

Economie de la santé

IFSI

Damien BRICARD (Irdes)

5 et 10 juin 2024

Introduction

Qu'est-ce que l'économie?

- L'économie s'intéresse à l'«utilisation des ressources rares pour la satisfaction des besoins des hommes vivant en société », c'est-à-dire à la manière dont les hommes organisent leurs efforts pour mettre en valeur les ressources afin de satisfaire leurs besoins.
- L'économie est la science permettant de déterminer les conditions de la production la plus abondante possible et de la répartition la plus équitable de la richesse sociale entre les hommes en société.
- L'économie va permettre de répondre à trois questions essentielles de toute société :
 - ▶ Que produire ? Quels sont les biens que l'on souhaite consommer ?
 - ▶ Comment produire ? Quels sont les moyens les plus efficaces de produire ?
L'État doit-il intervenir ?
 - ▶ Pour qui produire ? La distribution des biens est-elle équitable ?



Introduction

Est-ce que l'approche économique s'applique à la santé et aux soins ? Oui

- Les individus/ la société ont des ressources limitées et doivent faire des choix entre différents objectifs possibles dans lesquels investir : santé, éducation, liberté....
- Les ressources utilisées pour produire de la santé sont rares et ont des usages alternatifs : il faut donc réaliser des arbitrages pour les utiliser de manière efficiente
- Les agents semblent agir de manière rationnelle :
 - ▶ Les demandes sont élastiques : quand le prix des soins diminue, la demande de soins augmente
 - ▶ Les médecins semblent agir de manière stratégique quand le patient ne dispose pas de toute l'information



Introduction

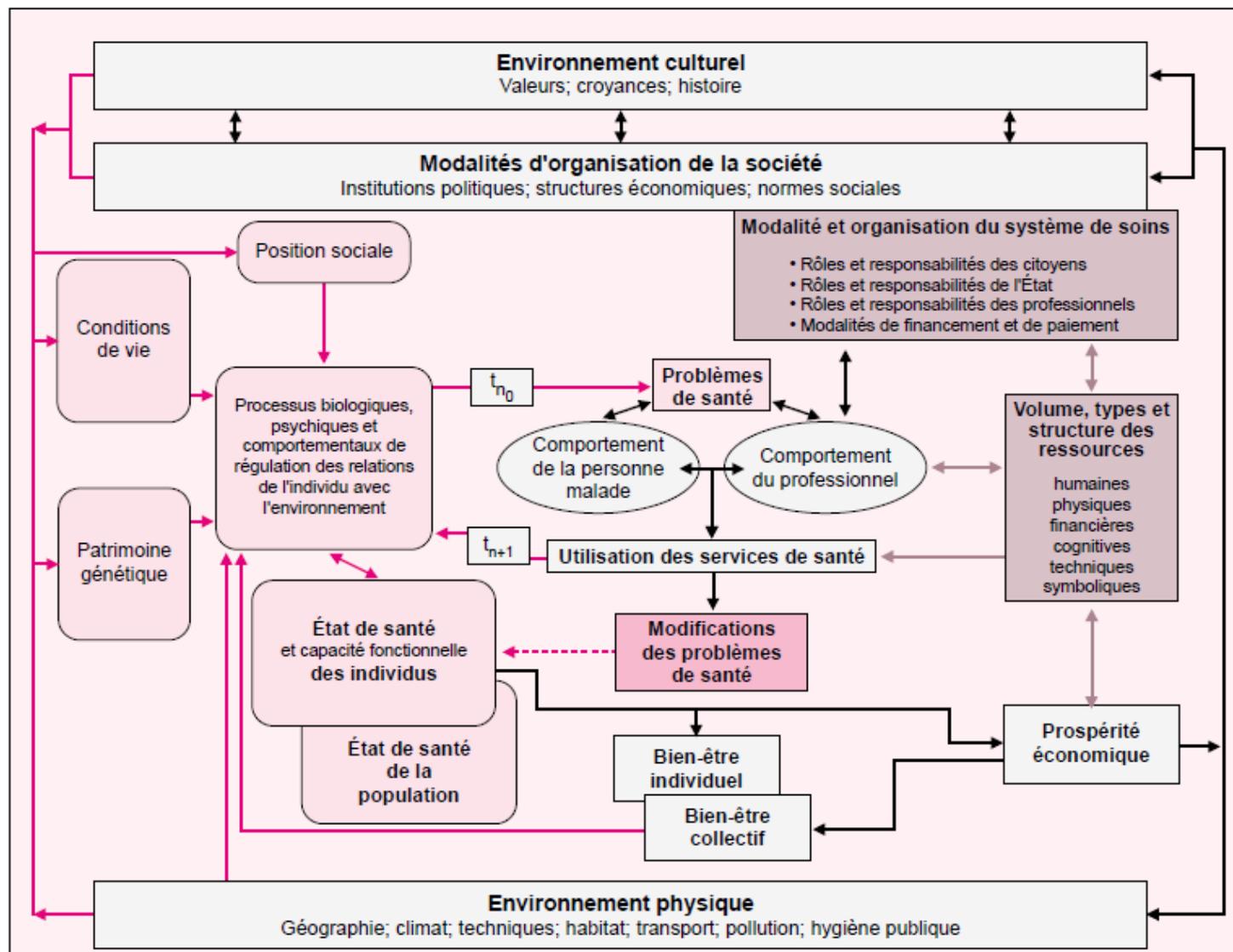
Quelles questions abordées par l'économie de la santé ?

- Quels sont les besoins des individus en matière de santé ? Quelle est la demande des individus en matière de santé (santé, soins, comportements à risque) ? Quels sont ses déterminants ? Est-t-elle toujours suffisante ?
 - Comment produire la santé ? Quelle organisation pour le système de soins ? Quels sont les soins les plus efficaces pour un coût donné ? Quel rôle pour l'Etat ?
 - Comment financer la santé ? Cette dépense doit-elle être financée individuellement ou collectivement par l'assurance, par l'Etat ?
 - Le système est-il juste, équitable ? Quelle est la redistribution opérée par le système ?
-



