

**DE L'ANALYSE ECONOMIQUE
DES ACTEURS DE SANTE
A L'ANALYSE MACROECONOMIQUE
DES SYSTEMES DE SANTE**

Introduction	2
I. Les acteurs d'un système de santé	2
A. Le consommateur	2
1. Le patient en tant qu'individu économique	2
2. La demande en soin: la rationalité du patient.....	2
B. Les producteurs (l'offre)	3
1. Les déterminants de l'offre	3
2. Comportements du producteur de soin.....	4
C. Le financeur.....	4
1. Les rôles	4
2. Le financement du soin	5
3. Les ressources de la protection sociale	5
II. Les problématiques actuelles posées par le déficit social	6
A. Le déficit public	6
B. La question de l'utilité	6
1. L'efficacité.....	7
2. L'efficience	7
3. L'équité.....	7
III. Analyse économique de l'intervention de l'Etat	7
A. Triple action	7
B. La notion d'équilibre.....	8
C. Exemples types d'organisation	8
1. Modèle de régulation par le patient.....	8
2. Régulation par l'Etat	9
3. Régulation par les assureurs	9

Introduction

Historique : Développement de l'économie de la santé

La santé n'était pas un domaine naturellement associé à l'économie. Les premiers économistes à s'y intéresser sont américains: Peut-on réguler le système de santé de la même façon qu'un autre bien de production ? => Spécificités du système de santé => limite dans la nature du bien => relativisation des résultats des outils économiques dans le système de santé. (ARROW, 1963)

La croissance des dépenses de santé entraîne une approche descriptive et nationale de type plus économique (années 1970) => repérage des acteurs et des flux (approche systémique).

Dans les années 1980, suite à la crise économique et augmentation des dépenses de santé, (soutenabilité des dépenses de santé). Approche comparative de la part des dépenses de santé rapportée au PIB. Mais la comptabilité ne suffit pas en économie (notion d'efficience non abordée).

Actuellement, approche économique = rendre compte de la bonne utilisation des ressources dans une optique de régulation du système. "Benchmarking" = repérage d'expériences innovantes, performantes et réflexion sur les conditions de cette expérience (= effet miroir)

OBJECTIFS d'intervention des économistes dans la santé:

- Optimiser
- Evaluer
- Prévoir (proposer des orientations)

I. Les acteurs d'un système de santé

La population (patient) => consommateur de soin (et parfois financeur du système)

Les professionnels de santé => producteurs de soins

Les financeurs : supportent la charge financière

L'Etat (régulateur de l'équilibre du système).

A. *Le consommateur*

1. Le patient en tant qu'individu économique

=> maximisation de l'utilité sous contrainte de son budget (doit évaluer l'utilité des soins) :

- Utilité des soins : non évident (si coût>avantages) un problème de santé n'implique pas forcément l'utilisation du système de soin.
- Coût d'opportunité des soins : impact sur la décision de consommer (si ce coût est supporté par l'individu)
- Différents niveaux de budget des individus

2. La demande en soin: la rationalité du patient.

Analyse selon deux optiques:

⇒ Consommation: Maximisation de l'utilité sous contrainte...(= approche économique)=> individu capable de repérer les besoins et les solutions => évaluation du rapport besoin/coût => hiérarchisation et arbitrage dans le cadre d'un budget (coût pour la santé en concurrence d'une autre dépense). Le patient doit avoir les savoirs nécessaires (sur les niveaux de qualité produite par les professionnels de santé) => notion de prise de risque = incertitude de la production de soins (complexité des savoirs, difficulté et coût de la recherche d'informations et pas d'obligation d'information avant le 4 mars 2002). **Si le patient n'est pas rationnel, comment lui confier la responsabilité de l'économie de la santé?**

⇒ Investissement: Modèle de GROSSMAN (cf. photocopié): On part avec un capital santé qui diminue en continu. Survenue de périodes de dégradation brutale. Ce capital est une ressource à l'activité => utilisation et recherche de préservation de ce capital par l'individu (cf. anticipation). Mise en œuvre des moyens de limiter la baisse voire faire augmenter son capital = investissement. Anticipation du retour sur investissement. Dépend des situations individuelles => différence car si problème, perte plus grande pour cadre que pour ouvrier => d'où plus d'intérêt à investir (= anticipation du coût d'opportunité).

