

Le système de santé Français : rappel d'architecture (partie 2)

Auteur : Jérôme Vétillard, September 14, 2018

L'économie de la santé : principes et modèles

La Santé : Un bien « supérieur » ?

Ainsi que nous venons de le voir dans la partie introductive relative à l'architecture du système de santé français ([lien](#)), le secteur de la santé focalise l'attention de nombreuses parties prenantes du fait :

- De la perception par la population que **la santé est un bien fondamental, privatif, non marchand(able)** et dont l'importance quasi sacralisée justifie l'intervention de l'état pour le réglementer, voire d'un état « providence » pour le financer,
- De la croissance de ses coûts bien supérieure à celle du P.I.B. qui pèse sur les déficits des comptes publics, qui semble conforter cette perception que le secteur de la santé devrait être « hors » champ de l'économie (la perception collective que la « santé individuelle » n'a pas de prix).

Pour certains économistes, **la santé est un bien supérieur**, c'est-à-dire un bien auquel on attache d'autant plus d'importance que l'on est riche. Plus vous êtes riche, plus ce type de bien a une part croissante dans votre budget. Ceci est valable à l'échelle individuelle (« cure » *versus* « care »), comme à celle des nations (croissance des coûts de santé supérieure à celle du PIB).

L'**élasticité revenu de la Demande** permet de classer les biens en fonction de la réaction de leur demande à une augmentation du revenu à prix constants. **Quand le revenu augmente**, la demande de ce bien augmente plus vite que le revenu, ce qui signifie que **la part du revenu consacrée à l'achat du bien augmente** et que le bien est un bien supérieur... autrement dit, un « luxe » ([lien](#)).

Cette perception est cependant à nuancer du fait des arbitrages économiques des ménages et le renoncement aux soins de certains alors même que le financement du système de santé vise justement à atténuer cette hiérarchie des besoins, afin de permettre à tous (au sein d'une même collectivité nationale) d'avoir un accès égalitaire aux soins. On peut légitimement se poser la question de certains arbitrages opérés en faveur de biens de consommation courante fortement « marketés » (vêtements, téléphonie mobile, etc..) *versus* la santé de ces mêmes consommateurs...

Kenneth Arrow, qui a reçu le prix Nobel en 1951 pour ses travaux sur la théorie du « Bien Être » et du « choix social » ([lien](#)) soulignait dans "Incertitude et Économie du bien-être en santé" (*Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*), paru en 1963 dans l'*American Economic Review*, que la croyance éthique et partagée que **la santé individuelle n'avait pas de prix, devrait tôt ou tard être « considérée à la lumière sévère de l'économie »**.

Cette croissance des coûts de santé bien supérieure à la croissance du PIB semble souligner que ces temps sont venus, et qu'ils posent des questions qui appellent des solutions autrement plus complexes que celles apportées jusqu'alors, citons :

- **La maîtrise comptable des coûts** (fixation par la loi de Finances de l'Objectif National de Dépense d'Assurance Maladie) et la mise en place d'instances de contrôle et de réglementation qui visent à enrayer la hausse des prélèvements obligatoires (plus de 45% en France l'année passée).
- **Gérer les hôpitaux comme des centres de coûts et de profits**, avec la **tarification à l'acte** (et ses dérivés), organisations dans lesquelles, les professionnels de santé ne seraient plus que des ressources à gérer et à encadrer pour éviter les dérivés du système : l'aléa moral côté assurés qui entraîne une surconsommation de soins (j'y ai droit et c'est « gratuit »), et la demande induite par les professionnels de santé, payés à l'acte et en capacité d'augmenter leur activité et donc leurs revenus de façon discrétionnaire.
- **Mise en concurrence des fournisseurs de soins, augmentation du reste à charge**, substitution de la couverture publique universelle par des assurances privées (mutuelles),
- Et pourquoi pas, briser le tabou, et **ouvrir le marché des fournisseurs des soins et des payeurs à la libre concurrence** en laissant les interactions entre soignés, soignants et payeurs structurer et les prix et les organisations (rappelons que Kenneth Arrow indiquait que le secteur de la santé ne devait pas être géré par les règles du libre-échange classique et nécessitait une régulation).