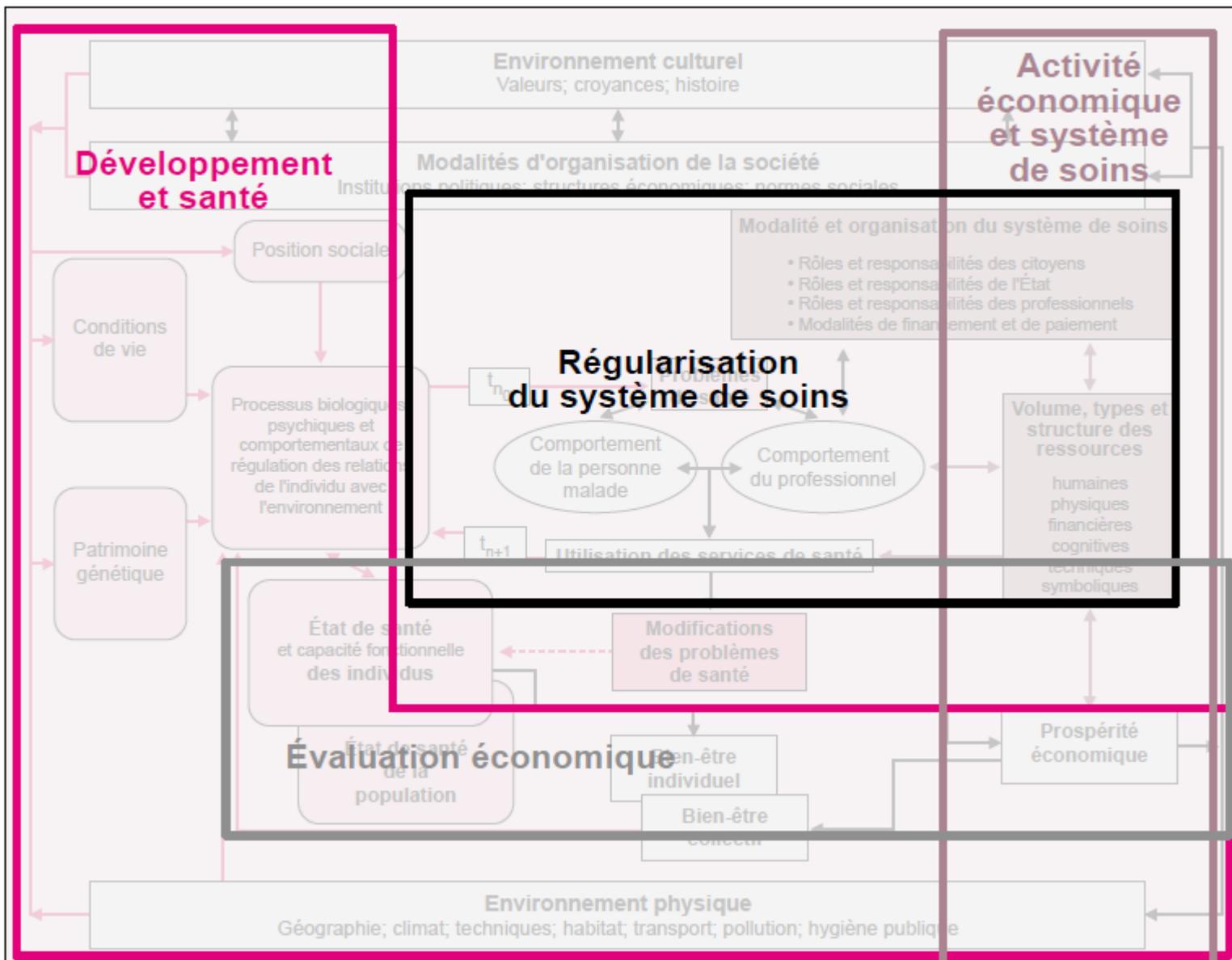
Introduction

Quelles questions abordées par l'économie de la santé ?



Introduction

Quelles questions abordées par l'économie de la santé ?



Plan du cours

1. La protection sociale et système de santé
2. Le système de santé en France
3. Quelques concepts d'analyse économique
4. La demande de soins
5. L'offre de soins



1 - Protection sociale et système de santé

1. *Système de santé et protection sociale*
2. *Système de santé, une organisation complexe*
3. *Quelques éléments de la mesure de performance*

Protection sociale

- ▶ **Jusqu'au XVII**, les risques de maladie, d'accidents du travail, de vieillesse
 - ▶ pris en charge par la famille étendue, les corporations et les confréries...
 - ▶ Les ordres religieux et les États royaux mettent en place les premiers dispositifs ou réseaux d'assistance aux pauvres (léproseries, aumôneries, hospices, hôpitaux)
- ▶ En Grande Bretagne, la reine Elizabeth I met en œuvre une politique d'ensemble de lutte contre la pauvreté : **Loi 1601: « Poor Law Act »...**

Tout habitant d'une paroisse a droit à une assistance, droit assorti de l'obligation de travailler pour la communauté (Workhouse) financée par une taxe spéciale équivalent au 6^{ème} des revenus fonciers.

⇒ Une des plus grandes controverses de la pensée économique ⇒ Toujours d'actualité!

Les économistes classiques (Smith, Ricardo) dénoncent les effets néfastes de ces lois qui « favorisent la natalité des pauvres, réduisent les salaires et aggravent la pauvreté ».

⇒ Conséquence des polémiques: renforcement des contraintes pour éviter que...

« les bénéficiaires ne soient incités à s'en satisfaire! »

⇒ Abolition des lois lors de la montée en puissance de la bourgeoisie industrielle.

- ▶ Des systèmes comparables se répandent dans toute l'Europe.

Protection sociale

- ▶ Ainsi, pendant la seconde moitié du XXème siècle, tous les pays européens ont progressivement étendu à la quasi-totalité des citoyens la couverture des risques sociaux. Celle-ci s'effectue de façon variable selon les pays.
Traditionnellement, on distingue :
 - ▶ les systèmes d'inspiration **bismarckienne** : principe d'assurance liée au travail
 - ▶ les systèmes d'inspiration **beveridgienne** : protection généralisée fondée sur la solidarité, indépendamment de toute activité professionnelle.
- ▶ Depuis plusieurs dizaines d'années, tous les pays européens, confrontés notamment à la très forte croissance des dépenses de santé, de chômage et de retraite, ont cherché à freiner les dépenses sociales.



