
Les systèmes de santé dans l'UE

- Allemand
- Britannique
- Espagnol
- Autrichien
- Belge
- Danois
- Néerlandais
- Suédois

Sandra AYMERIC
Interne de santé publique
13 avril 2012

Classement des systèmes de santé

- Selon le type de régime de couverture sociale
 - Soit la protection maladie est liée à l'origine au travail, financée par cotisations et gérée par les partenaires sociaux
→ régimes **bismarckiens** (Allemagne, Autriche, Belgique, France, Luxembourg, Pays-Bas...)
 - Soit la protection maladie est une garantie universelle de l'Etat, gérée par ses représentants locaux et financée par l'impôt → régimes « **béveridgiens** » d'Europe de Nord (Danemark, Grande-Bretagne, Finlande, Irlande, suède...)
-

Le système de santé allemand

-
- Dépense nationale de santé=10,9% du PIB (2004)
 - 2003: - 8,6 lits pour 1000 habitants
- 3,4 médecins pour 1000 habitants
 - De type bismarckien
-

-
- Soins ambulatoires (pas à l'hôpital):
 - Généralistes,
 - Spécialistes

 - Hôpitaux:
 - privés
 - Lucratif
 - Non lucratifs
 - publics
-

-
- Si revenu < seuil (46 800 €/an en 2005, 90% de la population)
→ assurance auprès d'une caisse maladie publique
 - Si revenu > seuil
→ choix entre caisse publique et contrat auprès d'une assurance privée
-

- Chaque caisse maladie:

- ❑ fixe son taux de cotisation
- ❑ décide du nombre de médecins conventionnés par spécialité et par zone géographique
- ❑ négocie les enveloppes budgétaires au niveau régional avec l'Union des médecins

- Les patients doivent:

- ❑ choisir leur médecin généraliste
 - ❑ consulter le MG avant d'aller chez le spécialiste
-

-
- Ticket modérateur:
 - forfait de 10€ /trimestre versé au praticien lors de la 1^{ère} visite
 - non dû au spécialiste le MG est vu en 1^{er}
 - non dû lors des visites de prévention

 - Prothèses dentaires et lunettes couvertes par une assurance séparée

 - Transferts financiers entre les caisses pour une péréquation des risques en fonction des caractéristiques socio-démographiques des populations couvertes
-

Systeme de santé britannique

-
- Dépense nationale de santé= 8,3% du PIB (2004)
 - 2003: - 4,1 lits pour 1000 habitants
- 2,3 médecins pour 1000 habitants
 - Système de type beveredgien
-

-
- Repose sur le Service national de santé (National Health Service, NHS)

 - Financement du système par:
 - l'Etat (impôt)
 - Fond national de solidarité (cotisations salariales et des ménages)
-

```
graph TD; A[Ministère de la Santé] --> B[8 autorités régionales]; A --> C[Comités locaux de médecine familiale];
```

Ministère de la Santé

**8 autorités
régionales**

**Comités locaux
de médecine
familiale**

-
- **Ministère de la santé: fonction de garant**
 - Définition de standards de soin
 - Évaluation
 - Inspection
 - Intervention dans les zones déficientes et sanctions

 - **Autorités régionales**
-

-
- Soins primaires par les médecins généralistes (General Practitioner-GP)
 - Les GP sont libres d'adhérer ou pas au NHS
 - En fonction du contrat, les types de soin et les rémunérations sont variables
 - En plus du temps consacré au NHS, le GP peut pratiquer la médecine libérale
-

■ Rémunérations:

- ❑ Allocation de base couvrant les frais fixes
 - ❑ Indemnités: incitations à l'installation, au regroupement, à la formation...
 - ❑ subventions: emploi de personnel
 - ❑ Somme forfaitaire pour chaque personne inscrite auprès de lui (rémunération à la capitation)
 - ❑ Paiement à l'acte: vaccination, dépistage des cancers, contraceptifs
→ l'administration de la santé peut orienter les priorités de SP
-

- **Le consommateur:**

- **S'il utilise le NHS:**

- → pas de débours (sauf pour les médicaments, l'ophtalmologie et la chirurgie dentaire)
 - En contre-partie, il doit s'inscrire sur la liste d'un GP (choix libre mais changement difficile)

- **Peut recourir aux soins privés (car liste d'attente++):**

- Soins primaires
 - Soins hospitaliers (lits privés dans les hôpitaux publics et cliniques privés)
-

Systeme autrichien

-
- Dépense nationale de santé= 9,6% du PIB (2004)
 - 2003: - 7,7 lits pour 1000 habitants
- 3,5 médecins pour 1000 habitants
 - Système de type bismarckien
-

-
- Fondé sur une loi qui reconnaît les soins de santé comme un droit légal pour la population
 - Service national de santé à la disposition de la population
 - Financé par une taxe imposée à tous les autrichiens et versée au fond d'assurance sociale
 - La fédération d'assurance sociale
 - coordonne 28 caisses qui gèrent l'offre de soins dans les régions
 - Emet des recommandations
 - Négocie des contrats avec les offreurs de soins
 - Rembourse les frais pharmaceutiques
-

-
- Dépenses de soins prises en charge
 - À 80% pour les travailleurs libéraux
 - À 100% pour les autres (seul ticket modérateur pour les médicaments)

 - Un organisme du ministère de la santé régule les dépenses de santé

 - Système privé = médecins exerçant généralement dans le public
-

-
- Assurances privées: 3 types de contrat:
 1. Couverture complète des frais de soins hospitaliers dans des conditions hôtelières supérieures
 2. Indemnité journalière pendant la durée d'hospitalisation
 3. couverture pour les soins ambulatoires

