

Un système de santé plus inclusif selon l'OMS

► Au moment où l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en appelle à l'augmentation des dépenses publiques dans les soins primaires d'au moins un point de PIB, le Dr Agnès Soucat souligne l'importance d'avoir un système national de protection sociale harmonisé et un système fiscal qui permette une redistribution pour atteindre une couverture santé universelle.

Citant le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, directeur général de l'OMS, pour qui la couverture santé universelle (CSU), une ambition des Nations unies, donc de l'OMS, est un choix politique (« *Il est de la responsabilité de chaque pays de tenter de l'atteindre* »), le Dr Agnès Soucat insiste sur le fait que les services de santé (10 % du PIB) sont devenus un moteur de la croissance économique, à un tel niveau de productivité que ce secteur contribue à un ajout de 4 % du PIB, et avec un effet levier sur la productivité des secteurs de l'industrie pharmaceutique et des équipements médicaux, et un effet indirect sur la réduction des inégalités. En outre, le secteur social, dont l'effet de charge n'est plus constaté, est aussi devenu un secteur productif. Grâce à l'analyse de l'évolution des dépenses de santé à partir de sa base de données, effective depuis 2000 dans plus de 150 pays, l'OMS constate que tous les gouvernements, même ceux des pays émergents (bien que leur engagement marque le pas depuis 2016), financent de plus en plus la dépense de santé : or, plus les gouvernements augmentent leurs dépenses de santé, moins les ménages s'appauvrissent. Mais c'est la manière dont les gouvernements financent la protection sociale qui importe. En la matière, les deux modèles

« purs » de couverture universelle, celui de Bismarck, à l'origine d'une assurance santé universelle en Allemagne, et celui de Beveridge, fondé sur l'impôt à assiette large et à l'origine du *National Health Service* en Grande-Bretagne, sont dépassés. Car la CSU de Bismarck a fait chuter l'appauvrissement des ménages... sauf pour les plus pauvres, sans emploi et ne cotisant pas. Pour mettre en place un système universel, il faut recourir aux deux systèmes, en sachant que les réformes nécessaires ne seront pas identiques pour tous les pays. En France, celle en cours depuis les années 2000 fait passer le financement assurantiel de la santé (partenariat employeurs-employés) à un financement plus large par l'impôt. Ce changement de concept résulte des évolutions économiques : la couverture santé s'est développée avec le plein emploi, mais parallèlement le coût des technologies médicales et les demandes de soins ont explosé. La part des dépenses de santé

a augmenté de 3 % par an entre 2000 et 2015, et de 6 % dans les pays pauvres.

La question n'est pas tant de savoir s'il faut dépenser encore plus

que de savoir comment organiser la dépense publique pour obtenir des résultats sur les indicateurs de santé (les pays les plus riches ont les meilleurs indicateurs). Agnès Soucat rappelle que l'hygiène, l'assainissement, la nutrition ont permis d'augmenter l'espérance de vie, à travers les soins primaires. Or les ménages couvrent 60 % des dépenses de soins primaires, et la plupart des gouvernements investissent surtout dans les soins tertiaires en fin de vie, avec des technologies médicales sophistiquées. Puisque actuellement la moitié des dépenses de santé concernent 5 % des patients dans les derniers mois de leur vie, et souvent aux dépens de leur qualité de vie, ne vaudrait-il pas mieux financer les soins

primaires, sachant que leur absence de financement retentit sur les plus démunis ?

Financer les soins primaires ?

L'augmentation des dépenses de santé paraît inévitable : tandis que les pays émergents entrent dans une phase de vieillissement, avec un taux de dépendance très élevé, les citoyens plus riches et mieux éduqués veulent obtenir plus de prestations de santé, et de financement correctif. Mais savoir comment répartir ces dépenses est une question de choix et de volonté politique et suppose un changement institutionnel requérant l'articulation des citoyens, des politiques, et des prestataires, selon un rapport de la Banque mondiale⁽¹⁾ auquel le Dr Soucat a participé en 2004. Trois principes doivent guider ce changement : rendre le système équitable, ce qui oblige à le faire reposer sur la dépense publique (impôt à assiette large) ; réduire la fragmentation ; évaluer la fonction « achats stratégiques », devenue un outil puissant, avec les nouvelles technologies de santé.

Pour rééquilibrer les dépenses (soins de santé primaires *versus* soins tertiaires), il faudrait utiliser de nouveaux outils budgétaires comme les taxes santé sur le tabac, le thé, l'alcool, destinées à changer les comportements. Afin de comprendre ce qui influence le plus les dépenses de santé publique, Agnès Soucat pointe la nécessité de développer l'intelligence du système grâce aux données (à protéger), au dialogue (États généraux de la santé) et à la décision politique (institutions pour évaluer le service rendu). Enfin, ce secteur étant productif, elle déplore le *numerus clausus* et toute limitation du nombre de professionnels de santé ! Fort heureusement, d'ici 2030, 80 millions d'emploi devraient être créés dans ce secteur.

1. Rapport sur le développement dans le monde 2004 : des services pour les pauvres, disponible sur <http://documents.banquemondiale.org>

**C'EST LA MANIÈRE DONT
LES GOUVERNEMENTS
FINANCENT LA PROTECTION
SOCIALE QUI IMPORTE**

D'après la conférence du DR AGNÈS SOUCAT, directrice du département de la gouvernance et du financement des systèmes de santé à l'OMS, enseignante à Sciences Po, 12 septembre 2019.