Protection sociale, dépenses publiques

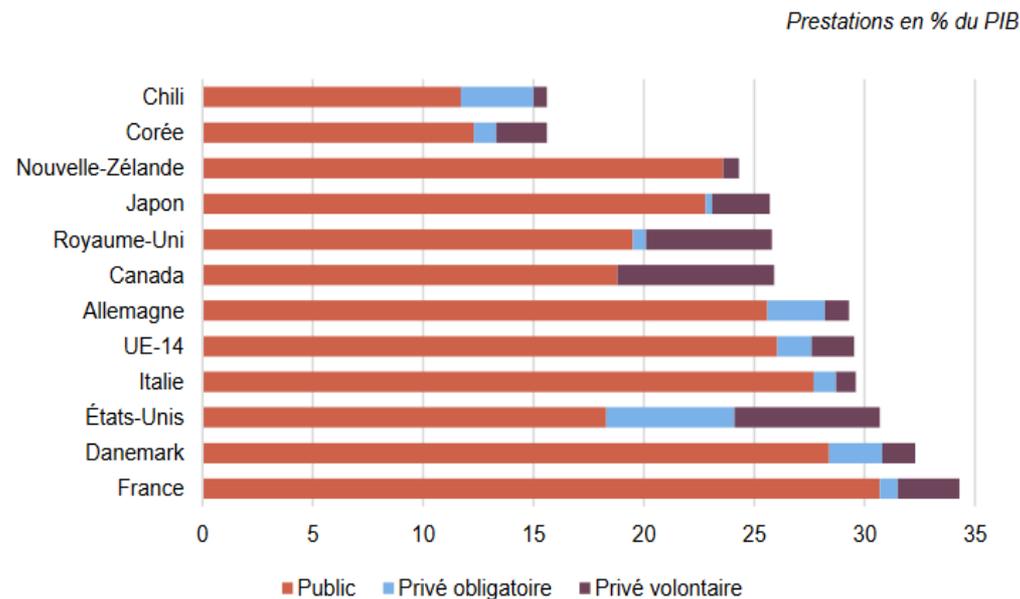
▶ Aujourd'hui ces systèmes ont pris une place considérable dans l'économie des pays industrialisés

▶ Particulièrement en France où les **dépenses sociales publiques** sont plus élevées dans le reste de l'OCDE... en 2019, 34,3% du PIB en France et 30,7% au titre des dépenses publiques

▶ *Donc 30,7 % du PIB vs.*

- ▶ 26,1% en moyenne en EU-14
- ▶ 25,6% en Allemagne
- ▶ 19,5% au Royaume-Uni
- ▶ 18,3% aux Etats-Unis
- ▶ 18,8% au Canada

Graphique 2 Prestations de protection sociale publiques et privées au sein des pays de l'OCDE en 2019 (nomenclature des dépenses de l'OCDE)



Note > Le champ des prestations couvertes ici est plus large que dans le reste de l'ouvrage. Il intègre notamment les prestations de protection sociale privées volontaires, ainsi que les dépenses d'éducation pour les enfants de moins de 6 ans et l'ensemble des prestations d'accompagnement des chômeurs.

Lecture > En 2019, les prestations sociales représentent 34,3 % du PIB en France selon l'OCDE, dont 30,7 % de prestations sociales publiques, 0,8 % de PIB de prestations privées obligatoires et 2,8 % de prestations privées volontaires.

Source > OCDE, Statistiques sur la protection sociale (SOCX).

Protection sociale – dépenses totales

En Europe

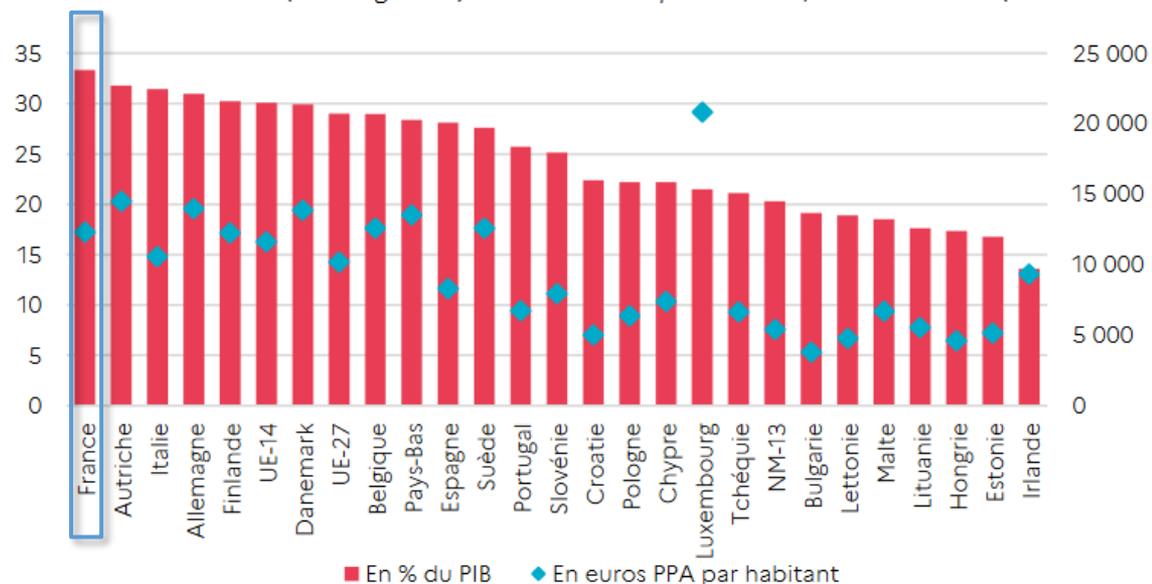
- ▶ En 2021, les dépenses de prestations de protection sociale (ensemble des transferts, en espèces ou en nature, aux ménages et aux individus, tous risques confondus hors éducation)

👉 29,0 % PIB dans l'UE-27

👉 10 200 € (PPA) / hab en France

Graphique 1 Prestations de protection sociale en Europe en 2021

Prestations en % du PIB (axe de gauche) et en euros PPA par habitant, base France = 1 (axe de droite)



Note > Les pays apparaissant sur ce graphique sont ceux qui ont fourni à Eurostat des estimations précoces de leurs dépenses de protection sociale en 2021 : il s'agit de tous les pays de l'UE-27, à l'exception de la Grèce, de la Roumanie et de la Slovaquie. Pour le calcul des moyennes européennes (UE-27, UE-14 et NM-13), nous avons utilisé pour chaque État les chiffres de la dernière année disponible (2021 en cas d'envoi d'estimations précoces à Eurostat, 2020 pour la Grèce, la Roumanie et la Slovaquie). Les parités de pouvoir d'achat (PPA) présentées ici neutralisent les différences de prix propres à chaque pays et utilisent la France comme pays de référence, de telle sorte que chaque euro corresponde à un « euro français ». Elles proviennent des données d'Eurostat sur les indices de niveaux des prix, calculés sur la base de la dépense de consommation finale des ménages.

Lecture > En 2021, les prestations sociales représentent 31,0 % du PIB en Allemagne. En PPA, les dépenses de prestations sociales allemandes s'élèvent à 14 200 euros PPA par habitant.

Source > Eurostat, Sespros.

