur et fournisseur. Tout demeurait certes aux mains de l'État, mais l'organisation se scindait désormais en deux moitiés, l'une achetant les prestations, l'autre les fournissant. Certains éléments de cette seconde moitié – hôpitaux, services de secours, etc. – sont devenus autonomes; tout en restant aux mains de l'État, ils sont financièrement indépendants et gérés comme tels. Les deux

parties opèrent désormais par contrat, à l'instar de ce qui se fait dans les systèmes AMO. Pour de nombreux employés des organisations concernées, le changement se manifeste surtout par le fait qu'ils ne reçoivent plus leur traitement du ministère de la Santé, mais de l'établissement où ils travaillent (hospitalier ou analogue). Ces traitements sont assurés par les remboursements obtenus.

La deuxième réforme est étroitement liée à la première. La population s'est vu accorder une plus grande liberté dans le choix du fournisseur de prestations. L'argent n'est plus réparti d'avance, mais en fonction désormais de l'utilisation précise du système de santé.

La troisième réforme consiste à décentraliser les systèmes dans les pays du groupe Beveridge. C'est ce qui est arrivé en Grande-Bretagne, Espagne ou Italie, où des services de santé régionaux ont vu le jour. Ce changement laisse, toutefois, souvent en suspens des questions importantes, comme celle du financement. Le système doit-il être financé par des impôts régionaux ou nationaux, ces derniers devant être alors répartis en conséquence? Existe-t-il un catalogue uniforme de prestations? Y a-t-il une planification uniforme de l'offre et une garantie de qualité dans toutes les régions? Quelle est la marge de décision des gouvernements régionaux? Ces points forment autant de contraintes ouvrant ou non la voie à la régionalisation.

À la faveur d'une quatrième réforme, il est, enfin, possible de conclure des contrats avec des prestataires privés ou libéraux d'utilité publique et pas seulement étatiques.

Les systèmes AMO

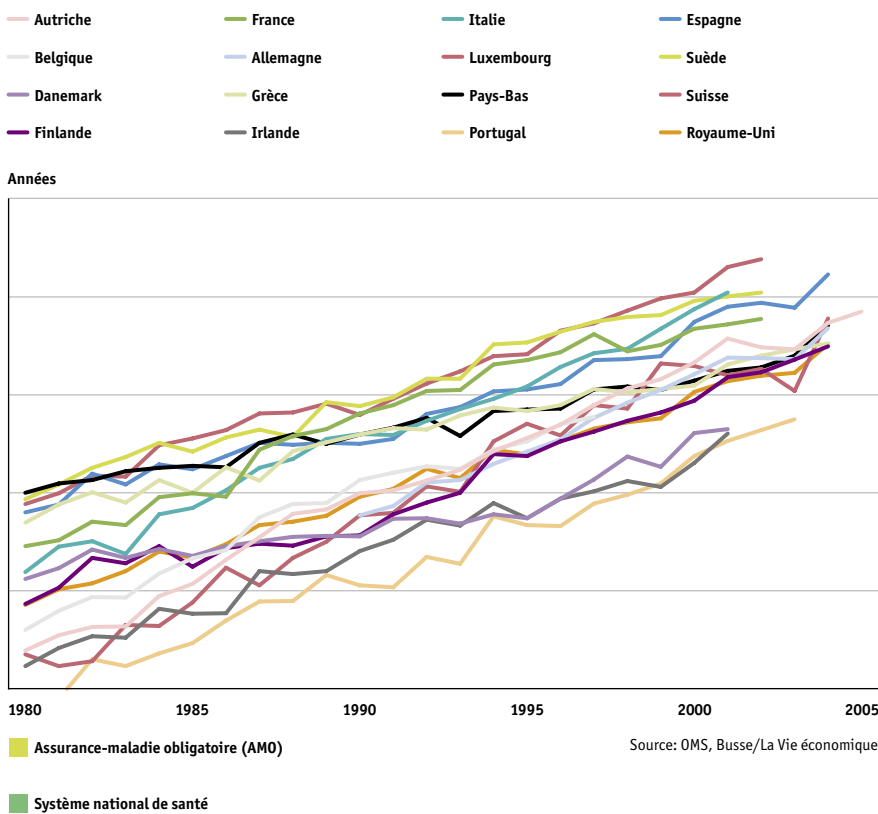
Dans les pays à système d'assurances sociales publiques – aussi connu au plan international sous le nom de système bismarckien – on constate ce qui suit.