⇒ Aversion pour le risque: L'incertitude augmente avec le temps. Risque sur la réalisation d'un événement, risque sur la prise en charge de l'événement (doute sur le retour à l'état de santé initial) => assurance = probabiliser l'incertitude et lisser les dépenses (mutualisation de la couverture d'un risque) MAIS:

- Sélection adverse (= asymétrie d'information) : risques élevés s'assurent mieux
- hasard moral : couverture entraîne surconsommation.

B. Les producteurs (l'offre)

1. Les déterminants de l'offre

Le prix : l'offre est une fonction croissante du prix

Le prix des facteurs de production = coût de production

La technologie, les coûts de production (état des techniques et progrès techniques envisageables)=> permet d'augmenter la productivité (sauf dans le secteur de santé). Vrai à un instant "t", mais par le processus d'amortissement, son coût diminue avec le temps.

Dans le système de santé, le prix de production est ramené à un tarif (ne reflète pas les anticipations de consommer). Le coût de production comprend aussi l'organisation des facteurs de production (Processus de production) = étapes du soin. Identification des coûts de coordination en tant que surcoût de production. => LOGIQUE PAR PROCESSUS (devrait être la logique de création des pôles...)

Les anticipations : évolution des besoins, des technologies, des marchés...

2. Comportements du producteur de soin

⇒ Maximiser l'utilité de son travail sous la contrainte de l'effort à fournir pour le travail (= désutilité). Equilibre entre efforts et avantages (= rémunération). C'est de l'incitation à l'effort. Différents types de rémunérations:

- A l'acte : liberté d'installation, liberté d'activité => inflationniste en terme d'activité, mais pas de notion du coût à l'acte.
- Au salaire => rémunération d'un temps de travail. Mais peu efficient=> d'où incitation par prime.
- A la capitation : en fonction du nombre de personnes dont on a la charge. (ex: généralistes en Angleterre) => forfait par tête.

⇒ Les externalités (= productions jointes imposées par le système de santé : transmission des données, parcours de soin coordonné...) => quel retour pour les professionnels des efforts pour ces activités? quelle valorisation?

⇒ L'urgence médicale : rémunération de la réactivité...

Le rôle du médecin: **Le producteur de soin peut-il être responsable de sa production?:**

- Asymétrie d'information : L'essentiel de l'information est détenue par le producteur de soins => comment l'utilise t'il? Comment réorganiser un rééquilibrage pour inciter à un comportement plus efficient ? (=> pour l'intérêt de la société, et non pas pour son propre intérêt) => Meilleure répartition de l'information ou développement d'un système qui incite à l'activité = approche contractuelle (= utilisation des ressources en regard d'objectifs à atteindre) => objectifs quantifiés.
- Interdépendance de l'offre et de la demande (= demande induite). Plan Hôpital 2007 => positionnement des médecins à des postes stratégiques (éco. et gestion).

C. Le financeur

1. Les rôles

Assurer le droit à la santé pour tous sous une contrainte de budget (tous les soins ne peuvent pas être financés)

Définir l'utilité des soins et pour qui (utilité pour individu ou pour collectivité?) => possibles conflits d'intérêts. Pour l'individu tout soin est utile...

Cf. Déclaration des Droits de l'Homme (polycopié)

Cf. Loi portant naissance de l'assurance maladie.

Question de l'incertitude : Mutualisation du risque => quel niveau, tous les risques? Prise en charge par la collectivité, à quelle hauteur. Notion du panier de soin: => sélection des

risques à prendre en charge : quels critères? Taille du panier? (niveau de revenus, état de santé...). Notion d'équité face à la santé. Service médical rendu pour les médicaments...

2. Le financement du soin

Assurance maladie : organisme obligatoire de droit privé avec une mission de service public. Ouvert à tous. Loi d'Août 2004 => bases de l'autonomie réelle de l'assurance maladie => Rôle réel de financeur, maîtrise et régulation, évaluation, suivi de la T2A...

Régime d'assurance complémentaire : mutuelles et assurances privées => choix de l'individu.

Filets de sécurité : CMU, CMUC, AME.