Graphique 4 Structure des prestations par risque en 2021

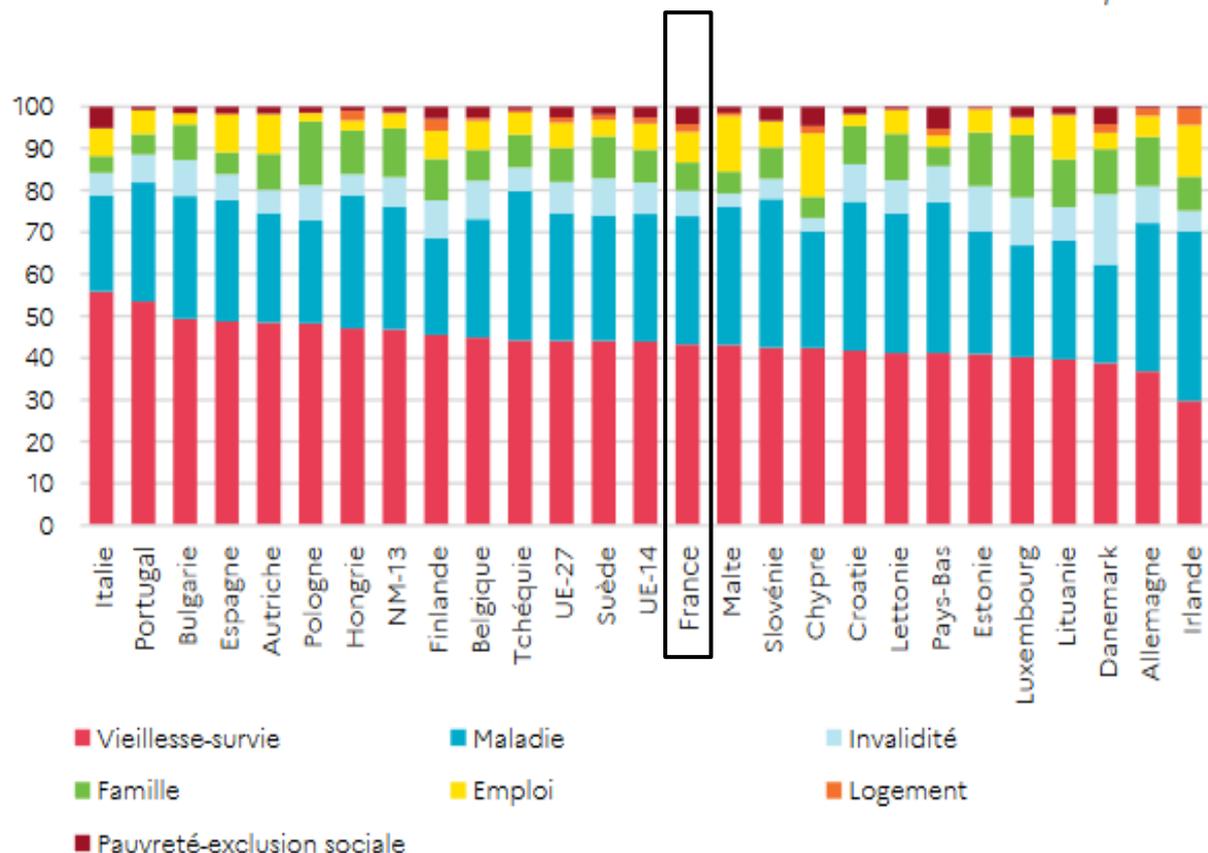
En Europe

En % du total des prestations

► Disparité en Europe :

En 2021, les dépenses au titre de la fonction vieillesse-survie constituent le 1^{er} poste de dépenses de prestations (pensions de retraite, ~44% en moyenne dans l'UE-27) à l'exception de l'Irlande

Le risque maladie-soins de santé est le 2^{ème} poste de dépenses de prestations (~30%) du total des prestations dans l'UE



Note > Les pays apparaissant sur ce graphique sont ceux qui ont fourni à Eurostat des estimations précoces de leurs dépenses de protection sociale en 2021 : il s'agit de tous les pays de l'UE-27, à l'exception de la Grèce, de la Roumanie et de la Slovaquie. Pour le calcul des moyennes européennes (UE-27, UE-14 et NM-13), nous avons utilisé pour chaque État les chiffres de la dernière année disponible (2021 en cas d'envoi d'estimations précoces à Eurostat, 2020 pour la Grèce, la Roumanie et la Slovaquie).

Lecture > En 2021, en Allemagne, le total des prestations sociales est composé à 37 % des prestations vieillesse-survie, à 35 % des prestations maladie, à 9 % des prestations invalidité, à 12 % des prestations famille, à 5 % des prestations emploi, à 2 % des prestations logement et à 1 % des prestations pauvreté-exclusion sociale.

Source > Eurostat, Sespros.

1 - Protection sociale et système de santé

1. *Système de santé et protection sociale*
2. *Système de santé, une organisation complexe*
3. *Quelques éléments de la mesure de performance*

Systeme de sante, des objectifs ambitieux

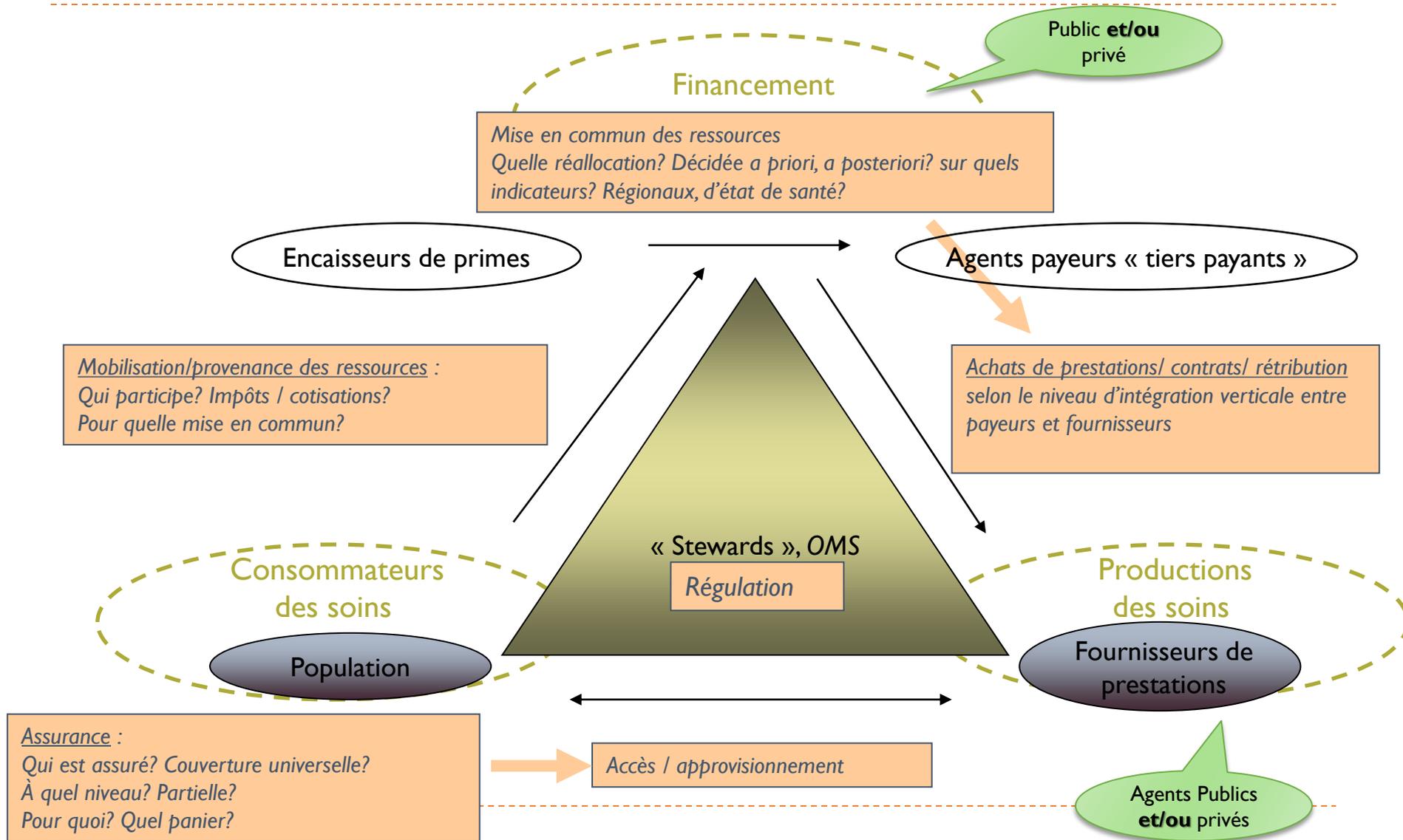
▶ OMS (2000)