Le lien aux rapports de travail et ses conséquences

Le rapport d'assurance est traditionnellement lié aux rapports de travail. Dans les pays AMO, l'assurance fut longtemps réservée aux ouvriers, puis aux employés. Plus tard seulement, elle s'étendit aux membres de la famille, aux chômeurs et aux bénéficiaires de rentes. Dans ces pays à système bismarckien, une protection d'assurance universelle est donc un phénomène nouveau. À l'exception des Pays-Bas, où une assurance populaire de soins étendue a été introduite en 1968, elle ne s'est développée que depuis une dizaine d'années, d'abord en Suisse (1996), puis en Belgique (1998) et finalement en France (1999). Depuis 2006, il existe aussi aux Pays-Bas une protection d'assurance générale pour la médecine

Graphique 2

Espérance de vie à la naissance dans les pays de l'UE-15 et en Suisse, 1980-2005



des soins aigus. Certains de ces pays – Belgique, Allemagne, Pays-Bas, Suisse – laissent aux assurés le libre choix de leur caisse-maladie. D'autres – comme l'Autriche, la France et le Luxembourg – ne le leur accordent pas. Depuis 2006, l'Allemagne occupe une position spéciale à cet égard, puisqu'elle est le seul pays à autoriser certains assurés à choisir entre l'AMO et l'AMP (assurance-maladie privée).

Pour ce qui est du rapport entre percepteur de cotisations et cotisants, on constate que la plupart des pays centralisent l'encaissement des recettes. Celui-ci se fait directement par l'État dans le cas de la Belgique ou de la France et parfois à travers une association de caisses-maladie, comme au Luxembourg. Les caisses reçoivent leur argent d'un fonds central, sur la base d'une formule de structure des risques.

Tous les pays cherchent à savoir comment associer les malades chroniques, dont les coûts sont très lourds, à ce mécanisme d'allocation.

Une réduction des coût plus difficile

En temps ordinaire, les systèmes AMO se caractérisent par le rapport, réglementé par contrat, qui lie payeurs et fournisseurs de prestations. Cette relation complique du même coup les efforts de réduction des dépenses. En Allemagne, par exemple, où existent des centaines de caisses et des dizaines de milliers de fournisseurs de prestations, les coûts de transaction sont énormes. Pour diminuer les coûts, il existe une approche classique qui consiste à

mettre en place un seul «contrat collectif» par secteur ou région, quel que soit le nombre d'acteurs en présence des deux côtés.

De nouvelles approches

Une nouvelle approche, qui connaît son développement le plus poussé en France et en Autriche, consiste à autoriser les caisses à passer des accords dans divers secteurs de prestations. L'État décide que les caisses versent leurs ressources dans un «pot commun», destiné en particulier aux traitements stationnaires. Les agences régionales ainsi financées concluent alors pour tous les assurés de toutes les caisses des contrats avec les établissements hospitaliers. En 2004, le gouvernement autrichien voulait même attribuer aux agences sanitaires régionales le rôle exclusif d'agent payeur, autrement dit faire en sorte que les caisses se contentent de percevoir les recettes. Les Pays-Bas ont une approche intéressante: les contrats collectifs y sont interdits dans le domaine ambulatoire, où les prestations sont exclusivement réglementées par des contrats sélectifs.

Ce qui distingue également les systèmes AMO

Le système AMO accorde traditionnellement le libre choix du médecin aux assurés. Nous savons, sur la base d'enquêtes, qu'un accès aux soins obéissant au principe du «médecin de premier recours», qui veut que les patients consultent d'abord leur praticien généraliste, serait moins coûteux. Cette formule ne semble, toutefois, guère appréciée. L'Allemagne, la France et la Suisse cherchent à réduire les coûts de la santé en y recourant sur une base plus ou moins volontaire.

Quels sont les «meilleurs» systèmes?

Par quoi les bons systèmes de santé se différencient-ils des autres? Le degré de réalisation des objectifs ne peut être mesuré que si ces derniers sont définis. Les objectifs les plus souvent cités au plan international sont la garantie d'un approvisionnement sanitaire accessible, qualitativement satisfaisant et adapté aux besoins; celui-ci doit, en même temps, être économique et nécessaire, tout en garantissant les cas de maladie financièrement. La littérature internationale cite le plus fréquemment les objectifs suivants: qualité, accès, égalité de traitement, limitation des coûts et rapport coûts/efficacité optimum.

Quels sont les buts à atteindre?

