

Les systèmes de santé

La protection sociale est organisée en fonction de **considérations de type éthiques**.

Le **système de santé engage une définition de la justice** : la manière de mettre en place les systèmes de santé dépend de la manière dont on définit une société juste.

- **Une société juste ?**

Idée de **répartition des biens matériels** (ex : salaire) **et immatériels** (ex : éducation, santé) selon 3 principes : **les besoins, le mérite et le marché** (équilibre entre l'offre et la demande).

Toutes les sociétés démocratiques valorisent l'égalité : **mais qu'est-ce qu'on égalise ?**

- **Un système de santé juste**

Egalisation des droits : pas de discrimination

Egalisation des moyens : même accès aux soins avec des moyens équivalents

Egalisation des fins : égalisation des résultats de santé

Présence d'un **3^{ème} acteur** entre producteurs et consommateurs de soins

Partout des modes de mutualisation, d'assurance, de solidarité : idée d'anticipation de la maladie

- **La santé : un bien spécifique**

La santé n'est pas un bien comme un autre : la santé n'a pas de prix mais elle a un coût

Un bien économique : donne lieu à des échanges, une production, une consommation

Un bien nécessaire à l'exercice de la liberté individuelle : **un bien premier**

- **Le contexte historique du 20^{ème} siècle**

La société industrielle, 1^{ère} phase de la protection sociale (dynamique économique des trente glorieuses et progrès des solidarités) : en mutualisant les besoins de santé, on peut réussir à les **solvabiliser**

Rendements décroissants du progrès médical : le système fonctionne mais demande toujours plus d'argent

- **Trois grands modèles de santé**

Libéral (Amérique du Nord) : système fondé sur l'**autonomie des individus, égalité des droits**

Bismarckien (Allemagne, France) : organisation de la **solidarité** autour de la communauté de **travail, égalité des moyens**

Beveridgien : **égalité des fins** autour du **principe d'utilitarisme** (Grande Bretagne, Suède)

- **Le modèle de santé libéral**

Modèle non conséquentialiste : ce modèle n'est pas pensé en fonction des résultats qu'il produit

Les inégalités de santé ne sont pas injustes : elles sont naturelles, elles ne relèvent pas de la justice et donc ne sont pas prise en charge par ce système

Chacun gère son capitale santé (comme on pourrait gérer son capital économique) : la santé devient un bien comme un autre

Le marché est considéré comme le meilleur garant du bien collectif : en agissant pour son propre intérêt, l'individu participe à l'optimisation de l'intérêt général

Egalité formelle des droits de chacun

Limites du modèle libéral

- **Les malades pauvres ?** : création de filets de secours depuis 1965 pour les personnes âgées et handicapées (*medicare*) et pour les personnes les plus pauvres (*medicaid*)
- **Surconsommation de soins**
- **Coût / PIB exorbitant** : le système américain coûte chère et il a de mauvais résultats
- **Le marché est faussé par l'asymétrie d'information (demandeur / producteur / offreur)**

- **Le modèle bismarckien**

Premier système de santé en 1883 en Allemagne

Les droits sociaux sont liés au travail : protection du salarié, **idée de solidarité** pour payer des soins en cas de **perte de revenu** (accident du travail, maladie, ...)

Création de la sécurité sociale en 1945 en France : intérêt de couvrir le risque lié à la maladie ou à l'accident du travail (plus de responsabilités de l'employeur, meilleure production car salariés en bonne santé)

L'entreprise prend le relais des structures traditionnelles de solidarité

- ⇒ **Passage d'une solidarité horizontale** (solidarité faible) **à une solidarité verticale** (solidarité forte)
- ⇒ **Elargissement des assurances** : famille (ayant droits), étudiants, prisonniers, chômeurs, RMI, CMU

Modèle fondé sur l'égalité des besoins : **cotisation proportionnelle au salaire** et en retour des soins pour tous

Les limites du modèle bismarckien

- **Les besoins sont toujours plus importants** car la santé est un objectif inatteignable
- Une meilleure couverture du risque entraîne une **plus grande prise de risque (= aléa moral)**
- **Doit-on faire tout ce qu'on sait techniquement faire ? Pour tous ?**

- **Le système Beveridgien**

Modèle fondé sur l'égalité des fins : principe d'utilitarisme (ce qui est bon, c'est ce qui donne les meilleurs résultats pour un plus grand nombre)

Calcul des utilités : système pensé sur la morbidité et la mortalité évitées, sur la qualité de vie gagnée

Bien être collectif et non pas besoin individuel

Les dépenses de santé sont assimilées aux dépenses de l'Etat : budget de l'Etat, impôt

⇒ L'état définit un budget pour la santé et le répartit au mieux = **mouvement descendant** (contraire du système français = mouvement ascendant), **l'offre est évaluée et limitée**

La rémunération des producteurs est au forfait : en fonction de l'effectif des patients et des résultats

Limites du système Beveridgien

- **Calcul du coût de la vie humaine**
- **Système alternatif privé** : système libéral choisit par des personnes riches
- **Médecine à deux vitesses** : critique du **caractère sacrificiel** de l'utilitarisme = on met en avant l'intérêt général de la population au détriment de certaines personnes qui devrait profiter de soins poussés mais pas assez rentables pour le système

Conclusion

Le modèle pur n'existe pas : tous ces modèles vont chercher auprès des autres des **manières de résoudre leurs problèmes**

L'évolution du système français

- ⇒ **Développement de la place de l'Etat avec les impôts**
- ⇒ **Logique d'universalisation** (système anglais)

La solidarité solvabilise les risques : la protection sociale est permise par la solidarité