

## **ECONOMIE MONDIALE DE LA SANTE**

La complexité du sujet s'annonce à priori redoutable ; pour l'aborder, il paraît intéressant de se référer aux **enjeux majeurs** proposés par l'Encyclopedia Universalis :

- 1- la maîtrise des dépenses de santé face à une croissance ralentie ;
- 2- la légitimation de l'intervention publique face à l'échec du marché ;
- 3- les apports et limites de la logique utilitariste.

Nous évoquerons d'abord les **spécificités** du domaine sanitaire, en concluant sur la délicate question de l'évaluation du service de santé.

Evoquant les 3 grands types mondiaux d'organisation, nous verrons qu'ils sont tous confrontés depuis le milieu du siècle dernier à une évolution des **dépenses** qui semble échapper à tout contrôle, avec des résultats probants mais contrastés : la question de la maîtrise de ces dépenses s'impose à tous.

Nous examinerons d'abord la **demande** de soins médicaux, multiforme, en nous interrogeant sur la part induite par le contexte institutionnel.

Ensuite, nous étudierons l'**offre** de soins, ainsi que les incitations financières et les régulations auxquelles elle donne lieu : le comportement des soignants face à leur mode de rémunération, les formules de financement des institutions, avec un rapide examen de la tarification des médicaments.

Enfin, nous ferons un tour d'horizon des principes et mécanismes des **réformes** des systèmes de santé, avec un éclairage particulier sur les cas des USA et du Royaume-Uni, avec les principaux résultats observés.

Nous verrons que réformes sont confrontées à une redoutable quadrature du cercle, et que **la nécessaire maîtrise se joue largement sur des thèmes échappant aux politiques de santé au sens strict.**

## I- SPECIFICITES ECONOMIQUES DU DOMAINE SANITAIRE

Le marché de la santé présente des caractéristiques qui déterminent un comportement particulier du consommateur de soins et conduisent à des marchés qui s'écartent nettement du modèle de concurrence.

L'atteinte de l'optimum social requiert alors l'intervention politique plus ou moins forte de l'Etat : ceci fonde l'existence de systèmes institutionnels de santé organisant une solidarité collective.

### 1° Biens et services de santé : collectifs ou individuels ?

Si les biens et services médicaux sont à usage individuel, les maladies infectieuses, source d'épidémies, génèrent des effets collectifs négatifs ; Inversement, la vaccination individuelle bénéficiera à la collectivité, ce qui induira la gratuité. L'addiction personnelle (alcool, tabac...) entraîne un coût pour la société qui incitera l'Etat à taxer ou réglementer.

La bonne santé d'une population engendre des effets favorables pour les entreprises et conditionne les performances économiques d'un pays : la satisfaction des besoins de soins doit de ce fait être garantie à toute personne, et **le financement et la distribution collectifs en sont justifiés.**

Un air ou une eau de bonne qualité pourront être considérés comme des biens collectifs purs, disponibles pour tous, sans barrière de prix : ces deux critères, souvent pertinents dans le domaine de la santé, amènent à la notion de biens et services **mixtes**: ainsi de la vaccination et des services d'urgence.

**La frontière entre les composantes collectives et privées des biens et services de santé n'est donc pas claire, ce qui montre les limites d'une allocation de ressources purement marchande** : pour de tels biens mixtes, on envisage alors des financements publics et des productions non marchandes, publiques ou associatives (à but non lucratif).

## 2° Risque maladie et imperfections du marché de l'assurance

La maladie est aléatoire et imprévisible, tout comme son degré de gravité ; elle est liée à une atteinte à l'intégrité personnelle avec risque de décès et d'invalidité ; son impact financier est important : coût des soins, limitation des capacités, perte de revenu.

Les techniques assurantielles permettent de traiter la maladie et ses conséquences comme un **risque**. Toutefois, les asymétries d'information entre assureur et assuré, ainsi que le caractère de risque à long terme mettent en échec l'assurance privée facultative (avec options).

L'assurance du risque maladie opère une double transformation :

- 1- la transformation de l'incertitude individuelle en risque probabilisable car la distribution statistique des maladies est connue (tables de morbidité et de mortalité).
- 2- la mutualisation du risque, transformation du niveau des dépenses en les lissant dans le temps et sur un grand nombre d'individus.

Les techniques actuarielles utilisées dans l'assurance requièrent de pouvoir estimer la probabilité d'apparition du risque, et évaluer le coût des dommages entraînés par la maladie. L'essor des recherches génétiques et de la médecine prédictive, le développement des pathologies chroniques et l'évolution des techniques médicales et des comportements de recours aux soins rendent les assureurs prudents.

Ils vont ainsi chercher des informations sur le risque de chaque assuré ; **ils seront incités à l'écrémage** : augmenter les primes des assurés à risque, voire refuser de les couvrir. Inversement, les assurés à faible risque chercheront à obtenir des tarifs avantageux.

Cette asymétrie d'information s'inscrit hors des mécanismes de marché concurrentiels et explique le recours aux systèmes d'assurance sociale publique obligatoire : voir Annexe 4.

## 3° Relation patient - médecin marquée par l'incertitude = « aléa moral »

La demande du patient porte sur l'amélioration de son état de santé, quand l'offre médicale consiste en diagnostic et processus de soins, dont le patient ignore la qualité et l'efficacité : il s'en remet au médecin.

Cette situation d'incertitude mutuelle, dite d' «**aléa moral**», concerne aussi l'assureur, qui ne connaît ni le diagnostic, ni les soins nécessaires, ni les coûts associés.

Les systèmes institutionnels ou sociaux non marchands visent à réduire les incertitudes et à construire la confiance.

Inversement, ils sont susceptibles d'augmenter la dépense en modifiant le comportement de l'assuré qui sait qu'il sera pris en charge :

- 1- moindre recours à la prévention ;
- 2- surconsommation de soins face à la maladie.

La limitation de tels phénomènes d'aléa moral réside dans la mise en place de dispositifs de co-paiement, le reste à charge pour l'assuré (sous forme de franchise ou de ticket modérateur) visant à **responsabiliser l'assuré, sans le dissuader d'accéder aux soins.**

#### **4° Conditions particulières de l'offre = marché de petit nombre**

L'organisation du système de distribution des soins est caractérisée par une économie de monopoles et d'oligopoles, notamment géographiques.

- 1- cette situation a des sources historiques et culturelles, l'activité de soins ayant longtemps relevé d'organismes de charité et religieux.
- 2- la protection de la relation patient-médecin en termes de qualité des soins dispensés et de compétences des soignants se concrétise dans des dispositifs d'autorisation, de certification et de diplômes.
- 3- les connaissances nécessaires à l'exercice de la médecine et le temps de formation limitent le nombre de professionnels de santé.
- 4- les coûts fixes hospitaliers importants renforcent les situations de monopole naturel.

En outre, le prix des soins médicaux est souvent un tarif administré, et rarement un prix de marché, ni un prix payé par le client.

Il ne signale pas l'efficacité de la production, ni les coûts réels de la prestation de soins.

