

# **Pourquoi les systèmes de santé sont-ils différents?**

Michel Grignon,

Economics – Health, Aging & Society

McMaster U, Ontario, Canada

J.E.S.F – 16 décembre 2007 -Lille

# Objectif (1)

- Comprendre les résiliences des systèmes nationaux de santé (SNS) face aux réformes et changements
- Trois tendances majeures:
  - Universalisme
  - Concurrence
  - Contrôle de la qualité du service rendu
- Mais autant de réponses que de SNS

## Objectif (2): exemples

- France: réforme du médecin traitant (2004)
- Royaume Uni: marché interne, mais l'argent suit peu le patient
- Allemagne: universalisme mais les assurés quittent peu leur assurance
- Canada: arrêt Chaoulli sans impact réel

# Objectif (3): pourquoi c'est important

- Plusieurs explications de la résilience:
  - Institutions (comment se prennent les décisions)
  - Poids du passé (habitudes érigées en norme/conventions)
  - Préférences collectives fondamentales: le SNS reflète l'organisation de la société.

## Objectif (4): pourquoi c'est important (2)

- Des conséquences TRES différentes sur le coût des réformes:
  - Institutions: coût nul; il faut « sanctuariser » la réforme.
  - Poids du passé: coût de transition, pas nécessairement faible, mais peut valoir la peine
  - Préférences sociales: la réforme entraîne une perte de bien-être social