- ▶ Le premier objectif d'un systeme de sante est **l'amelioration de la sante** mais en raison du cout parfois catastrophique des soins et de leur imprevisibilite, il importe de mettre en place des mecanismes garantissant la repartition des risques et une protection financiere.
- ▶ Le deuxieme objectif d'un systeme de sante doit etre **l'equite de la contribution financiere** → intervention publique
- ▶ Le troisieme objectif : la capacite de **repondre aux attentes de la population** dans des domaines autres que celui de la sante reflete la necessite de respecter la dignite et la liberte des personnes ainsi que la confidentialite de l'information.

Systeme de sante, organisation complexe

- ▶ Un environnement dans lequel...
 - ▶ de nombreux acteurs sont liés par des relations différentes selon les systèmes
 - ▶ La circulation de l'information va dépendre de la nature des relations entre les acteurs
 - ▶ La capacité de réguler le système va dépendre du système et des leviers différents seront disponibles.

Systeme de sante, organisation complexe



Systeme de sante, organisation complexe

A l'intérieur de ce cadre, plusieurs types de systemes ...

1. Les typologies classiques ont des caracteristiques qui les identifient
2. ... mais qui evoluent avec les systemes eux-memes

Dans tous les systemes, les **relations d'agence*** sont nombreuses et differentes

□ **Le probleme d'agence** (Jensen M. et Meckling : « Agency costs and the theory of the firm », *Journal of financial economics*, 1976)

Une relation d'agence est associee a un contrat qui regle le transfert / la delegation par le Principal (une ou plusieurs personnes) d'un droit de decision a une autre personne (l'Agent) afin que dernier agisse en son nom **et dans son interet**

Avec potentiellement dans cette « separation » entre propriete et capital une source d'inefficacites... these deja avancee par Bearle et Means (1932)

Divergence des interets entre proprietaires et managers dans des firmes  des couts et des difficultes pour les actionnaires a controler les dirigeants.



Systeme de santé, organisation complexe

Des éléments de théorie économique... relations d'agence*

Par exemple, dans la relation « Patient – Médecin »

- ▶ le **patient** (le principal) délègue la décision de son traitement au **médecin** (l'agent) et il y a présence d'**asymétrie d'information**.
- ▶ Le patient doit déléguer la décision, car il ne possède pas toute l'information pour traiter sa condition et c'est le médecin, l'expert, qui établit le diagnostic et choisit le traitement.

Par exemple, dans la relation « Payeur – Médecin »

- ▶ L'**assureur public** (financeur principal des soins) est également le principal du **médecin** ou de l'hôpital, car il délègue le choix du médicament et du traitement au médecin ou à « l'hôpital » (quantitatif et qualitatif).
 - ▶ Le médecin est donc dans un certain conflit d'intérêts, car il a deux agents qui ont des buts différents.
 - ▶ Mais il peut aussi y avoir collusion entre le patient et le médecin lorsque leurs intérêts convergent au détriment de l'assureur public ou privé (financeur) (Ma et Mac Guire, 1997)

Les typologies « classiques »

Se distinguent par ...

- ▶ Le mode de financement (impôts / cotisations sociales / primes)
- ▶ Le mode de gestion (Etats / caisses / assureurs privés)
- ▶ Les relations entre financeurs / structures et professionnels (fonctionnaires / indépendants avec contrats collectifs / négociations individuelles) construites autour ...
 - ▶ des modes de rémunération des professionnels et/ou des structures [salaire / capitation ou dotations budgétaires vs paiement à l'acte]
 - ▶ d'une organisation de la production de soins : degré d'intégration du système, articulation médecine de première ligne/médecine spécialiste, ratio médecine générale/médecine spécialisée
 - ▶ et donc de filières patients, contrôle de l'accès aux soins spécialisés et/ou hospitalier.



Les typologies « classiques »

Modèle Bismarckien (1)

Du nom du chancelier allemand Bismarck qui fait voter la « sozialpolitik » en 1881 (système d'assurances sociales)...



« L'État doit promouvoir positivement par des institutions appropriées et en utilisant tous les moyens dont la collectivité dispose, le bien-être de tous ses membres et notamment des faibles et des nécessiteux ».

- ▶ le modèle est fondé sur la relation salariale
 - ▶ Affiliation conditionnée à l'exercice d'une profession
 - ▶ Financement assuré par les salariés et employeurs (cotisations sociales)
 - ▶ Frais de soins généralement pris en charge par les caisses d'assurance maladie dont la gestion est tantôt centralisée (France) tantôt régionalisée (Allemagne). L'ouverture de droits aux prestations dépend de la qualité de cotisant de la personne.
 - ▶ Caractère obligatoire (dès 1883 pour les ouvriers à bas salaire) et national de ces assurances et de leur gestion par les partenaires sociaux.
-



Les typologies « classiques »

Modèle Bismarckien (2)

- ▶ Le modèle dispose en général des caractéristiques suivantes :
 - ▶ L'offre de soins en général mixte (publique et privée)
 - ▶ Le choix du médecin (par le patient) est souvent libre
 - ▶ Le statut libéral du médecin
- ▶ Ce système se retrouve notamment en Allemagne, en France, en Belgique, en Autriche et dans la plupart des pays d'Europe centrale.