**Il faut alors interroger l'évaluation du produit des organisations de santé, et plus largement de leur performance.**

## 5° Délicate question de l'évaluation du service de santé

La mesure du résultat des actions de soins est délicate pour au moins deux raisons : les soins ne sont qu'un des déterminants de la santé, et ce sont des activités de service, qui présentent cinq caractéristiques :

- 1- l'immatérialité : le soin ne peut être testé avant l'achat ;
- 2- la coproduction avec l'usager, qui peut même contribuer par ses connaissances et ses savoir-faire ;
- 3- l'impossibilité du stockage, résultant de la simultanéité de la production et de la consommation ;
- 4- la distinction entre l'output (les actes, traitements, etc... à court terme) et l'outcome (l'impact à long terme sur l'état de santé du patient) ;
- 5- l'inscription sociale, qui dépend largement du système de valeurs ou des critères de jugement privilégiés (en France, la qualité des soins, leur accessibilité, l'égalité et la continuité de traitement).

Selon une approche utilitariste, **les individus sont les meilleurs juges** de leur bien-être, donc la fonction de bien-être social dérive des niveaux d'utilité individuels : sont alors privilégiés la disposition à payer les soins ou des indicateurs tels les QALYs (estimation de la valeur de la vie pondérée par la qualité).

Selon les tenants d'approches alternatives non-utilitaristes, l'individu n'est pas souverain dans ses **choix relatifs aux services de santé, qui ne peuvent se réduire à sa disposition à les payer** : il s'agit de considérer le besoin plutôt que la demande, et la santé plutôt que l'utilité ; sont alors privilégiés les indicateurs tels que nombre de décès ou de maladies, taux de mortalité, espérance de vie, années de vie sans incapacité...

**En résumé, si les économistes de la santé partagent l'idée que les soins sont des biens et services spécifiques, non strictement marchands, ce qui induit des dysfonctionnements du marché et justifie l'intervention publique, le débat subsiste sur leur degré de spécificité, donc sur le niveau et les formes de cette intervention.**

## II- CROISSANCE ET REGULATION DES DEPENSES DE SANTE

### 1° Systèmes de santé : 3 grands types d'organisation

L'histoire des systèmes de santé montre qu'à partir d'objectifs de santé similaires (aider les pauvres malades, garantir des revenus, voire l'accès aux soins), les états ont choisi des réponses différentes selon le type d'institutions en charge de la demande (état, entreprises, mutuelles, assurances), l'organisation de l'offre (hôpitaux / médecins) et les priorités (universalité, choix du médecin, marché).

**Les américains**, attachés au **libéralisme**, considèrent que :

1. la santé relève de la responsabilité individuelle ;
2. le marché de l'assurance privée doit répondre à ce besoin ;
3. à défaut l'état intervient pour couvrir les plus pauvres « medicaid », et les personnes âgées ou invalides « medicare ».

L'américain solvable souscrit une assurance privée (à but lucratif ou non), selon un contrat collectif d'entreprise (mutualisant les risques).

**Les européens** partagent 3 grands principes d'**assurance sociale** :

1. tout citoyen doit bénéficier d'une assurance-maladie ;
2. chacun doit la financer selon sa capacité contributive, mais accéder aux soins selon ses besoins ;
3. l'état doit réguler en imposant un bon rapport coût/efficacité.

L'Europe abrite 2 types d'organisation :

- des systèmes (à l'origine) **professionnels** ou bismarkiens (Allemagne dès 1881, Europe orientale, France, Benelux, +Japon), dits d'**Assurance Maladie**, nés à la fin du XIX<sup>e</sup>, où la santé relève de l'employeur (qui vise à améliorer la force de travail), au bénéfice du travailleur et de ses ayants-droit ; les exclus, chômeurs et inactifs sont couverts par un filet de sécurité organisé selon le principe universel.
- des systèmes **universels** ou béveridgiens (Angleterre –NHS dès 1911-, pays scandinaves et méditerranéens +Canada), dits **Nationaux**, nés au milieu du XX<sup>e</sup>, où la santé relève de la citoyenneté, l'état (ou les collectivités locales) ayant la responsabilité d'organiser la solidarité vis-à-vis des pauvres et des malades.

## 2° Dépenses de santé : une croissance problématique

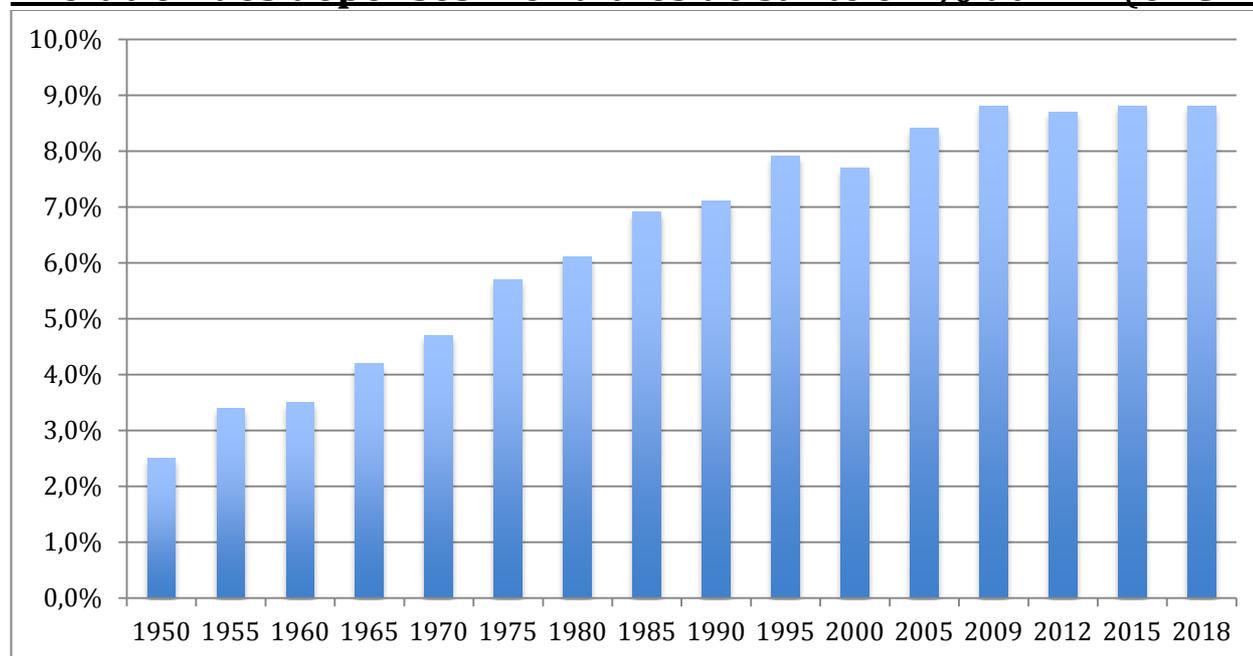
Après la seconde guerre mondiale, le développement de ces dépenses est conçu comme une obligation sociale de la nation envers ses citoyens, mais aussi comme un facteur contribuant à la croissance économique.

Les coûts mondiaux de santé passent ainsi **de 2,5% à 7% en 1985**.

Sous la pression des contraintes économiques, les coûts de Santé augmentant nettement plus vite que les ressources liées au PIB, tous les systèmes sont confrontés à des **réformes** successives axées sur la réduction des coûts, qui conduisent à une convergence vers des organisations métissées ; les coûts mondiaux de santé atteignent **8,4% en 2005**.

Depuis la crise de 2007, les systèmes de santé ont été contraints à **stabiliser leurs dépenses au niveau de 8,8% du PIB** sous l'influence des institutions financières (FMI, Banque Mondiale, OCDE), qui perçoivent les dépenses de santé comme une des principales causes des déficits publics ; seuls continuent à croître, plus modérément, les taux des pays en développement.