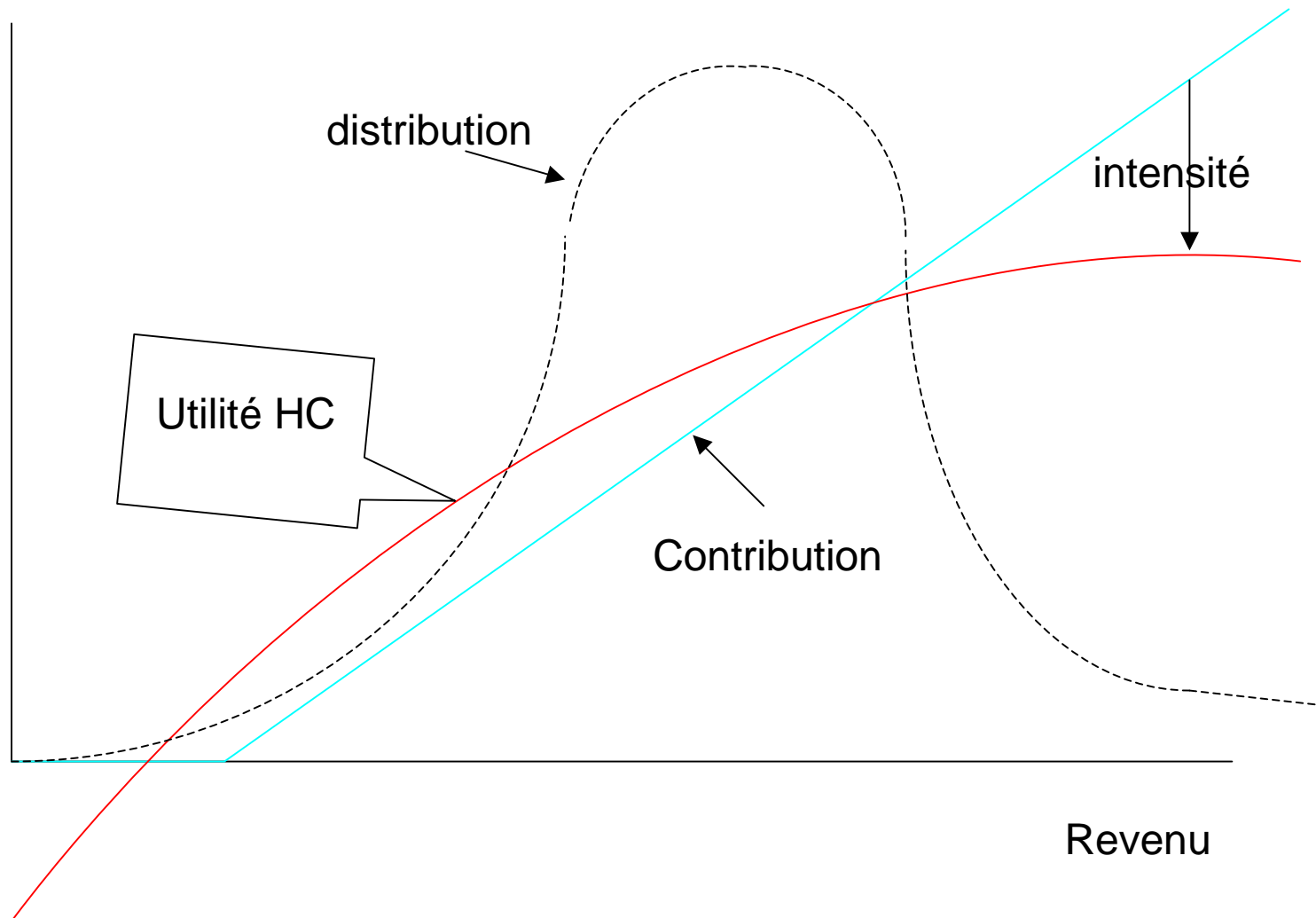
# Objectif (5): ce que je veux faire

- A long terme: tester institutions versus poids du passé versus préférences sociales dans un modèle « expliquant » les SNS (gauche de l'équation)
- A très long terme: si préférences jouent un rôle, comparer le gain normatif d'un « meilleur » SNS au coût en préférences
- A court terme: comment caractériser un SNS en quelques variables quantitatives ayant du sens?

# Plan

- A. Passer en revue les théories positives des SNS (en + des institutions et poids du passé):
  - Économie politique
  - Hypothèses comportementalistes
- B. Chercher des variables caractérisant les SNS en partant des trois dimensions des réformes:
  - Financement (universalisme)
  - Concurrence
  - Contrôle de la qualité

# Economie politique





# Eco Pol (2): conclusions

- Besley-Gouveia 94: couverture publique + opting out – corrélation positive entre part de financement public et degré de redistribution de l'impôt (courbe bleue)
- Gouveia 97: fourniture publique et consommation supplémentaire hors rationnement (différent de Stiglitz sur l'école: santé = bien composite)
- Jacob-Lundin 05: couverture publique et couverture complémentaire: seuls les pauvres achètent de la CC [?]

# Eco Pol (3) Limites

- Néglige les formes institutionnelles: quel est le bien soumis à redistribution (taux de couverture, visites, nuits)?
- Tient la redistributivité des prélèvements pour exogène
- Peu confirmé empiriquement (Mulligan et al., Alesina et al.)
- Autre ordre de critique: la santé est un bien public complexe qui met en œuvre des producteurs de soins et non seulement la redistribution d'un bien public

# Economie comportementaliste

- Répond aux critiques 1, 2, et 3: toute société effectue une redistribution, la question est de savoir si le bien public est local ou global
- Local: charité et non droit – choix des bénéficiaires méritants
- Suggère des variables comme l'hétérogénéité raciale

# Cutler et Johnson

- Dépendante = date de création du SNS public
- Indépendantes:
  - Industrialisation/urbanisation
  - Légitimité (absence de démocratie [??])
  - Revenu
  - Homogénéité ethnique
  - Guerres

# Critique 4: Pauly –Goldstein

- Montrent que la demande collective (dans les entreprises) de couverture maladie dépend de variables reflétant les rapports K-L
- Eco Pol du K: mutualiser le risque santé, garder le contrôle (mutualisation sans socialisation), investir dans la santé des salariés (mutualisation sans standardisation) – poids des employeurs dans l'histoire de l'assurance maladie
- *Managed care* peut résoudre le trilemme.

# Dépendantes

- OMS: cinq dimensions normatives
- Ici: trois organisationnelles (équité financement, capacité à répondre aux attentes, équité dans la réponse)
- Équité: financement et utilisation. Plus que normatif, décrit le degré local du bien public (besoin est subjectivement défini)
- Délivrance: soins primaires, guidelines? Ou mode de rémunération (*bundling*)

# Conclusion

- Dépendantes:
  - Bien public local ou global: équité dans l'utilisation et le financement
  - Degré d'autonomie professionnelle: degré de prospectivité du financement (par secteur)
- Indépendantes:
  - Gini,
  - revenu par tête,
  - degré d'industrialisation et d'urbanisation,
  - indicateurs de gouvernance,
  - homogénéité ethnique et culturelle,
  - part des femmes dans la main d'œuvre,
  - poids du public dans le financement d'autres biens publics potentiels comme l'éducation,
  - variables de « goûts » au sens large : structure par âge de la population, état de l'opinion sur l'égalité comme valeur
  - degré de corporatisme (Scruggs (2004)).