 - Accès direct aux spécialistes et changement de médecin à volonté si assurance complémentaire privée
-

Systeme belge

-
- Dépense nationale de santé= 10,1% du PIB (2004)
 - 2003: - 6,8 lits pour 1000 habitants
- 4 médecins pour 1000 habitants
-

-
- Secteur libéral +++
 - Offre de soins ambulatoires = privé
 - Secteur hospitalier = mixte
 - Libre choix du médecin
 - Accès direct au spécialiste
-

-
- Assurance obligatoire mais choix de l'organisme (mutuelle)
 - Bonus/malus
 - Couvre honoraires des spécialistes, frais de labo et radio

 - Etat = régulateur via l'Institut National d'Assurance contre la Maladie et l'Invalidité (INAMI)
 - Pouvoir disciplinaire vis-à-vis des praticiens
 - Distribue les fonds nécessaires aux mutuelles
 - Supervise les négociations entre mutuelles et professionnels de santé
-

Systeme néerlandais

-
- Dépense nationale de santé= 9,2% du PIB (2004)
 - 2003: - 4,9 lits pour 1000 habitants
- 3,6 médecins pour 1000 habitants
 - Système de type bismarckien mixte: combine institutions publique et acteurs de l'économie de marché
-

-
- Loi visant à plus de concurrence entre les professionnels de santé, les hôpitaux et les compagnies d'assurance maladie

 - Etat responsable
 - De la qualité des soins
 - De l'accessibilité aux soins
 - Du coût global des soins

 - Gestion des dépenses de santé par les assureurs et fournisseurs de soins privés
-

-
- Loi réglant le financement du système de santé
 - Assurance soins de santé de base obligatoire (soins de 1^{ère} nécessité)
 - +/- Assurance complémentaire: paiement direct au prestataire de soins ou remboursement a posteriori
 - Inscriptions auprès de médecins de famille
 - Pour accès à pharmacie
 - Pour accès à spécialistes
-

- **Financement**

- Employeur: 50% (cotisation sur le salaire)
- Etat: compensation fiscale de santé pour les personnes gagnant moins de 30 000 euros/an

- **Soins spécialisés dans les structures hospitalières**

- 2 tarifs
 - Un tarif fixé par le ministère de la santé
 - Un tarif libre
-

Systeme espagnol

-
- Dépense nationale de santé= 8,1% du PIB (2004)
 - 2003: - 3,4 lits pour 1000 habitants
- 3,4 médecins pour 1000 habitants
-

-
- Gratuité
 - Couverture universelle
 - Financement public (impôts +++)
 - Gestion décentralisée au niveau des Communautés autonomes
 - Centres d'attention primaire et orientation vers spécialistes
 - Choix entre public et privé
-

-
- Centres hospitaliers
 - Public (43%)
 - Privé (53%) pas 100%???

 - Mutuelle privée pour 17% des espagnols
 - Remboursement des soins
 - Administration des cliniques
 - Détermination des tarifs des praticiens
-

Systeme danois

-
- Dépense nationale de santé= 8,9% du PIB (2004)
 - 2003: - 4 lits pour 1000 habitants
- 3 médecins pour 1000 habitants
 - Système de type bévéridgien
-

-
- Secteur public +++
 - Absence d'organisme de sécurité sociale
 - La santé de la population est l'affaire de l'Etat: chacun doit recevoir les soins dont il a besoin sans rétribution aux professionnels de santé
 - Redistribution entre provinces selon disparités
-

-
- Médecins généralistes:
 - Appartiennent au système national de santé
 - Rémunérations
 - système de capitation (indemnité par tête d'habitant)
 - Honoraires par consultation
 - Produit des actes d'un plateau technique d'une association de cabinets
-

■ 2 types de couverture sociale

□ Groupe I (97% de la population)

- Dépenses de santé (sauf soins dentaires), entièrement gratuites
- Inscription sur la liste d'un MG de leur région (changement 1x/an)
- Pas d'accès direct au spécialiste ou à l'hôpital (sauf urgence)

□ Groupe II (3%)

- Participent au financement de leurs soins
 - Libre choix du MG
 - Accès direct au spécialiste
-

Systeme suédois

-
- Dépense nationale de santé= 9,1% du PIB (2004)
 - 2002: - 3 lits pour 1000 habitants
- 3,3 médecins pour 1000 habitants
 - Système de type bévéridgien
-

-
- Agence suédoise nationale de sécurité sociale

 - Secteur public +++
 - Conseils régionaux

 - Secteur privé
 - 10% des soins
 - accords de coopération avec CR

 - Communes: soins aux personnes âgées et handicapées
-

-
- **Financement**
 - Système national d'assurance maladie
 - *Le droit aux soins de santé est identique pour tous*

 - **Cotisations personnelles de Sécurité sociale prélevées sur les revenus des assurés**

 - **+/- assurance privée pour éviter les délais d'attente**
-

Un système meilleur que l'autre?

- Classement OMS dans le monde (2000)
 - Indicateurs:
 - niveau général de santé de la population (espérance de vie, incapacités, disparités sanitaires)
 - Degré de réactivité aux attentes de la population (rapidité d'accès, droits des malades...)
 - Répartition de la charge du coût de financement
 - lien entre dépenses et résultats en santé difficile à établir
 - France +++ mais indicateurs discutés
-

Références

- A. Beresniak, G. Duru, Économie de la santé, Edition Masson, 6ème édition, 2008.