### Evolution des dépenses mondiales de santé en % du PIB (OECD 2019)



**NB : Terminologie** : la classification des dépenses de santé fait appel à 3 notions (voir en Annexe 3 §1 la répartition en France, puis 3 §2 par pays) :

- CSBM ou Consommation de Soins et Biens Médicaux ;
- DCS ou Dépenses Courantes de Santé (avec longue durée et gestion...) ;
- DTS ou Dépenses Totales de Santé (incluant les amortissements).

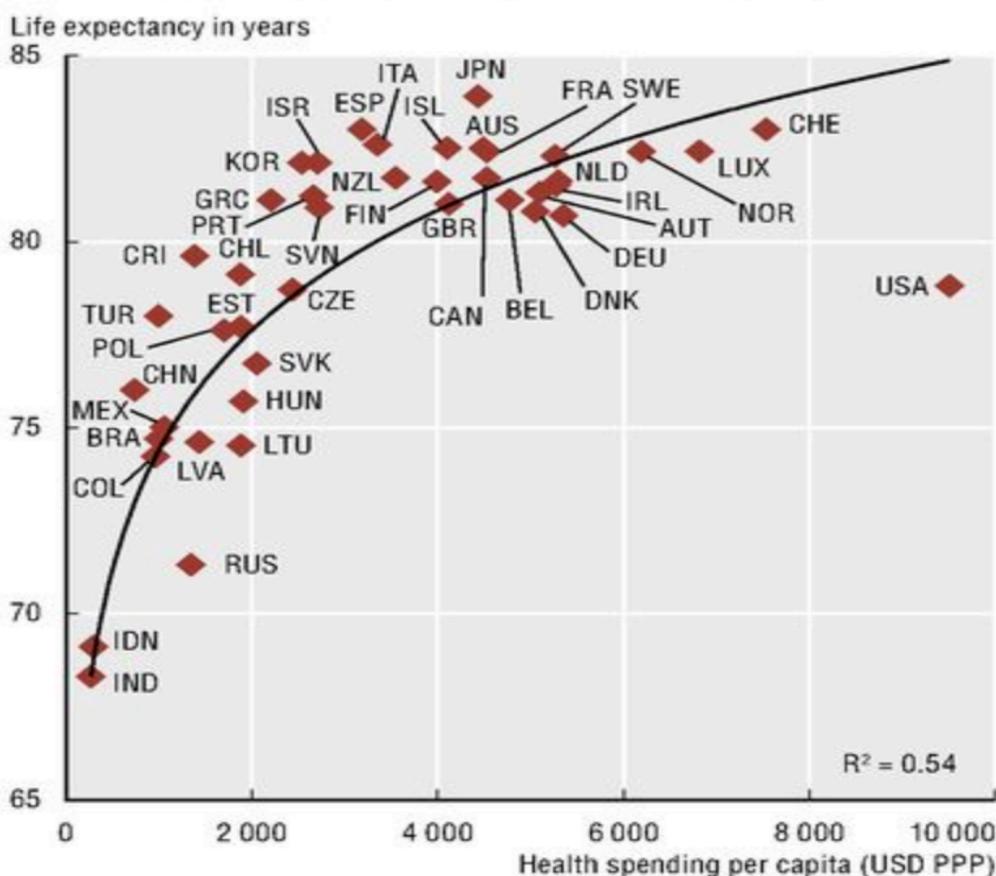
## Evolution des dépenses de santé par pays (en % du PIB)

- On peut faire les observations suivantes (voir tableau en Annexe 1) : les systèmes
- 1- nationaux de santé ont stabilisé leurs coûts de santé autour de **10%** depuis 2009 ;
  - 2- d'assurance maladie ont des coûts de santé supérieurs, voisins de **11%** ;
  - 3- libéraux ont un coût très élevé (**17% aux USA**) ;
  - 4- **Les BRIC ont des coûts de santé 2 fois plus bas en 2015, mais toujours en croissance supérieure à leur PIB.**

## Dépenses et Espérance de Vie

Voir tableau en Annexe 2

### 3.3. Life expectancy at birth and health spending per capita, 2015 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602272>

**Observations:** les systèmes

- 1- nationaux, moins coûteux, obtiennent des états de santé au moins analogues ;
  - 2- d'assurance maladie sont plus onéreux (noter la place importante de l'hôpital) ;
  - 3- **libéraux (USA) ont des états de santé sans rapport avec les coûts engagés ;**
  - 4- Les BRIC montrent des états de santé très variables, en retard mais en progrès ;
- NB : on observera la performance atypique des pays de la Méditerranée et d'Extrême-Orient (+3 ans à coût donné) ; de la même manière, on peut penser que les mauvais résultats en Russie et aux USA (-5 ans) soient notablement **liés à l'alimentation et aux modes de vie.**

### 3° Maîtrise des dépenses : contrôler les coûts ou réguler l'activité ?

Les efforts menés entre 1985 et 2005 ont consisté essentiellement en programmes de contrôle et réduction des coûts ; ils ont partout montré leurs limites, réduisant certes le rythme d'augmentation des dépenses, mais sans parvenir à les contenir en lien avec le PIB.

Progressivement se sont développés des modèles de régulation de l'offre de soins :

1. **en Allemagne, la négociation** est favorisée par les syndicats de médecins, la décentralisation régionale, l'autonomie tarifaire et l'autogestion paritaire.
2. **aux USA**, 75% des américains étant couverts par une assurance santé privée, les assureurs ont cherché à pérenniser leur rente en instituant des **réseaux intégrés de soins** respectant des normes et protocoles de pratiques médicales. Les responsables fédéraux ont tenté de réduire le nombre des américains non couverts (esprit de l'Obamacare).
3. **en Angleterre** et dans les systèmes nationaux, la régulation est organisée par le financeur étatique et peut prendre des formes relativement radicales de **rationnement** (pour les opérations et les traitements très coûteux), voire de pénurie (listes d'attente pour accéder aux soins non urgents).
4. **la France a du mal à choisir un modèle** entre le poids politique des médecins libéraux, le rôle joué par les partenaires sociaux dans la gestion des assurances sociales et celui plus ou moins explicite joué par l'Etat, qui a focalisé son action sur la réduction des coûts hospitaliers (Tarification A l'Acte ou T2A), puis sur l'optimisation du parcours de soins (médecin traitant), et l'incitation aux médicaments génériques.

**En résumé, si les résultats des USA s'avèrent décevants au regard des coûts engagés, et si les systèmes nationaux sont moins coûteux que ceux d'assurance maladie, l'évolution de l'espérance de vie donne à penser que dépenser toujours plus n'est pas la seule réponse possible face à la demande de santé.**

**1° Capital de santé et demande de soins : modèle de Grossman**

**La fonction d'utilité individuelle est liée au cycle de vie.**

Elle comprend un stock initial de santé, se dépréciant avec le temps selon un taux de dépréciation lié à l'âge et s'accroissant à l'approche de la mort, mais qui peut être accéléré ou ralenti par l'attitude de chacun à l'égard des risques et de la prévention, et par la consommation de soins.

**Grossman** distingue dès 1972 deux modèles de comportement :

- 1- un modèle d'**investissement** pur, axé sur la demande finale de bonne santé, qui correspond à une population de jeunes actifs ;
- 2- un modèle de **consommation** pure, où demandes de soins et de santé sont interdépendantes, qui s'applique aux retraités et exclus.