Pour l'heure, ces différentes approches (y compris la dernière qui a pu être expérimentée partiellement dans certains pays – [lien](#) -) **peinent à contenir les dépenses de santé** (pour des raisons que nous aborderons dans des posts à venir). [voir l'aparté sur le système américain plus bas dans ce post].

Les différents systèmes de financement

Le financement du système de santé représente un pilier important de la politique sociale des états dits « providence ». Voyons donc un peu quel sont les modèles choisis de par le monde.

Deux approches historiques ([lien](#)), *le modèle assurantiel (Bismark, 1883)* :

Twingital-ventures.com 2026 – Jérôme Vétillard

- protection fondée uniquement sur le travail et sur la capacité des individus à s'ouvrir des droits grâce à leur activité professionnelle ;
- protection obligatoire ;
- protection reposant sur une participation financière des ouvriers et des employeurs qui prend la forme de cotisations sociales ;
- cotisations qui ne sont pas proportionnelles aux risques – comme dans la logique assurantielle pure – mais aux salaires : on parle ainsi de « socialisation du risque » ;
- protection gérée par les salariés et les employeurs.
- *Le modèle assistanciel (Beveridge, 1942) :*
- universalité de la protection sociale par la couverture de toute la population (ouverture de droits individuels) et de tous les risques ;
- uniformité des prestations, fondée sur les besoins des individus et non sur leurs pertes de revenus en cas de survenue d'un risque ;
- unité de gestion étatique de l'ensemble de la protection sociale ;
- financement basé sur l'impôt.

Qui se déclinent en 3 versions de l'état « Providence » (ou plus ou moins providentiel), **le modèle social-démocrate (universaliste)**, selon la typologie de l'économiste G. Esping-Andersen, se caractérise par :

- un **niveau élevé de protection sociale** qui couvre **la totalité de la population, indépendamment de la situation des individus sur le marché du travail** ou de leur situation familiale ;
- une offre importante de services collectifs publics et sociaux ;
- un **financement** qui ne se fait pas sur la base de la rémunération obtenue sur le marché (cotisation en fonction du salaire) mais qui est réalisé **par l'imposition** de toute la population (modèle d'inspiration beveridgienne) ;
- une « défamilialisation » très forte, le système cible l'individu quel que soit son sexe ou son statut professionnel ;
- une finalité : **l'égalité des citoyens par le biais de la redistribution sociale.**

Ce modèle est celui où la démarchandisation de la protection sociale est la plus forte. Les pays emblématiques de ce modèle sont la Suède et, dans une moindre mesure, le Danemark, les Pays-Bas, la Norvège.

Le modèle corporatiste-conservateur d'État providence se caractérise par :

- une **protection sociale axée sur le travail salarié** ;
- une protection sociale **découlant d'un statut** (appartenance à un groupe professionnel, une entreprise, etc.) ;

- un déclenchement de la protection sociale en cas de perte au moins partielle des revenus dans des circonstances interdisant au salarié le maintien dans une activité rémunérée ;
- un **financement basé sur les cotisations sociales** (modèle d'inspiration bismarckienne) ;
- une forte « familialisation » du système centré sur le modèle économique du salarié masculin apporteur de ressources et cotisant qui dispose des droits à la protection sociale par sa contribution et qui en fait bénéficiaire des ayants droit (femmes et enfants) ;
- une finalité : le maintien des revenus du salarié.

Une démarchandisation modérée s'opère dans ce modèle. Les pays emblématiques de ce modèle sont l'Allemagne et, dans une moindre mesure, l'Autriche, la Belgique, la France et l'Italie.