Dans son *Rapport 2000 sur la santé dans le monde*, l'OMS a fourni une première contribution à la définition et à la quantification des buts des systèmes sanitaires. En tenant compte d'autres catalogues d'objectifs, ceux de l'OCDE, par exemple, on parle aujourd'hui de

Tableau 1

Quote-part des dépenses privées et équité dans la répartition des charges: comparaison européenne
(classement au prorata des dépenses privées consenties en 2002)

	Part des dépenses privées en % des dépenses totales de santé		Équité de la participation au financement (max. 1,00)	Pourcentage de ménages consacrant plus de 40% de leur revenu à des dépenses de santé	Pourcentage de ménages consacrant plus de 40% de leur revenu à des paiements directs non couverts par l'assurance
	2002	1990			
Grèce	47,1	46,3	0,858	3,29	2,17
Suisse	42,1	47,6	0,875	3,03	0,57
Autriche	30,1	26,5	n.d.	n.d.	n.d.
Portugal	29,5	34,5	0,845	4,01	2,71
Belgique	28,8	n.d.	0,903	0,23	0,09
Espagne	28,6	21,3	0,899	0,89	0,48
Pologne	27,6	8,3	n.d.	n.d.	n.d.
Pays-Bas	26,7	32,9	n.d.	n.d.	n.d.
Italie	24,4	20,7	n.d.	n.d.	n.d.
Finlande	24,3	19,1	0,901	1,36	0,44
France	24,0	23,4	0,889	0,68	0,01
Allemagne	21,5	23,8	0,913	0,54	0,03
Danemark	16,9	17,3	0,920	0,38	0,07
Royaume-Uni	16,6	16,4	0,921	0,33	0,04
Norvège	14,7	17,2	0,888	1,22	0,28
Suède	14,7	10,1	0,920	0,39	0,18

n.d. = non disponible.

Sources: Eco Santé OCDE 2004, OMS Base de données Santé pour tous 2004, Murray & Evans 2003 / La Vie économique

quatre à six objectifs associés: santé, accès aux technologies médicales et à des fournitures de soins adaptées aux besoins, sensibilité aux attentes de la population et des patients, équité et durabilité du financement. À cela s'ajoutent divers points de vue concernant la répartition, l'accessibilité (équité) et l'efficacité. Tous les objectifs ne peuvent pas être poursuivis avec une égale rigueur. Par exemple, lorsqu'on prescrit un minimum de diagnostic ou d'opérations par médecin ou par institution afin d'élever le niveau de qualité, l'accès à ces prestations peut représenter un problème – p. ex. pour une population paysanne – et cela doit être pris en considération.

Les limites de l'approche choisie par l'OMS

Il est, aujourd'hui, incontestable que la tentative de l'OMS d'unifier ces différents objectifs dans un indice pondéré afin de pouvoir comparer tous les systèmes de santé les uns aux autres n'est pas (encore) concluante. C'est la raison pour laquelle l'on ne présentera ici de résultats exemplaires que pour deux seulement des objectifs associés.

L'espérance de vie demeure encore et toujours l'indicateur de santé le plus disponible, même s'il n'est pas nécessairement le plus spécifique, d'autres facteurs exerçant également une influence déterminante en ce domaine. Les calculs portant surtout sur les causes de mortalité influençables («mortalité évitable») sont préférables. En matière d'espérance de vie à la naissance, on observe dans les

pays qui recourent au financement par l'impôt comme dans ceux qui appliquent un système AMO une progression pratiquement constante, qui apparaît toutefois plus nette dans ces derniers – notamment en Autriche et en Suisse (voir *graphique 2*).

L'autre exemple est celui de l'équité du financement. Celle-ci peut se déduire du concept de base «équité de la répartition de l'effort». La valeur optimale 1,0 signifie que tous les assurés d'un pays contribuent au financement de la santé dans la même proportion de leurs revenus. Une autre méthode consiste à déterminer l'équité du financement d'après la part de budget considérée comme excessive qu'un ménage doit consacrer à la santé (voir *tableau 1*). En termes de répartition équitable, la Grande-Bretagne, le Danemark et la Suède (système de santé financé par l'impôt) présentent les meilleurs résultats, suivis, toutefois, de près par deux pays à système AMO: l'Allemagne et la Belgique, tandis que le tableau place la Suisse devant la Grèce et derrière le Portugal. Ces trois derniers pays occupent également la fin du classement en ce qui concerne le nombre de ménages devant consacrer plus de 40% de leurs revenus à des dépenses de santé, à ceci près qu'en Grèce et au Portugal, les paiements directs sont les principaux responsables de cette situation, alors qu'en Suisse, ce sont les primes d'assurances. Tous les pays présentent, par ailleurs, une corrélation très étroite entre les dépenses privées et l'ensemble des dépenses consacrées à la santé. ■