Ces 2 groupes présentent des caractéristiques très contrastées:

<b>Groupe intégré, jeunes, femmes</b>	<b>Groupe exclu, retraités, hommes</b>
Capital santé	Indifférence
Aversion au risque	Propension au risque
Stratégie volontaire positive	Subit les tentations
Accepte de payer, prévention	Médecine gratuite, curative
Consumérisme	Médecine de catastrophe
Demande raisonnée	Demande d'urgence
Cycle de vie	Maternités précoces

**2° Dépenses de santé : une dynamique endogène**

**Aspects individuels :**

- 1- Age et sexe : la dépense de soins, forte la première année, minime pendant l'adolescence, augmente très vite entre 50 et 80 ans.
- 2- Effet génération et coût de la mort : comparées sur longue période, les courbes de dépenses par âge subissent vers le milieu de la vie une translation vers le haut ; cet effet, centré sur médecine de ville et médicaments expliquerait la moitié du taux de leur croissance ; il n'apparaît ni au Japon ni au Royaume-Uni. Enfin, le coût de la mort (dépenses majorées des 2 dernières années de vie) accentue l'effet génération, sans effet notable sur l'espérance de vie (constat des anglais, qui renoncent aux soins techniques après un certain âge).

- 3- Revenu, milieu culturel et social : l'influence du revenu est faible ; en revanche, le milieu socio-culturel façonne la demande de soins :
- les ouvriers s'adressent plus au généraliste et à l'hôpital,
  - quand les cadres et intellectuels recourent plus au spécialiste et aux soins de prévention (vaccins et dentiste).
- 4- Effet du prix d'accès aux soins : de nombreuses études, menées aux USA au Japon et en France, ont conclu à une élasticité quasi nulle pour l'hôpital, modeste pour soins de ville et médicaments (0,10 à 0,35 : un prix accru de 10% réduit la consommation de 1,7%).  
Plus marquée sur les moins aisés, l'élasticité peut limiter leur accès aux soins ou les en exclure (soins dentaires, lunetterie, audition).  
Enfin, le prix peut provoquer des transferts (en France : engorgement des urgences, négligence de la prévention)
- 5- Concentration des dépenses de santé : très liées à la morbidité, les dépenses sont très concentrées sur une population large : 30% des ménages dépensent moins de 2% des soins, quand les 10% les plus malades provoquent plus de 50% des dépenses.  
**Ce fait justifie le besoin d'assurance et de mutualisation.**

### Aspect global :

- 1- au niveau macro-économique, les dépenses de soins sont façonnées par les comportements sociaux-culturels (voir Annexe 3 §2).  
**La part de l'hôpital** atteint près de 47% en France (dont 36% pour le public), contre 20% aux USA et à peine 40% en Allemagne.  
**La part des honoraires** qui représente 27% en France atteint 46% aux USA (où la haute technologie se concentre en ville).  
**Les médicaments** représentent près de 20% en France, contre 10% environ dans les pays scandinaves !  
**On constate une tendance à la convergence.**
- 2- rôle joué par la démographie et effet du vieillissement :  
L'effet du vieillissement s'apprécie en calculant la dépense qui aurait été observée si la structure par âge s'était maintenue.  
**Depuis 1970, selon toutes les études, le vieillissement explique à peine 10% de l'augmentation des dépenses de soins.**  
Dans l'avenir, l'augmentation de la dépendance (sénilité, Alzheimer) pourrait alourdir la dépense publique de 2% du PIB d'ici 2050 (OCDE).

### **3° Existe-t-il une demande de soins induite par le contexte institutionnel de l'offre ?**

C'est l'idée, selon laquelle une partie de la demande de soins serait sans rapport avec les besoins objectifs des malades et serait induite par les soignants cherchant à atteindre leur objectif de revenu et/ou d'activité.

**Elle est confortée par la corrélation observée partout entre l'offre de soins spécialisés et la consommation.**

- Ainsi en France, la Sécurité Sociale a établi que 60 voire 80% de la consommation d'honoraires et de médicaments sont liés à l'augmentation du nombre des généralistes, puis des spécialistes, et non aux facteurs classiques (âge, morbidité ou revenu).
- Et aux USA, le nombre d'actes de chirurgie dépend de la densité locale des chirurgiens, ce que conforte l'analyse statistique des régions françaises par spécialité.

Cette demande induite a pu être confirmée par de nombreuses études microéconomiques montrant que les médecins peuvent augmenter :

- 1- la spécialisation,
- 2- les actes techniques rentables,
- 3- la prescription de molécules récentes.

Elle a incité les pouvoirs publics à instaurer des régulations de type « numerus clausus ».

**En résumé, on voit ainsi se développer un consumérisme de la santé, qui soulève de nombreuses questions éthiques, telles que :**

- **relation entre état de santé et dépense publique ?**
- **jusqu'où rendre l'accès aux soins égal et gratuit ?**
- **comment responsabiliser patients et soignants ? etc...**

## IV OFFRE DE SOINS / INCITATIONS FINANCIERES & REGULATIONS

### 1° Rémunération et comportement des soignants

La manière de financer soignants et institutions façonne à long terme l'offre de soins.

Tout mécanisme de rémunération contient des incitations financières, avec leurs vertus et leurs effets pervers.

#### *Mode de rémunération :*

<b>Impacts sur :</b>	<b>Salariat</b>	<b>Capitation</b>	<b>A l'acte</b>
<b>Systemes de santé</b>	Pays nordiques Espagne & Portugal USA (hospitaliers)	UK, Irlande, Pays-Bas Italie USA (medicaid/care)	Allemagne, Autriche France, Suisse, Belg. USA, Canada
<b>Type de soins</b>	Soignants en institution	Généralistes	Spécialistes
<b>Qualité des soins</b>	Peu d'attention aux attentes des patients Peu d'incitation à la qualité Pas d'incitation à la productivité	Incitation à répondre à la demande Motivation à la qualité > fidéliser Pas d'incitation à la productivité	Incitation à répondre à la demande Motivation à la qualité > revenu Incitation à la productivité
<b>Induction de la demande par le médecin</b>	Pas d'intérêt à induire la demande	Pas d'intérêt à induire la demande	Maximise l'intérêt d'induire la demande
<b>Coût des soins</b>	Pas d'incitation à produire des actes Maîtrise du niveau des dépenses	Peu d'incitation à multiplier les actes Maîtrise du niveau des dépenses Encourage une concurrence saine	Risque d'induction et surproduction Très coûteux (inflationniste)

**Très souvent, la mentalité des personnels soignants, qui ont choisi ce métier par vocation axée sur l'attention et la disponibilité apportées aux patients, entre en conflit avec les incitations à la productivité.**

## **2° Financement des institutions : 3 formules**

L'histoire des systèmes de santé se reflète dans la structure du financement de la consommation médicale, telle qu'elle apparaît en Annexe 6.

On distingue 3 formules de financement :

1. **le prix de journée** : tarif hôtelier, fixé à posteriori, il comporte les mêmes incitations que le paiement à l'acte : multiplier les journées, allonger les séjours et augmenter le taux d'occupation hospitalier. Cette formule avait selon l'OCDE généré une surcapacité de lits de 30% par rapport aux besoins ; elle reste en usage pour l'accueil des personnes âgées (EHPAD).
2. **le budget global** : tarif d'administration, courant dans les pays du Nord, généralisé depuis 1985 en Europe, ce financement à priori transfère le risque financier sur l'hôpital : il incite à raccourcir les séjours, à réduire les actes (scanners, IRM), et à négliger les investissements (plus faciles à réguler que les salaires). Conservatrice, cette formule a réduit le taux de croissance des dépenses hospitalières, qui est passé de 8% entre 1970 et 1984 à 2% ensuite ; au Royaume-Uni, elle a généré des files d'attente.
3. **le forfait par pathologie** : introduite aux USA depuis 1984, cette rémunération d'entreprise de soins techniques consiste à classer les malades des hôpitaux par Groupe Homogène (GHM), à mesurer leur activité selon ce classement, puis à financer l'hôpital par un forfait à priori relatif à chaque groupe. Ce tarif incite à réduire la durée des séjours et à fermer les lits inutiles, à minimiser le coût par admission, à se spécialiser dans les activités rentables (sur base du savoir-faire et du tarif), enfin à développer la chirurgie de jour. La plupart des pays européens s'orientent dans cette voie (la France depuis 2004).