- ▶ Les problèmes de ce modèle :

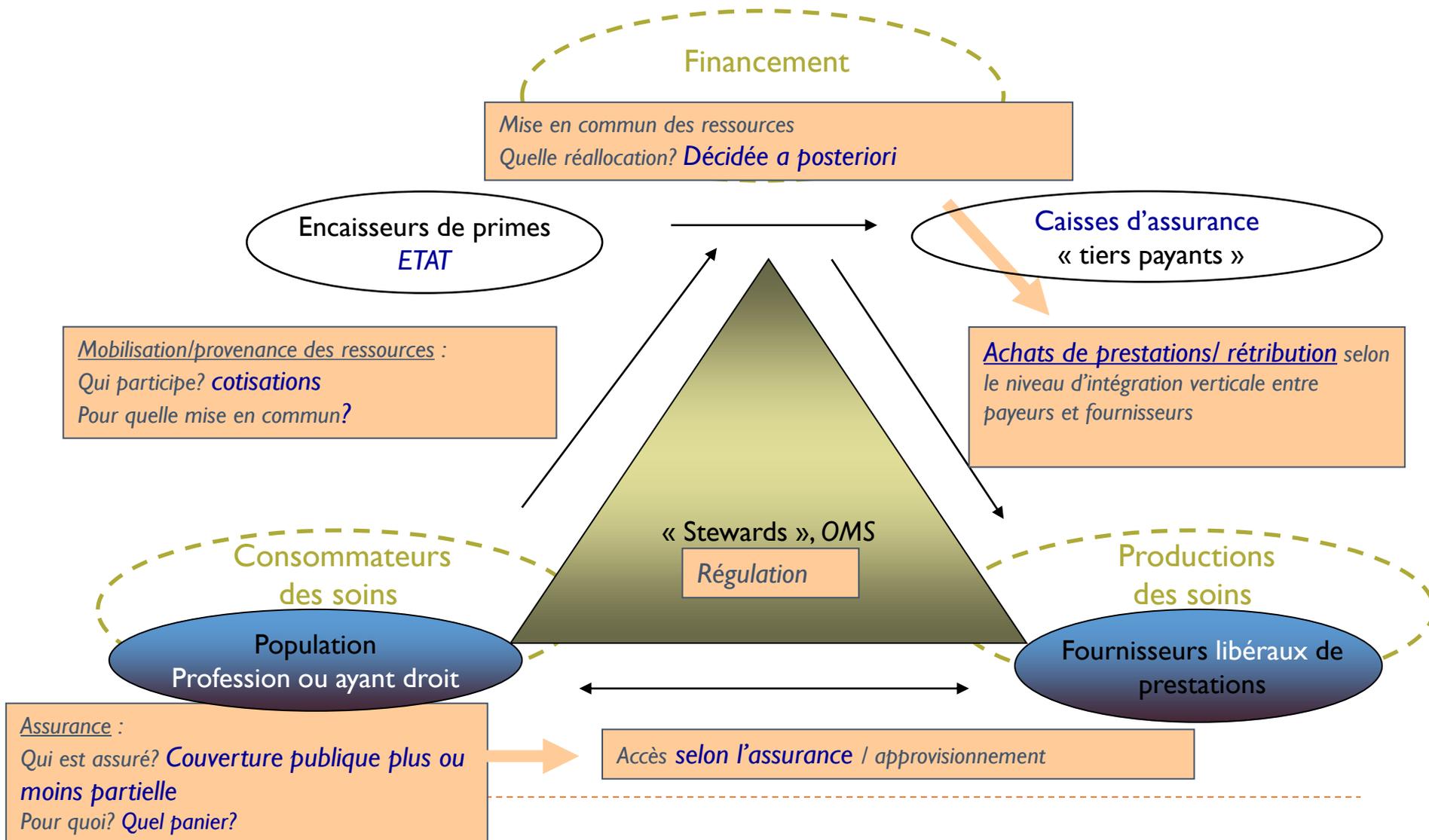
- ▶ absence de maîtrise des dépenses de santé ➡ des déficits persistants des caisses d'assurance maladie.
- ▶ augmentation des cotisations et de la contribution des malades aux frais des soins.

La régulation de l'offre des soins ainsi que l'introduction des méthodes de gestion privée figurent au cœur des réformes dans ces pays.



Les typologies « classiques »

Modèle Bismarckien (3)



Les typologies « classiques »

Modèle Beveridgien (1)

Du nom de Lord Beveridge qui dote la Grande Bretagne en 1942 d'un nouveau système « Welfare State » ...

«Le but est d'enrayer la misère, la maladie, l'ignorance, la saleté, l'oisiveté ».



- ▶ le modèle est une couverture universelle sur critère de citoyenneté
 - ▶ Couverture universelle et donc principe de gratuité affiliation sur critère de résidence sur le territoire national
 - ▶ Financement assuré par l'impôt
 - ▶ Forte prédominance du secteur public : organisation de la production par un système national qui offre des prestations uniformes et indépendantes des revenus.
 - ▶ Unité de gestion, en général l'état avec des degré de décentralisation divers selon les pays.
-



Les typologies « classiques »

Modèle Beveridgien (2)

- ▶ Le modèle dispose en général d'une organisation de la production de soins au sein d'un système national :
 - ▶ Les hôpitaux appartiennent aux collectivités publiques
 - ▶ Salariat pour les médecins ; à l'hôpital pour les MG soit sous contrat avec le NHS (UK) soit salariés par les centres de santé locaux (Suède, Finlande).
 - ▶ Le choix du médecin par le patient est « contraint »

Le Danemark, la Finlande, la Suède, l'Irlande sont associés au modèle anglais avec de fortes disparités