3. Les ressources de la protection sociale

Deux principaux systèmes de référence de gestion de l'incertitude:

a) Le système beveridgien

Formule des 3 U => Universelle, Uniforme, Unique.

Obligation pour tous.

Système des 3 U => fait appel à l'impôt comme source de recette (= prélèvement obligatoire et progressif non affecté, à la base, puis redistribution).

Gestion assuré par l'Etat => cohérence avec l'objectif et les moyens => gestion centralisée puis déconcentration et financement en cascade par des prestations forfaitaires.

b) Le système bismarckien

Objectif : assurer des groupes professionnels => assurance obligatoire par branche (d'activité professionnelle, par catégorie socioprofessionnelle => Mode de financement basé sur le travail (cotisation patronale et salariale) => sans travail, pas de protection.

Mode de gestion différent d'une caisse à l'autre.

⇒ Le système français est à cheval sur les 2: Avant 46, gestion bismarckienne. En 1946 => Création d'un système généralisable à l'ensemble de la population (objectif plus beveridgien) mais tout en conservant des mécanismes assis sur une base de cotisations socioprofessionnelles.

Au total: financement du risque maladie par

⇒ 52% des cotisations sociales

⇒ 45% impôts et taxes

⇒ 3% prise en charge exonération

Le principal impôt affecté à l'assurance maladie est la CSG.

Les caisses d'assurance maladie sont indépendante de l'Etat => responsabilisation.

Deux objectifs: Solidarité et Compétitivité.

L'assurance maladie a un rôle de régulateur entre la demande (patient) et la production (soignant) de soin => utilité de tel ou tel médicament ou procédure (service médical rendu)... D'où une nouvelle organisation depuis la loi de 2004.

MAIS la part des salaires dans le PIB // richesse nationale baisse

La valeur ajoutée de chaque E^{sc} sert à financer le capital et le travail. La part des richesses depuis quelques décennies rémunère plus le capital que le travail.

Cela est dû à la libération des marchés financiers (plus rentables que financer le travail) => d'où notion de soutenabilité du système de protection sociale étant donné que la part des cotisations salariales baisse au profit du capital (d'où les idées de taxation du capital)

II. Les problématiques actuelles posées par le déficit social

A. Le déficit public

Le déficit social accroît les déficits publics : Les besoins de couverture sociale augmentent mais le système bismarckien est limité.

Le déficit de la sécurité sociale n'est pas réel car toujours financé (ça fonctionne). Dans la sphère santé par contre, réel déficit (couvert par financement des systèmes excédentaires (ménage...)) => par endettement (financement par emprunt => les besoins sont supérieurs aux ressources internes, mais les ressources externes couvrent.

Il existe des "bons" déficit (ex.: Obama) => relance de la machine économique => constitution de ressources supplémentaires pour créer des richesses supplémentaires (relance du travail => emploi => augmentation du pouvoir d'achat => relance de la consommation => création de richesses)

"Mauvais" déficit => endettement pour payer les dettes précédentes.

Le financement des déficits publics se fait par:

- ⇒ Augmentation des impôts
- ⇒ Privatisation
- ⇒ Création monétaire (pas possible en Europe)
- ⇒ Emprunt => intérêt et capital à rembourser tous les ans.

Perspective d'augmentation des besoins (cf. polycopié : variation des dépenses liées à l'âge)

B. La question de l'utilité

Quelle est l'utilité pour la collectivité? Le déficit est-il justifié? Notion de performance.

Trois critères principaux :

- Efficacité : Relation entre les moyens utilisés et les résultats obtenus: efficacité médicale et efficacité technique.
- Efficience : rapport efficacité/coût
- Equité : plus faible différence entre individus et groupes.

1. L'efficacité

Effet du système de santé sur l'état de santé de la population:

- Conception positive (OMS)
- Conception négative => facteurs qui contribuent à détériorer la santé.

Indicateurs d'efficacité: espérance de vie en bonne santé, taux de mortalité, Années Potentielles de Vie Perdues...

2. L'efficience

Indicateurs:

- Dépense de santé/ habitant / an
- Dépense totale en % de la richesse nationale
- Part des dépenses publiques et privées...

=> Ce ne sont pas des indicateurs d'efficience réels.