**On vérifie dans les faits l'influence des tarifications sur les comportements** : ainsi les césariennes étant mieux rémunérées, leur fréquence croît ; les chimiothérapies sont traitées en hôpital (elles y sont incluses dans le tarif), quand elles sont plus souvent traitées en ambulatoire dans les cliniques (où elles sont facturées à part)...

### **3° Marché pharmaceutique : tarification des médicaments**

Cette industrie est dominée par progrès technique et mondialisation ;  
3 pays (USA, UK & Suisse) produisent 80% des innovations ;  
la consommation est très inégalement répartie :

	Dépense %	Population %
Amérique du Nord	49	5,1
Europe de l'Ouest	25	6,3
Japon	11	2,1
Reste du Monde	15	86,5

- 1- Le prix des produits innovants (8 à 15% du marché), protégés par brevets et bien remboursés est international et élevé ; la liberté de prescription est encadrée et contrôlée.
- 2- Celui des produits courants (50 à 60%) sera de plus en plus soumis à la concurrence, et les génériques représentent une part croissante (40% aux USA et en Europe du Nord, contre 20% en France).
- 3- Le marché des produits non remboursés, non prescrits (20 à 30%), et des placebos (cures, homéopathie) sera de type consumériste.

Au niveau mondial, **l'enjeu majeur est celui de l'accès des pays pauvres** aux médicaments essentiels (vaccins, antipaludéens, pandémies).

**En résumé, la régulation de l'offre de soins sous la pression des institutions entraîne une évolution du monde de la santé vers une gestion financière qui brusque les mentalités des soignants.**

## **V REFORME DES SYSTEMES DE SANTE**

### **PRINCIPES D'ORGANISATION, CONCURRENCE & CONVERGENCE**

#### **1° Principes d'organisation et variables institutionnelles**

Nous avons vu (voir II §1) que les systèmes de santé peuvent être répartis en 3 modèles-types : libéral, assurance-sociale ou national.

Les différentes caractéristiques de l'organisation des services de soins permettent de dresser une typologie de ces modèles : financement, couverture maladie, liberté de circulation, densité de l'offre de soins, modes de rémunération : voir typologie en Annexe 5.

Les problèmes rencontrés sont de nature diverse :

- inégalités de santé et de recours aux soins et fort niveau de dépenses pour les systèmes libéraux ;
- problèmes de qualité de la réponse, avec des listes d'attente pour les systèmes nationaux ; etc...

#### **2° Mécanismes de concurrence et d'assurance privée ou publique**

L'introduction de mécanismes concurrentiels au niveau de l'assurance maladie implique la liberté de choix de l'assuré ; celle-ci devrait à terme améliorer la qualité de la prestation de soins (risque de défection des patients) et son organisation, et stimuler l'efficacité collective.

La liberté individuelle trouve sa limite face aux gros risques (pathologies graves, hospitalisation), qui restent assurés dans un cadre collectif et obligatoire ; mais l'existence de cette couverture encourage peu les assureurs privés à agir de manière préventive : voir détail en Annexe 4.

#### **3° Concurrence organisée de la production et consommation de soins**

Dans la concurrence organisée, un opérateur intermédiaire (assureur ou réseau) va organiser la prise en charge des patients abonnés : il achète des soins et organise les échanges, en visant à la fois réduction des coûts et qualité des soins.

De tels mécanismes s'accompagnent nécessairement de restriction de liberté tant pour les patients que pour les professionnels de santé.

#### **4° Cas des USA = Managed Care** : voir Annexe 7

Au cœur du Managed Care résident un **principe d'intégration** des fonctions d'assurance et de production de soins, et la **mise en œuvre d'incitations** auprès des prestataires pour améliorer l'efficacité, l'idée étant d'accroître la **pression concurrentielle** à tous les niveaux.

#### **Quel bilan peut-on tirer de l'expérience américaine des années 1990 ?**

- des résultats positifs en termes de coûts (hospitalisation, examens coûteux et actes techniques), sans que cet effet soit durable ;
- un parcours de soins optimisé pour le patient (plus de prévention, de coordination et de suivi), sans effet sur les plus vulnérables ;
- une équité menacée par la sélection des risques, inhérente au mécanisme de paiement prospectif et forfaitaire ;
- la logique de contrat génère des coûts de transaction et favorise la concentration à terme et le renforcement de positions dominantes.

#### **5° Cas du Royaume-Uni = Quasi-Marché**

**Le pilotage du NHS est fortement centralisé**, ce qui est jugé excessif à la fin des années 1980, pour cause de rationnement par les files d'attente et de défaut général d'incitations.

**Le quasi-marché anglais repose sur la séparation des fonctions d'acheteurs** (généralistes et autorités locales de santé) **et d'offreurs** (hôpitaux et services communautaires) de soins spécialisés ; les hôpitaux doivent couvrir par l'obtention de **contrats** l'essentiel de leurs dépenses.

**Quels résultats ont été obtenus par les anglais** après les réformes Thatcher de 1990 puis travailliste de 1999 (complétant le quasi-marché thatchérien par la mise en place de réseaux intégrés de soins primaires) ?

- l'efficacité a connu une forte augmentation les premières années ;
- l'impact sur la qualité des soins est ambigu : les hôpitaux opérant sur les marchés les plus compétitifs ont mis l'accent sur le mesurable (les files d'attente) au prix d'une réduction non mesurée de la qualité ;
- les files d'attente, en diminution, restent importantes et il a fallu dans les années 2000 augmenter très fortement les budgets du NHS pour pallier son sous-financement chronique.

## CONCLUSION

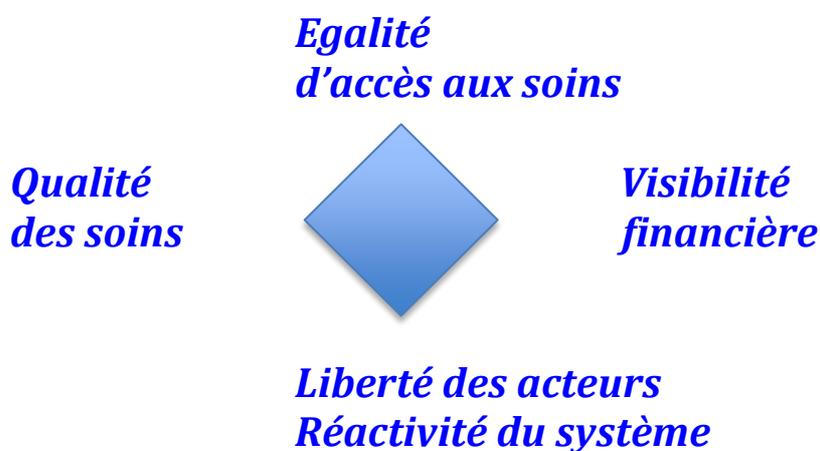
*Les systèmes de santé ont tous fait l'objet depuis 30 ans de réformes visant à contrôler sinon réduire les dépenses publiques.*

*L'échec relatif de ces politiques, constaté partout (USA, Royaume-Uni...) après quelques années de progrès, a déplacé l'enjeu vers le transfert partiel de la prise en charge des soins de santé au secteur privé :*

- augmentation du reste à charge (franchise, ticket modérateur) ;
- mise en concurrence à tous niveaux ;
- intervention croissante du secteur de l'assurance ;
- partenariats public / privé (pour les investissements)...