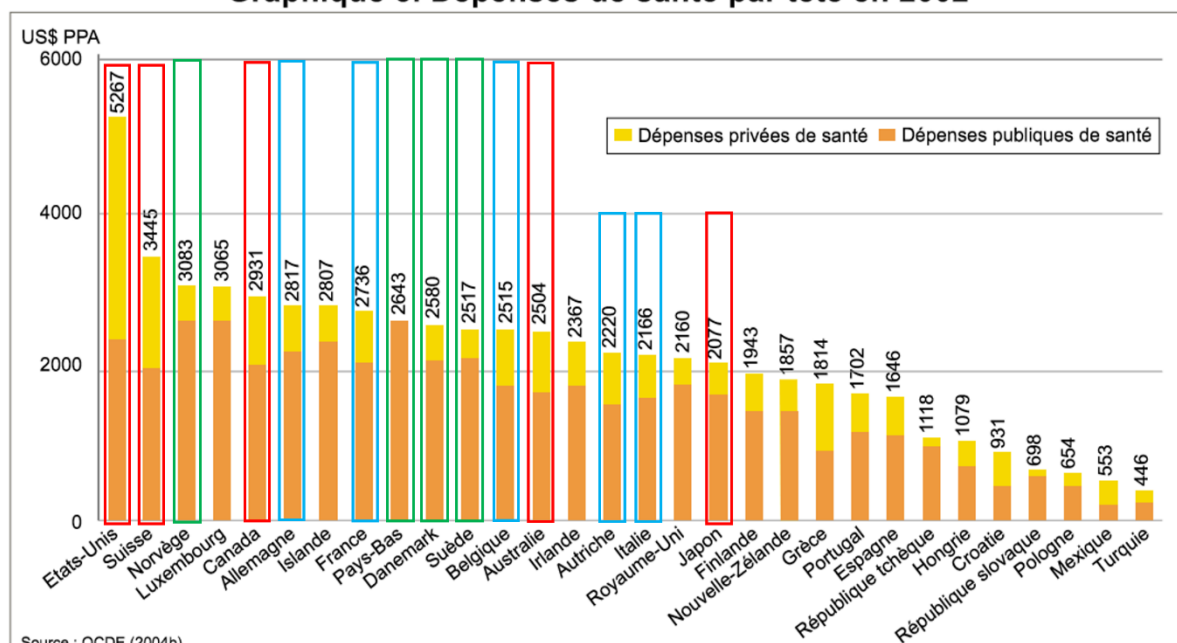
Le modèle libéral (ou résiduel) d'État providence se caractérise par :

- un accès à la **protection sociale à titre individuel, par l'achat de prestations** sur le marché ;
- une protection sociale collective résiduelle se centrant sur les plus pauvres et financée par l'impôt ;
- une défamilialisation ou une familialisation sans objet, la cible étant l'individu pauvre ;
- une finalité : apporter une couverture sociale aux plus pauvres.

Dans ce modèle, la démarchandisation est faible. Les pays emblématiques de ce modèle sont les États-Unis et, dans une moindre mesure, l'Australie, le Canada, le Japon, la Suisse.

On peut voir sur le graphique suivant, que ces différents modèles ont peu d'impact sur le montant des dépenses de santé allouées aux patients. On note cependant un reste à charge plus important (USA, Suisse) pour le modèle « libéral », la plus grande différence concernant les catégories de populations couvertes (exemple Medicaid/Medicare aux USA).

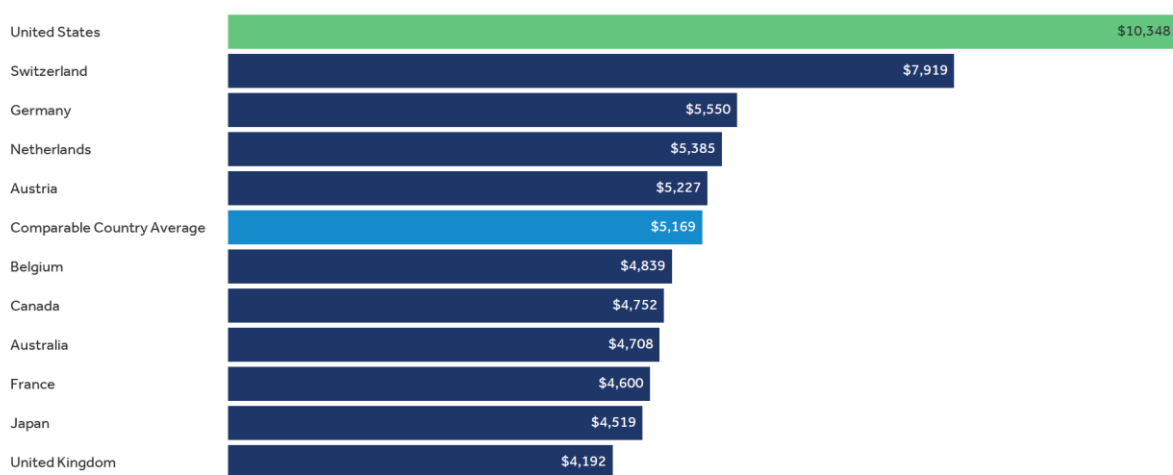
Graphique 3. Dépenses de santé par tête en 2002



Petit Aparté sur le système américain.

