

Les systèmes de santé : quatre modèles



Écrit par Olivier Vittecoq

Jeudi, 11 Décembre 2008 09:43

Les systèmes de santé et de protection sociale peuvent être regroupés en quatre modèles : le modèle bismarckien, le modèle Beveridge, le système Semashko, le système d'économie de marché.

1. Le modèle Bismarckien

Ce système est également appelé « professionnel », car son financement est assuré par le travail et les cotisations sociales. Il a été mis en place en Allemagne à la fin du XIX^{ème} siècle, sous l'influence de Bismarck. Il est tenu pour le premier système d'assurance santé mis en place.

Ce système s'appuie sur des caisses d'assurance maladie financées majoritairement par des cotisations sociales et gérées par les représentants des entreprises et des travailleurs. L'assurance maladie est ainsi liée au travail. Pour sa part, l'Etat a pour tâche d'assurer le bien être des citoyens. Il doit fixer le cadre de l'action des caisses, et redresser la situation en cas de déséquilibre financier.

L'exemple allemand a servi de source d'inspiration à l'Autriche, à la Belgique, à la France, au Luxembourg et aux Pays-Bas.

Depuis les années 70, la majorité des pays qui se sont inspirés de ce modèle ont mis en place des mesures pour rendre l'accès aux soins plus universel.

Le Prince Otto von Bismarck (1815-1898), homme politique prussien.

Il a été appelé à la présidence du Conseil de Prusse par le roi de Prusse Guillaume 1^{er}. Après avoir fait proclamé l'Empire Allemand, il en devient chancelier en 1871. Il quitte le pouvoir en 1890. Au cours de sa carrière politique, il a mené une politique autoritaire contre ses deux principaux adversaires :

- Les catholiques, par la politique dite du Kulturkampf (« combat pour la civilisation »),*
- Les socialistes, par la répression.*

Après avoir mené une politique de répression contre les socialistes, Bismarck a cherché à rallier les ouvriers à l'Empire par des mesures sociales. Il fait voter les lois d'assurances sociales couvrant les risques maladie (1883) et accidents (1884), et créant des caisses de retraite pour les vieillards et les infirmes (1889).

2. Le modèle Beveridgien

Ce système est également appelé « national », car la tutelle des services de santé et le financement y sont assurés par le même organisme, qui dépend de l'Etat.

Ce modèle a été mis en place en Grande Bretagne après la Seconde Guerre Mondiale sous l'égide de Lord Beveridge. Le Danemark, la Finlande, l'Irlande et la Suède ont adopté les fondements de ce modèle.

D'inspiration sociale-démocrate, ce modèle se fonde sur l'universalité de l'accès aux soins et sur la fiscalisation des dépenses de santé. Il repose sur trois principes fondateurs, dits des trois « U » :

- Universalité : tout citoyen est protégé contre tous les risques sociaux quelle que soit sa situation professionnelle,
- Unité : une administration unique gère chaque type de risque,
- Uniformité : chaque individu bénéficie des services selon ses besoins, indépendamment de ses revenus.

William Henry Beveridge (1879-1963), économiste et administrateur britannique

Il a collaboré à l'institution de l'assurance chômage (1911) et à l'établissement de la sécurité sociale en Grande Bretagne (plan Beveridge en 1942), mettant l'accent sur le plein emploi et la sécurité du revenu.

Durant la Seconde Guerre mondiale, le gouvernement britannique lui confie la direction d'un comité interministériel chargé de préparer un rapport sur les systèmes d'assurance sociale. Présenté sous le titre Social Insurance and Allied Services et rendu public le 1er décembre 1942, sous un gouvernement conservateur, le rapport Beveridge est vendu à 70 000 exemplaires le jour même de sa parution.

Influencé par la pensée de Keynes et prolongeant certains aspects de celle-ci, Beveridge part d'une idée-force très simple : étant donné le stade de richesse globale qu'a atteint le pays, l'indigence de certains citoyens est un scandale qui doit être éliminé et qui peut l'être par un effort systématique de la nation. Dans Full Employment in a Free Society (1944, Du travail pour tous dans une société libre), ouvrage qui, deux ans après la parution du rapport, présente les solutions proposées dans celui-ci de façon plus approfondie et les situe dans une perspective keynésienne, il écrit : « A l'avenir, l'État aura la charge d'une nouvelle fonction publique. Il doit assurer un décaissement total suffisant pour protéger ses citoyens contre un chômage massif aussi énergiquement qu'il lui appartient de les défendre [...] contre le vol et la violence. » Ainsi apparaît l'idée d'un droit de chacun à la sécurité sociale, à la garantie d'un revenu minimum et à l'emploi. De manière précise, le rapport décrit les mesures à prendre pour assurer à tous une protection effective contre certaines infortunes, telles la perte de l'emploi, la maladie, l'ignorance. Bien que combattues par les milieux les plus conservateurs, les grandes lignes du rapport sont approuvées par Winston Churchill, alors chef du Cabinet. Depuis lors, le rapport Beveridge a inspiré l'action du gouvernement britannique, notamment sa politique de Welfare State fondée sur la mise en œuvre d'une authentique solidarité nationale ; il a également influé sur nombres d'autres gouvernements,

en particulier en matière de sécurité sociale.