*Cette orientation, si elle a favorisé la maîtrise des dépenses publiques, s'est traduite par l'accroissement des inégalités et une augmentation des dépenses totales.*

*Les réformes sont en effet comme écartelées entre quatre objectifs souvent contradictoires :*



*Pour échapper à cette quadrature du cercle, il importerait de poser explicitement ces enjeux, afin que les conséquences des choix posés soient claires pour tous les citoyens ; notamment l'arbitrage entre égalité et qualité ou liberté et confort.*

*Enfin, l'observation des résultats donne à penser qu'une attention plus importante devrait être accordée à la prévention, aux modes de vie, ainsi qu'à des politiques impactant la santé : agricole, environnementale...*

## **Bibliographie**

- La santé, un enjeu de société, coordonné par Catherine HALPERN, Ed. Sciences Humaines, 2010
- Manager un établissement de santé, Christine BENOIT, Ed. Gereso, 2015
- L'avenir de la santé, Marc HOROWITZ, Armand Colin, 2009
- Introduction à l'économie de la santé, Valérie FARGEON, Presse Universitaire Grenoble, 2019
- Economie de la santé, P.BATIFOULIER/N.DA-SILVA/JP.DOMIN, Armand Colin, 2018
- Santé et économie en Europe, Béatrice MAJNONI d'INTIGNANO, PUF (que sais-je ?), 2018
- Economie de la santé, Béatrice MAJNONI d'INTIGNANO (& P.ULMANN) PUF, 2001
- La réforme des systèmes de santé, Bruno PALIER, PUF (que sais-je ?), 2017
- OMS : « Plus sain, plus juste, plus pur », 2017, 76p.
- OCDE : statistiques internationales et rapports, en ligne

Pour plus, voir : IRDES sur [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr), M.O.SAFON, avril 2019 (34p.)

## **Annexes :**

- 1- Evolution des dépenses de santé par pays (en % du PIB)*
- 2- OCDE 2018: Dépenses et Espérance de Vie*
- 3- Dépenses totales de santé : classification, France (2017)*  
*Consommation médicale par habitant (2015) et répartition par nature en USD*
- 4- Comparaison des assurances maladies (publiques/privées)*
- 5- Typologie des systèmes de santé*
- 6- Structure de financement de la consommation médicale (2015)*
- 7- USA : des dépenses de santé 2 fois plus élevées qu'ailleurs*

## Annexe 1

### Evolution des dépenses de santé par pays (en % du PIB) ODCE 2019

	1970	1980	1990	2000	2005	2 009	2012	2015	2018
<b>1) Syst. nationaux</b>									
Royaume-Uni	4,5	5,6	5,9	7,0	8,2	10	9,3	9,7	9,8
Norvège	4,4	7,0	7,6	8,4	9,0	10	9,3	10,1	10,2
Danemark	8,0	8,9	8,3	8,7	9,8	12	11,0	10,3	10,5
Suède	6,9	8,9	8,2	8,2	9,1	10	9,6	11,0	11,0
Italie	6,3	7,0	7,7	8,0	8,9	9	9,2	9,0	8,8
Espagne	3,6	5,3	6,5	7,2	8,3	10	9,4	9,1	8,9
Canada	7,0	7,1	8,9	8,8	9,8	11	10,9	10,4	10,7
	<b>5,8</b>	<b>7,1</b>	<b>7,6</b>	<b>8,0</b>	<b>9,0</b>	<b>10</b>	<b>9,8</b>	<b>9,9</b>	<b>10,0</b>
<b>2) Assur.maladie</b>									
Allemagne	6,3	8,4	8,3	10,4	10,8	12	11,3	11,1	11,2
France	5,7	7,0	8,4	10,1	11,2	12	11,6	11,4	11,2
Pays-bas	7,2	7,4	8,0	8,0	9,8	12	11,8	10,5	9,9
Japon	4,5	6,4	5,8	7,6	8,2	10	10,3	10,9	10,9
	<b>5,9</b>	<b>7,3</b>	<b>7,6</b>	<b>9,0</b>	<b>10,0</b>	<b>11</b>	<b>11,3</b>	<b>11,0</b>	<b>10,8</b>
<b>3) Syst. Libéraux</b>									
Etats-Unis	<b>6,9</b>	<b>9,0</b>	<b>12,4</b>	<b>13,7</b>	<b>15,8</b>	<b>18</b>	<b>16,9</b>	<b>16,9</b>	<b>17,2</b>
<b>4) Pays en développement BRIC</b>									
Brésil						8	7,7	8,9	9,7
Russie						5	4,9	5,3	5,4
Inde						3	3,3	3,6	3,7
Chine						4	4,6	5,0	5,2
> <b>Monde</b>	<b>4,7</b>	<b>6,1</b>	<b>7,1</b>	<b>7,7</b>	<b>8,4</b>	<b>9</b>	<b>8,7</b>	<b>8,8</b>	<b>8,8</b>

#### Commentaires:

Les systèmes nationaux de santé ont stabilisé leurs coûts de santé autour de 10% depuis 2009

Les systèmes d'assurance maladie ont des coûts de santé supérieurs, voisins de 11%

Les systèmes libéraux (USA...) ont un coût très élevé (17% aux USA)

**Les BRIC ont des coûts de santé 2 fois plus bas en 2015, mais sont toujours en croissance > PIB**

## Annexe 2

### Dépenses et Espérance Vie OCDE 2018

	<u>Dep%PIB</u>	<u>Esp.de Vie</u>	<u>Mortalité</u>	Annés pot. vie perdue	<u>Soignants 0/00hab.</u>		<u>Lits</u>
		2018	<u>infantile</u>		Médecins	Infirmiers	<u>d'hôpital</u>
<b>1) Syst. nationaux</b>	<b>10,0</b>	<b>82,1</b>	<b>3,2</b>	<b>3 601</b>	<b>3,8</b>	<b>9,8</b>	<b>2,8</b>
Royaume-Uni	9,8	81,3	3,9	4 186	2,9	7,8	2,5
Norvège	10,2	82,7	2,3	3 199	4,8	17,8	3,6
Danemark	10,5	81,2	3,8	3 926	4,0	9,9	2,5
Suède	11,0	82,5	2,4	3 251	4,1	10,9	2,2
Italie	8,8	83,4	2,7	3 263	4,0	6,7	3,2
Espagne	8,9	81,5	2,7	3 281	3,9	5,7	3,0
Canada	10,7	82,0	4,5	4 099	2,8	10,0	2,5
<b>2) Syst.d'ass.maladie</b>	<b>10,8</b>	<b>82,4</b>	<b>3,2</b>	<b>3 733</b>	<b>3,4</b>	<b>11,7</b>	<b>7,6</b>
Allemagne	11,2	81,1	3,3	4 139	4,3	12,9	8,0
France	11,2	82,6	3,8	4 167	3,4	10,8	6,0
Pays-bas	9,9	81,8	3,6	3 547	?	?	3,3
Japon	10,9	84,2	1,9	3 077	2,4	11,3	13,1
<b>3) Syst. Libéraux</b>	<b>17,2</b>	<b>78,6</b>	<b>5,8</b>	<b>6 548</b>	<b>2,6</b>	<b>11,7</b>	<b>2,8</b>
Etats-Unis							
<b>4) Pays en développement BRIC</b>							
Brésil	9,7	75,7	13,2	9 111	?	?	?
Russie	5,4	72,1	5,6	13 358	4,0	8,5	8,1
Inde	3,7	68,9	32,0	?	0,8	1,5	0,5
Chine	5,2	76,5	8,0	?	2,0	2,7	4,3