3. L'équité

⇒ Equité verticale => redistribution verticale : les plus riches financent les plus pauvres (inégalité des contributions)

⇒ Equité horizontale => A besoin égal, traitement égal quel que soit le niveau => redistribution horizontale. (= égalité des chances)

⇒ Equité rawlsienne: incertitude universelle sur l'avenir => chacun a intérêt que la collectivité prenne des mesures. Egalité des moyens (vert.) et des chances (horiz.) => Egalité d'accès aux soins et des états de santé.

⇒ Indicateurs:

- Morbidité, état de santé ressenti
- Offre de soin et de services/habitant
- Temps d'accès aux soins
- Liberté d'accès et de choix
- Taux de remboursement
- Dépenses de prévention

III. Analyse économique de l'intervention de l'Etat

A. Triple action

⇒ Régulateur

⇒ Corriger les défaillances du marché les défaillances du marché (inégalité face à la santé) => action // externalités positives et négatives, // asymétrie de l'information (meilleure répartition de l'information, obligation de mesurer, d'évaluer et d'informer => indicateur de qualité... Incitation des professionnels // objectifs de production de soin efficiente.

⇒ Mise en place de stratégies de PEC (prévention, dépistage, qualité de vie ...) => Coût de stratégie en regard des avantages => Evaluation économique des stratégies

L'évaluation des coûts prend en compte le coût de soin, mais aussi les coûts d'opportunité de la maladie pour la collectivité, les coûts de prévention, recherche, dépistage...

B. La notion d'équilibre

Modalités d'organisation du système de santé entre l'Etat (en acteur majeur) et le patient (logique de marché) => toutes les modalités entre les deux possibilités sont possibles en prenant aussi en compte l'acteur assureur (privé ou public):

⇒ Système centralisé => avantage //contrôle mais difficultés d'efficacité (évaluation difficile) => comment décentraliser?

⇒ Système décentralisé, libéral => plus efficace mais pose problème en terme d'équité. => Notion essentielle => RESPONSABILISATION des acteurs (professionnels, patient, financeur).

Equilibre comptable différent d'équilibre financier => équilibre entre les acteurs

Flux des biens de santé => cf. diapo interdépendance économique => interaction de tous les éléments du système.

L'équilibre sur le marché des soins doit se faire entre :

OFFRE = DEMANDE = FINANCEMENT

⇒ Les déséquilibres sont à rechercher à ces trois niveaux : nombre de médecins, revenus médicaux trop grands, prix des services trop élevés, quantité consommée trop grande, capacité de financement trop faible...

⇒ Prendre en compte les particularités du système de santé: Rationalité des individus, implication face au risque, rôle du médecin sur la consommation, forte incertitude, externalités positives ou négatives...

C. Exemples types d'organisation

Les fonctionnements diffèrent selon:

- ⇒ Part de l'intervention de l'Etat
- ⇒ Mode de paiement
- ⇒ Mode de prise en charge
- ⇒ Mode de délivrance des soins (+/- structuré, liberté de choix ou non de l'hôpital...)

1. Modèle de régulation par le patient

Assurance individuelle prise pour couvrir son risque santé (indemnité en fonction de la prime) et paiement direct du producteur de soins => ex.: USA.

2. Régulation par l'Etat

Ex: Royaume Unis => Etat = financeur public + concurrence entre médecins et entre hôpitaux.

3. Régulation par les assureurs

Ex: Pays-Bas => Création d'un fond de péréquation financée par impôts => réparti entre les assurances d'une façon concurrentielle => redistribution => Paiement des producteurs de soins.

Niveaux de gestion et de gouvernance optimale d'un système de santé (cf. texte // aux différents pays)

Entre les deux extrêmes, les pays qui cherchent à se décentraliser au niveau des régions et/ou des collectivités locales sans se désengager => position du curseur entre le tout-Etat et le tout-décentralisé. Parfois réintroduction de l'Etat nécessaire en tant qu'évaluateur des résultats pour réorienter les actions des différentes régions. Choix entre efficacité et inégalité, ou égalité sans efficacité...

⇒ Question de la responsabilité financière de tous les acteurs => clarifier les rôles de chaque partie prenante

⇒ Question de l'évaluation par les acteurs (interne) ou/et par des organismes indépendants (externe)