

Cours 1^{ère} année médecine
Santé, société et humanité. 2023-2024

DEPENSES EN SANTE ET ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

Plan

1. Introduction
2. Organisation du système de santé
3. Dépenses de la santé et le système de santé

1. Introduction

- Le Système de santé est l'ensemble des activités dont la fonction primordiale est de
 - Promouvoir,
 - de Protéger,
 - de Restaurer et de Maintenir la santé.

- Les objectifs d'un système de santé
 - Offrir un niveau optimal d'état de santé,
 - distribué équitablement,
 - garantir un degré adéquat de protection financière pour tous contre les risques,
 - améliorer les conditions de vie et de travail
 - et assurer le niveau le plus élevé possible de satisfaction des consommateurs de soins.

2. Les modèles d'organisation

3 principaux modèles des systèmes de soins selon les pays, leur histoire, leur culture:

I. Le modèle libéral (décentralisé)

- Offre de soins = en privée
- les dépenses sont financés par le consommateur et les assurances privées.

Ce modèle est caractérisé par un coût élevé et une inégalité d'accès aux soins, les pays qui adopte ce modèle c'est l'USA et la Suisse.

II. Le modèle planifié (Beveridgien) : centralisé d'état

- Offre de soins = services de santé publique (National Health Service)
- les dépenses sont financées par les Impôts
- Régulation = Politique (état).

Ce modèle est caractérisé par un Coûts maîtrisée et l'équité dans l'accès aux soins

Les pays qui adopte ce modèle c'est Royaume Uni, Irlande, Suède, Danemark, Italie, Espagne, Grèce, Portugal

III. Le modèle socialisé (Bismarckien) : Sécurité sociale

- Type : (chancelier Bismarck, 1883)
- Offre de soins = Dominance publique
- les dépenses sont financés par les Cotisations sociales

Ce modèle est caractérisé par une équité dans l'accès aux soins

Les pays qui adoptent ce modèle : l'Allemagne Belgique, France, Luxembourg, Pays-Bas

Systeme de sante en Algerie :

- C'est un systeme mixte (Bismarckien et Beveridgien),
Caracterise par la gratuité des soins, équité ; les
depenses sont financés par les impôts et les assurances
maladie (cotisation)

3. Les dépenses de santé

Les dépenses de santé englobent toutes les dépenses liées aux activités dont le but essentiel est de **restaurer**, **améliorer** et **entretenir la santé** d'une nation et des individus sur une période définie.

Il s'agit des dépenses en santé dans les secteurs privé et public, en relation avec le Produit intérieur brut (% du PIB).

Les comptes nationaux de la santé constituent un outil de suivi systématique, des flux financiers du système de santé d'un pays.

Dépenses de la santé, quelque soit le payeur ou le prestataire (secteur public ou privé) viennent en réponses aux besoins en santé :

➔ Dépense pour les besoins de santé fondamentale :

Assainissement, Alimentation, Conditions de travail, Protection et promotion de la santé et Prévention des maladies.

➔ Dépense pour les Besoins socio-économique :

Revenu et salaire adéquat au cours de la vie , Logement adéquat, Alimentation adéquate, Travail et Sécurité sociale.

➔ Recherche, formation, gestion du système de sante

Les dépenses de de soins comporte :

- Les ressources humaines ;
- Les infrastructures sanitaires relevant du secteur public ou privé ;
- Toutes autres installations de santé, fixes ou mobiles ;
- Ainsi que les moyens mis en œuvre pour produire des prestations de soins, de services et d'information en réponse aux besoins de santé des individus, des familles et des collectivités.

Financement du système de santé

- Le financement public avec le rôle primordial de l'état.
- Le financement privé représenté par le paiement direct par l'utilisateur ou indirect par l'employeur ou les organismes de bienfaisance.
- Le financement par l'assurance maladie publique ou privée par le biais du paiement de cotisations et après consommation,
- Le financement par des ressources externes telles que les dons et les aides gouvernementales et d'organisations non gouvernementales

La régulation des dépenses de santé : c'est un sujet complexe

- La demande est théoriquement infinie, et pratiquement croissante, théoriquement infinie si l'on s'en tient à la définition de l'OMS (1946):

« état complet de bien-être physique, mental et social »

- Le financement des dépenses de santé est limité

L'évaluation médico-économique des dépenses

« L'évaluation médico-économique consiste à comparer l'intérêt médical d'un acte, d'une pratique, d'un médicament, d'une organisation innovante ou d'un programme de dépistage, et les coûts qu'ils engendrent.

Elle offre ainsi aux pouvoirs publics et aux professionnels de santé des informations sur les conséquences économiques de pratiques diagnostiques ou thérapeutiques ou encore de programmes de dépistage»
(Haute Autorité de Santé)

Les différents types d'évaluation:

- Etudes coûts-efficacité (ECE): Visent à relier les coûts d'une action médicale à ses conséquences exprimées en unité physiques
- Etudes coûts-utilité (ECU): Vise à relier les coûts d'une action ou d'un programme médical à ses conséquences sur la qualité de la vie
- Etudes coûts-bénéfices (ECB): Visent à relier les coûts d'une action médicale à ses conséquences exprimées en unités monétaires : tout est monétarisé

Conclusion

- Le système de santé doit aussi être amélioré aussi souvent que nécessaire, on plaçant le patient au centre des discussions, surtout dans les hôpitaux publics, tout en améliorant le système d'information médicale les prestations et les dépenses.