#### Commentaires :

- 1- les systèmes nationaux, moins coûteux, obtiennent des états de santé au moins comparables
- 2- les systèmes d'assurance maladie sont moins efficaces (noter la place importante de l'hôpital)
- 3- les systèmes libéraux (USA...) présentent des états de santé sans rapport avec les coûts consentis
- 4- **Les BRIC présentent des états de santé très variables, en retard, mais en progression**

NB : on retrouve trace de l'exception Méditerranéenne et en Asie du sud-est en espérance de vie

### Comment la France se compare ? OCDE 2017

<i>Points forts</i>	<i>Points à améliorer</i>
Espérance de vie (notamment femmes)	Alcoolémie et Tabagisme
Mortalité par cardiopathie ischémique	Prévention et Vaccination (rougeole)
Reste à charge des ménages	Trop d'antibiotiques prescrits

## Annexe 3

### Dépense Totale de Santé: Classification

#### France (2017)

		Mds€	%DTS	%CSBM
<b>Hôpital</b>		<b>94,5</b>	<b>30,4%</b>	<b>46,4%</b>
	public	73,0	23,5%	35,9%
	privé	21,5	6,9%	10,6%
<b>Ambulatoire</b>		<b>55,1</b>	<b>17,7%</b>	<b>27,1%</b>
	généralistes	8,9	2,9%	4,4%
	spécialistes	12,4	4,0%	6,1%
	infirmiers, aide-soignants	8,5	2,7%	4,2%
	Kinésithérapeutes	7,5	2,4%	3,7%
	dentistes	11,4	3,7%	5,6%
	analyses	4,4	1,4%	2,2%
	divers (sages-femmes, cures, autres)	2,0	0,6%	1,0%
<b>Transports</b>		<b>5,1</b>	<b>1,6%</b>	<b>2,5%</b>
<b>Biens</b>		<b>16,1</b>	<b>5,2%</b>	<b>7,9%</b>
	médicaments	6,4	2,1%	3,1%
	optique	3,2	1,0%	1,6%
	orthèses, prothèses, divers	6,5	2,1%	3,2%
<b>Médicaments</b>		<b>32,7</b>	<b>10,5%</b>	<b>16,1%</b>
<b>CSBM = Consommation de Soins &amp; Biens Médicaux</b>		<b>203,5</b>	<b>65,5%</b>	
<b>Soins de Longue Durée</b>		<b>22,8</b>	7,3%	
<b>Indemnités Journalières</b>		<b>15,1</b>	4,9%	
<b>Prévention</b>		<b>6,1</b>	2,0%	
<b>Amélioration</b>	recherche, formation, subventions	<b>12,1</b>	3,9%	
<b>Gestion: SS, mutuelles, assurance, prévoyance, ministère</b>		<b>15,7</b>	5,1%	
<b>DCS</b>	<b>Dépenses Courantes de Santé</b>	<b>275,9</b>	<b>88,9%</b>	
<b>Formation brute de capital fixe = amortissements</b>		<b>34,6</b>	<b>11,1%</b>	
<b>DTS</b>	<b>Dépense Totale de Santé</b>	<b>310,5</b>		

### Consommation médicale par habitant (2015) et répartition par nature en USD

	USD/pers	Hopital	Ambulat.	ALD	Biens	Prévent.	Auxil.	Gestion
Royaume-Uni	3 668	936	1 012	731	562	217	127	83
Norvège	5 707	1 569	1 244	1 614	632	173	442	33
Danemark	4 536	1 225	1 347	1 144	479	112	217	112
Suède	4 882	1 032	1 489	1 304	613	158	185	77
Italie	3 075	897	736	324	666	130	264	58
Espagne	2 853	707	924	278	646	62	150	86
Canada	4 464	870	1 335	735	944	294	161	125
<b>1 Syst. nationaux</b>	<b>4 169</b>	<b>1 034</b>	<b>1 155</b>	<b>876</b>	<b>649</b>	<b>164</b>	<b>221</b>	<b>82</b>
Allemagne	5 142	1 420	1 153	858	1 040	155	256	260
France	4 641	1 397	903	763	942	91	257	288
Pays-bas	4 935	1 052	1 344	1 357	634	182	99	215
Japon	4 328	1 170	1 167	815	952	123	27	74
<b>2 Ass. maladie</b>	<b>4 762</b>	<b>1 260</b>	<b>1 142</b>	<b>948</b>	<b>892</b>	<b>138</b>	<b>160</b>	<b>209</b>
<b>3 Syst Lib.USA</b>	<b>9 042</b>	<b>1 695</b>	<b>4 157</b>	<b>493</b>	<b>1 350</b>	<b>280</b>	<b>287</b>	<b>780</b>

**Comparaison des Assurances Maladie**

	<b>Publiques obligatoires</b>	<b>Privées facultatives</b>
<b>Type de contrat</b>	<b>Collectif</b> , avec des termes, un panier de soins fixé politiquement	<b>Individuel</b> , avec des termes, un panier de soins sujets à négociation
<b>Adéquation aux préférences individuelles</b>	<b>Non</b> Le panier de soins peut apparaître: restrictif à certains ou au contraire, trop large	<b>Oui</b>
<b>Aspects redistributifs:</b> > entre classes de risques > entre classes de revenus	<b>Oui = cotisations indépendantes du risque</b> <b>Oui = cotisations fonction du revenu</b>	<b>Non</b> (en général) <b>Non</b> (en général)
<b>Vulnérabilité:</b> > à l'antisélection > à l'aléa moral	<b>Non = couverture obligatoire ou universelle</b> <b>Oui</b>	<b>Oui = couverture maladie facultative</b> <b>Oui</b>
<b>Possibilité d'influer</b> sur le comportement des prestataires	<b>Oui</b> (bénéfice d'économies d'échelle sur la collecte et le traitement de l'information concernant l'ensemble des prestataires)	<b>Oui</b> (à un coût plus élevé)
<b>Frais administratifs</b>	<b>2% dans le cas d'un monopole national</b> (économies d'échelle, 0 concurrence coûteuse) 5% en assurance sociale (Allemagne, France...)	<b>7 à 8% des dépenses de santé aux USA</b> (ressources pour différencier les contrats & à l'évaluation / sélection des risques)
<b>Discipline de la concurrence</b>	<b>Non:</b> l'absence de concurrence peut ne pas fournir les incitations appropriées à une gestion du risque efficace)	<b>Oui</b> , dès lors que la concurrence est effective (elle peut pousser les assureurs à adopter des modes de gestion performants)
<b>Equité dans l'accessibilité</b> aux soins de santé	<b>Oui</b>	<b>Non</b> (sélection des risques par les assureurs) plus de 15% des américains n'avaient pas d'assurance-santé en 2010