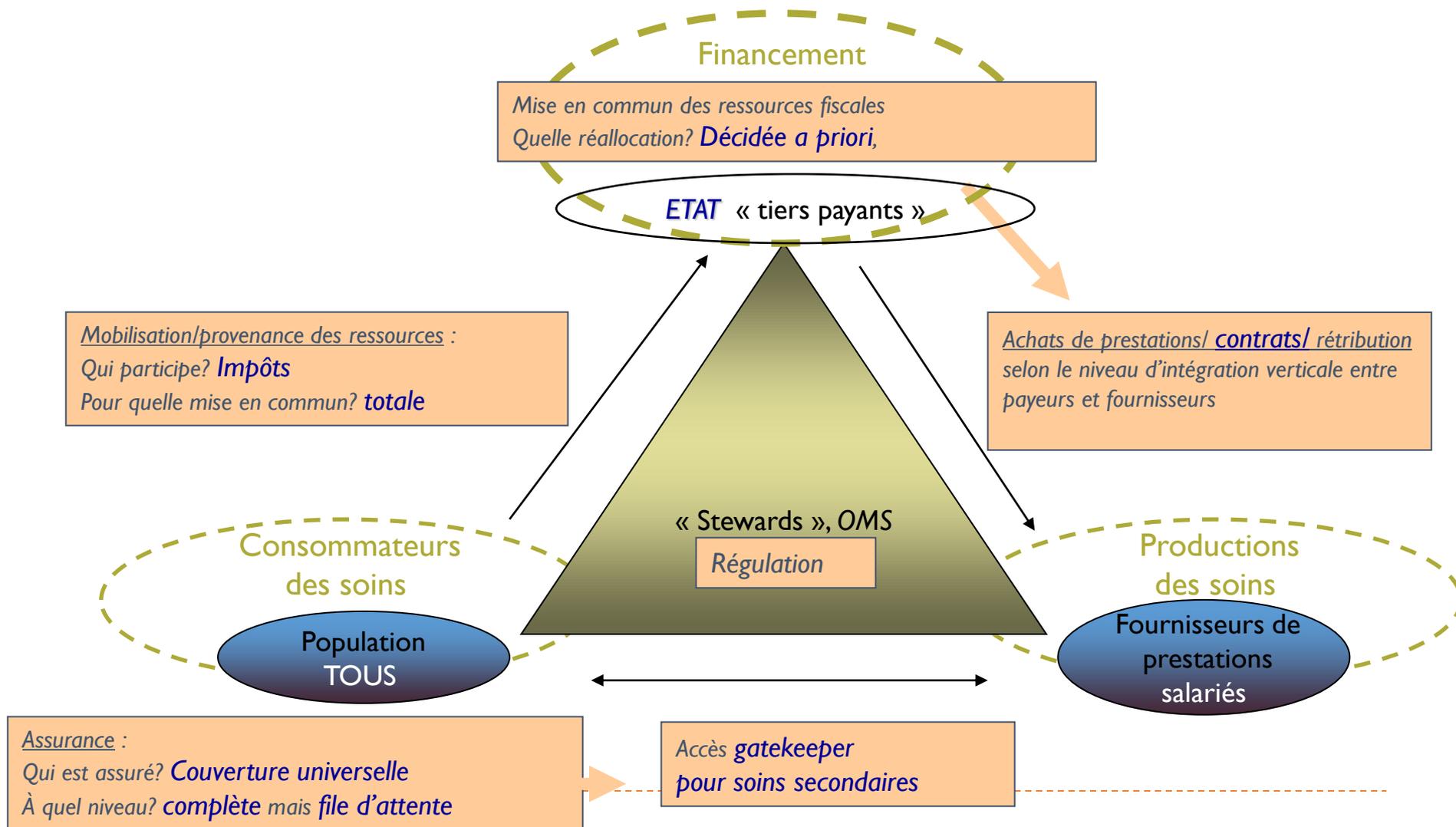
- ▶ Les problèmes de ce modèle sont ceux d'une régulation étatique :
 - ▶ si bonne capacité à limiter les dépenses, le corollaire est le rationnement quantitatif des soins → longueur des listes d'attente du fait du manque d'investissement et de la lourdeur de l'organisation du système

Les réformes des années 1990 organisent l'introduction des mécanismes de marché : mise en concurrence entre les acteurs de santé, recours à des modes de rémunération plus incitatifs des médecins ou responsabilisation des gestionnaires de santé.



Les typologies « classiques »

Systeme de santé, beveridgien



Les typologies « classiques »

Assurances privées (1)

Il peut exister en parallèle un système public plus ou moins important qui garantit l'accès aux soins à des populations ciblées.

La caractéristique clé des *Managed Care Organisations* est l'introduction de restrictions verticales différentes selon des systèmes qui co-existent:

- ▶ **Les assureurs sont « acheteurs de soins »** créant un réseau pour l'assuré et mettant en concurrence les prestataires. Ils jouent le rôle d'intermédiaire entre l'utilisateur et le financeur.
 - ▶ Abonnement d'un individu auprès d'un assureur
 - ▶ Accès à un réseau organisé de professionnels médicaux, paramédicaux, établissement de soins...
 - ▶ L'assureur reçoit une rémunération forfaitaire du financeur public.
- ▶ **Concurrence entre assureurs** (choix individuel de l'assureur / choix du contrat)

Assurance privée, pas de mutualisation des risques.
- ▶ **Un système public peut exister en parallèle.**



Les typologies « classiques »

Assurances privées (2)

- ▶ Ce type d'organisation est fondé sur une relation contractuelle entre le payeur et le fournisseur qui lui permet de :
 - ▶ Négocier directement
 - ▶ les prix des soins avec les prestataires (rapport prix/volume)
 - ▶ les volumes en rationnant les quantités de soins.
 - ▶ Combattre le risque moral des médecins (i.e la demande induite) en
 - ▶ évitant le tourisme médical avec la mise en place d'un médecin référent (gatekeeper) et d'un réseau complet de prestataires
 - ▶ Sélectionnant les médecins "économiques".
 - ▶ Réduire les coûts de transaction ➡ plus de concurrence dans le secteur de l'assurance maladie ➡ diminution des taux de chargement.
 - ▶ Privilégier la médecine préventive (campagne de vaccination) et orienter la recherche médicale vers des innovations médicales moins coûteuses.
- ▶ Les problèmes de ce modèle : les MCOs doivent :
 - ▶ Satisfaire aussi bien les patients que les financeurs (employeurs)
 - ▶ Organiser, coordonner et négocier avec les prestataires de soins.
 - ▶ Maximiser leurs profits, pour satisfaire les actionnaires (pérennité)



Les typologies « classiques »

Les modèles en Europe

- ▶ De grandes disparités au sein de chaque type par exemple...
 - ▶ Le Danemark, la Finlande, la Suède, l'Irlande se différencient du modèle UK par le degré de décentralisation dans la gestion des soins :

en UK, la responsabilité principale de la gestion des soins relève de l'Etat, elle incombe par contre aux municipalités dans les trois pays scandinaves (Danemark, Finlande, Suède).

Systèmes nationaux/publics		Assurances sociales	
Danemark	Italie	Allemagne	Autriche
Espagne	Portugal	France	Belgique
Finlande	Royaume-Uni	Pays-Bas	Luxembourg
Grèce	Suède		
Irlande			

- ▶ Et surtout des systèmes en constante évolution :
 - ▶ **vers des systèmes mixtes qui mêlent des caractéristiques des différents modèles**
 - ▶ **Vers des systèmes mixtes publics / privés**



Systeme de sante, une autre typo...