Les tenants du libéralisme pensent de façon axiématique que le secteur privé concurrentiel est capable, par construction/essence, de contrôler les coûts et gérer l'utilisation des services de santé mieux que ne le ferait le secteur public.

Total health expenditures per capita, U.S. dollars, PPP adjusted, 2016



The US value was obtained from the 2016 National Health Expenditure data

Source: Kaiser Family Foundation analysis of data from OECD (2017), "OECD Health Data: Health expenditure and financing: Health expenditure indicators", OECD Health Statistics (database) (Accessed on March 19, 2017). • Get the data • PNG

Peterson-Kaiser
Health System Tracker

Les dépenses ont doublé aux USA entre 2002 et 2016.

Les USA nous offrent une autre vision de la réalité factuelle :

Les coûts de gestion du secteur privé sont cinq à six fois supérieurs à ceux des programmes fédéraux,

- Le système de santé absorbe aujourd'hui 18 % du PIB (2016), soit près du double de celui des autres pays de l'OCDE, pour des résultats en termes de santé publique plutôt moins bons que ceux d'autres pays : Qualité des soins hétérogènes, et 15% de la population laissée pour compte.

Les USA ont fait le choix d'un financement assurantiel volontaire et privé de leur système de santé. Les assurances publiques fédérales sont relativement récentes et s'articulent entre :

- « Medicaid » qui fournit une assurance très partielle ciblée sur les laissés pour compte de l'assurance privée, autrement dit « les pauvres ». Elle est gérée par les états (2ième poste de dépense après l'éducation) et du fait des coupes dans les transferts fédéraux redistributifs, les états gèlent ou réduisent leur budget alloué au programme Medicaid.
- « Medicare » qui fournit une assurance pour les personnes de plus de 65 ans et les personnes handicapées,

La réforme de Medicare (Medicare Modernization Act) a instauré un remboursement partiel des médicaments en limitant le remboursement le plus coûteux, celui des affections de longue durée.

Coûts mensuels variables démarrant à 40\$ pour la couverture minimale mais pouvant augmenter à plusieurs milliers de dollars pour le « Full Drug Coverage ». C'est une souscription d'assurance volontaire.

Couverture complexe :

- Franchise annuelle à la charge de l'assuré (250\$),
- Entre 251\$ et 2200\$, remboursement à 75%,
- Entre 2201\$ et 5100\$ aucun remboursement,
- Au-delà de 5100\$, remboursement à 95% uniquement si affection de longue durée

On aboutit à une couverture moyenne des dépenses dans les hypothèses les plus optimistes de l'ordre de 33% ([lien](#)).

La crise de l'état Providence

La crise de l'état providence est donc potentialisée par ce statut particulier de la Santé dans l'inconscient collectif comme bien privatif, bien "supérieur" (pour les pays riches), dont la croissance des coûts est supérieure à celle du PIB, alors même que ces mêmes états sont confrontés à une crise économique latente, et une croissance faible du PIB.

Quel que soit le modèle de financement choisi, et ses principes fondateurs, cette différence de croissance existe. Mais le modèle de financement choisi, distribue

différemment l'effort de financement sur la population (entre des systèmes très redistributifs, et des systèmes plus libéraux).

Quels que soit le modèle choisi également, nous observons une croissance élevée des dépenses de santé. Nous allons maintenant voir qu'au delà de cette construction "psychique" de la santé dans notre inconscient collectif (au sens de Jung), cette pression inflationniste sur les prix de prestations des fournisseurs de santé est fortement catalysée par des évolutions socio-démographiques et technologiques.