Typologie des Systèmes de Santé

	<b>Systèmes nationaux</b>	<b>Systèmes d'assurances sociales</b>	<b>Systèmes libéraux</b>
<b>Couverture maladie</b>	<b>Obligatoire</b> , sur critère de résidence	<b>Obligatoire</b> , attachée à l'activité professionnelle <b>Il existe une couverture complémentaire</b> , facultative	<b>Facultative</b> , (individuelle, ou par le biais de l'employeur)  <b>Filets de sécurité</b> , pour certaines catégories de population
<b>Financement</b>	<b>Impôts</b>	<b>Mixte:</b>  Cotisations sociales & impôts	<b>Mixte:</b> Participations individuelles et employeurs & impôts
<b>Organisation</b> de la prestation & de la distribution de soins	<b>Monopole public</b>  Secteur privé limité	<b>Offre de services publics coexistant</b> avec une Offre privée à but lucratif ou non	<b>Offre de services privés;</b>  Secteur à but non lucratif important
<b>Densité de l'offre de soins</b>	<b>Faible</b>	<b>Elevée</b>	<b>Elevée</b>
<b>Circulation dans le système</b>	<b>Pas de liberté de choix du patient</b>	<b>Liberté de choix limitée du patient</b>	<b>Liberté de choix du client</b>
<b>Mode de rémunération</b> dominant des producteurs	<b>Salariat &amp; capitation</b>	<b>Salariat pour le secteur hospitalier; à l'acte pour le secteur ambulatoire</b>	<b>A l'acte</b>
<b>Mécanismes d'ajustement</b>	<b>Planification &amp; contrôle public, à priori</b>	<b>Remboursement des soins à postériori</b> Augmentation des recettes Planification & marché	<b>Marché &amp; prix</b>
<b>Effets</b>	<b>Maîtrise de la dépense de santé</b> Problèmes de qualité de la réponse: Listes d'attente pour les soins spécialisés	<b>Pas de maîtrise de la dépense de santé</b> Bonne qualité de la réponse	<b>Pas de maîtrise de la dépense de santé</b> Problèmes d'équité de la réponse:  Fragmentation de la couverture maladie

## Annexe 6

### Structure de financement de la consommation médicale (2015)

1 Syst. nationaux	USD/pers	Etat	SS	Mutuelle	Assureur	Prévoy	Ménage
Royaume-Uni	3668	80,0	0,0	3,4	0,0	1,5	15,1
Norvège	5707	77,6	7,9	0,0		0,4	14,1
Danemark	4536	84,0	0,0	2,2		0,1	13,7
Suède	4882	83,7	0,0	0,6		0,2	15,5
Italie	3075	74,6	0,0	2,3			23,1
Espagne	2853	67,3	2,8	4,6		1,5	23,8
Canada	4464	72,5	1,4	9,8		2,0	14,3
	<b>4169</b>	<b>77,1</b>	<b>1,7</b>	<b>3,3</b>	<b>0,0</b>	<b>1,0</b>	<b>17,1</b>
<b>2 Syst.d'ass.maladie</b>							
Allemagne	5142	14,2	62,7	1,5	7,2	1,6	12,8
France	4641	2,4	76,8	7,4	3,7	0,0	9,7
Pays-bas	4935	0,0	81,2	7,5	0,0	0,0	11,3
Japon	4328	42,3	41,8	2,2	0,0	0,8	12,9
	<b>4762</b>	<b>14,7</b>	<b>65,6</b>	<b>4,7</b>	<b>2,7</b>	<b>0,6</b>	<b>11,7</b>
<b>3 Syst. Libéraux</b>							
Etats-Unis	<b>9042</b>	<b>39,9</b>	<b>10,2</b>	<b>4,2</b>	<b>34,1</b>	<b>0,4</b>	<b>11,2</b>
<b>4 Pays en développement BRIC</b>							
Brésil	1282	42,4	0,0	26,9	0,0	2,3	28,4
Russie	1509	34,8	22,2	0,0	0,0	4,3	38,7
Inde	190	24,1	1,8	4,5	0,0	4,1	65,5
Chine	590	34,3	25,9	3,3	0,0	1,0	35,5

#### > Commentaires:

L'état finance environ 80% des systèmes nationaux, contre 40% aux USA et dans les BRIC.

La Sécurité Sociale finance environ 67% des systèmes d'assurance maladie.

La contribution globale des ménages est d'environ 50% aux USA et pour les BRIC et 20% ailleurs.

NB : le reste à charge des ménages est particulièrement faible en France.

### USA: des dépenses de santé deux fois plus élevées que dans d'autres pays riches

- SCIENCES ET AVENIR SCIENCES in Journal of the American Medical Association (JAMA),
- Les Etats-Unis dépensent presque deux fois plus dans les soins de santé que d'autres riches nations parce qu'essentiellement tout, des médicaments aux équipements en passant par la rémunération des médecins, coûtent plus cher.
- L'étude, publiée dans le vient mettre à mal la croyance populaire selon laquelle les coûts aux Etats-Unis sont plus élevés car les patients vont voir le médecin trop souvent ou abusent du système de santé.
- Les Etats-Unis "**ont des dépenses considérablement plus élevées, les pires résultats en matière de santé pour la population et le moins bon accès aux soins de tous les autres pays riches**", estiment les chercheurs.
- L'étude compare le système de santé américain à dix autres pays à hauts revenus, en utilisant des données allant de 2013 à 2016: France, Royaume-Uni, Canada, Allemagne, Australie, Japon, Suède, Danemark, Pays-Bas et Suisse.
- La conclusion? **Presque tout est plus cher aux Etats-Unis.**
- Par exemple, les dépenses de chaque Américain pour les produits pharmaceutiques - 1.443 dollars - sont plus élevées que dans les autres nations - entre 466 et 939 dollars par habitant. **Les prix des médicaments de marque y sont souvent deux fois plus élevés.**
- **La rémunération pour un médecin généraliste aux Etats-Unis - à 218.173 dollars/an - est double** de celle des praticiens des dix autres pays - de 86.607 à 154.126 dollars/an -.
- Malgré des croyances aux antipodes, "**les Etats-Unis ont des taux de visites chez le médecin et de jours d'hospitalisation plus bas que les autres nations**", explique le rapport.
- **La qualité des soins n'est pas non plus nettement inférieure aux autres pays.**
- Mais si moins de personnes aux Etats-Unis sont assurées, la dépense totale consacrée à la santé y est bien plus élevée: **17,8% de leur PIB en 2016, contre 10 à 11% en Europe**, et 9,6% du PIB au Royaume-Uni ou en Australie.
- En revanche, **les Etats-Unis ont l'espérance de vie la plus faible des 11 pays analysés avec 78,8 ans**, contre 80,7 à 83,9 ans dans les autres pays.
- "Alors que les Etats-Unis continuent à faire face à des dépenses de santé élevées, il est essentiel de faire des progrès pour réduire ces coûts", estime Irène Papanicolas, l'un des auteurs de l'étude et professeure en économie de la santé à la London Schools of Economics.
- NB (remarque de F.PAIRAUD) : il y a aussi aux USA :
  - \* **moins de médecins** : 0,26% contre 0,34% - mais autant d'infirmières et de personnel - ;
  - \* **deux fois moins de lits** : 0,28% contre 0,47% (0,61% en France), libérés plus vite ;
  - \* **moins de prise en charge de la démence** : 1,15% contre 1,5% (2% en France & Allemagne) ;
  - \* **beaucoup plus d'assureurs privés, d'avocats et actionnaires** dans le monde de la Santé.