*Membre du Parti libéral, Beveridge est élu député en 1944, puis élevé à la pairie (chambre des Lords). Outre le rapport auquel le public a donné son nom et le développement qu'il en propose dans *Full Employment in a Free Society*, sir William Beveridge a laissé différents écrits dans lesquels, renversant certaines idées traditionnellement admises, il concilie l'économie et le social et présente la dépense sociale comme facteur déterminant de la reprise de l'activité économique. Citons : *L'Assurance pour tous (Insurance For All, 1924)* ; *La Planification sous le socialisme (Planification under Socialism, 1936)* ; *Les Piliers de la sécurité (Pillars of Security, 1943)* ; *Le Prix de la paix (Price of Peace, 1945)* ; *L'Action volontaire (Voluntary Action, 1948)* ; *Défense de l'instruction gratuite (Defence of Free Learning, 1959)*.*

3. Le système Semashko

Ce système, qui a vu le jour dans les années 20 au sein de l'ex-URSS, s'est ensuite diffusé dans les démocraties populaires satellites de l'URSS après 1945. Les services sanitaires appartenaient à l'Etat et les professionnels de la santé étaient rémunérés par l'Etat. Les services étaient normalement gratuits, mais les patients devaient payer une somme forfaitaire pour certains d'entre eux, comme par exemple les médicaments. Le système Semashko fournissait un accès universel aux soins de santé.

Après l'effondrement des régimes socialistes, la pénurie des ressources financières a contraint un plus grand nombre de patients à augmenter leur contribution. Ces derniers doivent donc désormais verser directement des cotisations aux prestataires de soins. A l'heure actuelle, le coût des services de santé, en particulier des médicaments, est si élevé dans certains de ces pays qu'ils sont inabordables pour la majorité de la population qui se trouve de facto exclue. Les dépenses nationales de santé dans ces pays sont dans l'ensemble peu élevées.

Nikolai Alexandrovich Semashko (1874-1949) homme d'état soviétique.

Membre du parti bolchévique à partir de 1893, il a pris une partie active lors des années révolutionnaires de 1905-07. Il a été arrêté en 1907 par les autorités suisses. A sa sortie de prison, il réside à Paris où il est secrétaire du bureau à l'étranger du Comité central du parti bolchévik.

En 1918, le parti bolchevik inscrit dans son programme un système complet de sécurité sociale pour entretenir la force du travail. Nommé Commissaire du Peuple de la Santé Publique par Lénine, il organise un système national de santé gratuit qui voit le jour en 1925. En 1936, la constitution de l'URSS garantit « le droit d'être assuré par une sécurité sociale aux frais de l'Etat ».

A l'image des paysans incorporés dans les kolkhozes, les médecins deviennent « officiers de santé des soviets », salariés des polycliniques et des hôpitaux publics.

4. Le système libéral américain

Le principe de base du système de santé américain est que la santé relève de la responsabilité individuelle et de l'assurance privée. Ce principe se traduit en pratique par :

- l'absence de système national obligatoire,
- la prédominance des acteurs privés (deux tiers des américains de moins de 65 ans sont couverts par une assurance liée à l'emploi),
- la prise en charge publique ne concerne que les plus vieux et les plus pauvres (Medicare et Medicaid, d'inspiration Beveridgienne).

La Suisse est le seul pays d'Europe dont le système de santé est similaire au système américain. La couverture de l'Etat se limite aux groupes les plus démunis de la population, la majorité souscrivant une assurance auprès de compagnies d'assurance privées. La Suisse ayant le PNB par habitant le plus élevé du monde, le nombre des exclus y est très peu élevé. Mais le coût de l'assurance privée est élevé et devient inabordable pour un nombre toujours plus grand de personnes. L'exemple des Etats-Unis montre que ce type de système de santé à économie de marché est le plus inégal en termes d'accès aux services de santé et est le plus coûteux (10 à 13% du PNB).

5. Evolution de ces modèles

Les deux grandes familles historiques (Beveridge et Bismarck) coexistent en Europe :

- la Sécurité Sociale universelle (financée par l'impôt) : au Royaume-Uni, en Irlande, Finlande, Suède, Danemark, Italie, Portugal, Espagne,
- les assurances sociales obligatoires (systèmes professionnels liés au travail, financés par les cotisations) : France, Luxembourg, Allemagne, Autriche

Le système de santé de certains pays, comme la Belgique ou les Pays-Bas, est un système mixte inspiré des deux systèmes précédents. En dehors de l'Europe, le Canada a un système d'inspiration Beveridgienne mais décentralisé (contrairement au Royaume Uni). Le Japon possède une assurance maladie obligatoire et universelle, mais avec un régime d'affiliation professionnel inspiré du modèle allemand.

Les différences entre les pays, selon qu'ils ont opté pour un modèle bismarckien ou beveridgien, ont tendance à régresser. Tous les pays sont en effet soumis aux mêmes contraintes :

- sociales : garantir l'accès aux soins à tous,
- organisationnelles : améliorer l'efficacité du système en place,
- économiques : limiter autant que possible l'inflation des dépenses de santé (respecter les

critères de convergence de Maastricht, pour les pays de l'Union Européenne).

Les systèmes bismarckiens, basés sur le travail et qui sont en général les plus anciens, évoluent fortement aujourd'hui. Des mesures « Beveridgiennes » viennent de plus en plus limiter l'aspect corporatiste et inéquitable de l'accès aux soins.

Depuis la mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU), le système français garantit à tous un accès aux soins. Ce n'est donc plus le travail qui détermine l'accès aux soins, comme c'est le cas en théorie dans les systèmes bismarckiens.

Bibliographie :

Denis Clair Lambert, Les systèmes de santé, Le Seuil, 2000

Marc Duriez et Diane Lequet-Slama, Les systèmes de santé en Europe, Que Sais-Je ?, PUF, 1998

Santé et Economie en Europe, Que Sais-Je ?, PUF, Béatrice Majnoni d'Intignano, 2001

Les réformes des systèmes de protection sociale - Convergence et diversité, Revue Française des Affaires Sociales, La Documentation Française, Décembre 1999