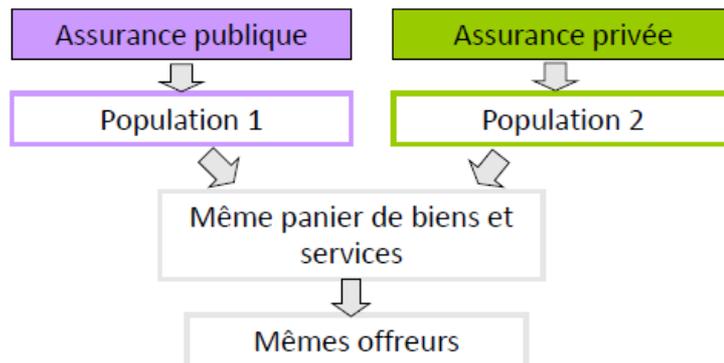
Articulation Regime Oblig/RComplement

Les concepts OCDE de RO/RC

	Statut juridique public / privé	
Caractère obligatoire ou non	Public obligatoire	Privé obligatoire
		Privé facultatif

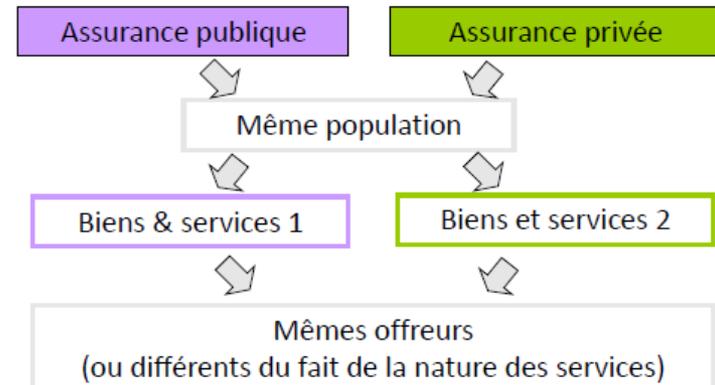
L'assurance privée peut jouer des rôles différents, elle peut être...

... **primaire ou substitutive** si cette couverture maladie de base pour une fraction de la population



US
 Allemagne (11% - mais est devenue oblig. en 2009 → bascule dans les comptes OCDE)
 Espagne (fonctionnaires – 5%)

... **supplémentaire** si elle couvre des biens et services non couverts par l'assurance publique



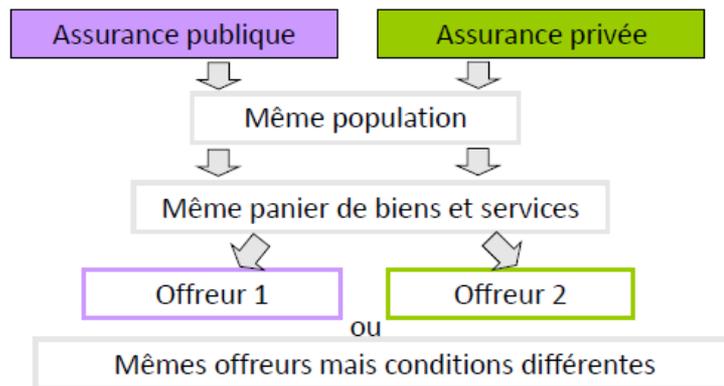
US Medigap
 Canada (gratuité sur panier de soins limité)
 Pays-Bas (soins dentaires pour adultes, kinésithérapie, lunettes,...)
 France chambres particulières

Systeme de sante, une autre typo...

Articulation Regime Oblig/RComplement

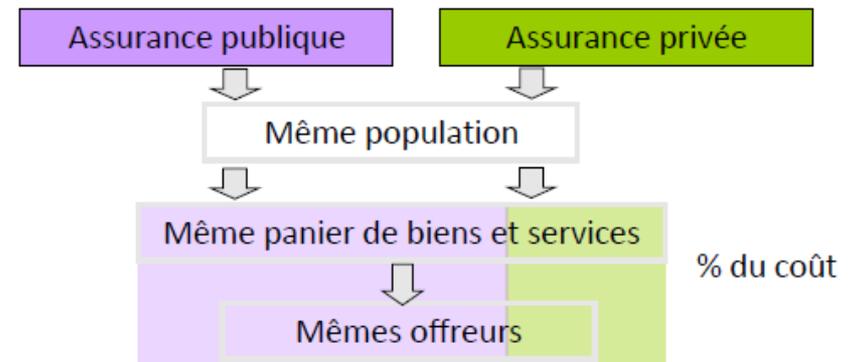
- ▶ **L'assurance privée** peut jouer des rôles différents, elle peut être...

... **duplicative** si elle s'ajoute à l'assurance publique pour financer un accès ++ ou une qualité ++ (notamment via l'accès à des prestataires privés)



Espagne - 16% de la pop., 4.4% des dépenses de santé - Recours à des réseaux de médecins et hôpitaux privés, accès plus rapide.
RU - 10.5% de la pop., 3.5% des dépenses - Accès aux médecins du NHS avec exercice privé (hosp. publics ou privés)
Irlande - 44% de la pop. Traitement en lit privé dans les hôpitaux publics ou en hôpital privé, accès plus rapide

... **complémentaire** si elle couvre plus ou moins partiellement les frais laissés à la charge de l'utilisateur par le système public



France

Slovénie

Belgique mais dans une moindre mesure

Systeme de sante, une autre typo...

Articulation Régime Oblig/ R Complément

- ▶ Toutes les configurations ont des effets pervers
- ▶ Assurance **complémentaire** – des inconvénients... aussi!
- ▶ Le co-financement quasi-systématique des dépenses de santé
 - ▶ exonère l'assureur public de l'obligation d'assurer, à lui seul, un socle de protection suffisant pour garantir l'accès aux soins, comme dans d'autres pays (ex RAC hospitaliers)
 - ▶ Paradoxalement, un système globalement généreux (RAC moyen faible), mais qui laisse une incertitude au niveau individuel sur ce qui peut rester à payer - Méconnaissance des situations individuelles problématiques (pas de chaînage des données RO – RC)
 - ▶ Tentation de faire bouger le curseur en considérant que c'est globalement neutre pour les assurés

Le système français est bien dans ce cadre de financement, bien spécifique!



1 - Protection sociale et système de santé

1. *Système de santé et protection sociale*
2. *Système de santé, une organisation complexe*
3. *Quelques éléments de mesure de la performance*

La performance des systèmes de santé

- ▶ Les comparaisons internationales des systèmes de santé: intérêt des chercheurs, des décideurs et des acteurs depuis plusieurs décennies.
- ▶ Les indicateurs et dimensions analysés vont dépendre des «commanditaires» et de l'usage attendu
 - ▶ 1^{er} rapport OCDE sur la santé 1985 (depuis les données s'enrichissent: dépenses, coûts et résultats des systèmes de santé, dans un cadre d'analyse pour évaluer les performances)
 - ▶ De nombreux articles académiques ont cherché à analyser l'efficacité globale du système.
 - ▶ L'OMS a publié en 2000 un classement mondial de 191 systèmes de santé en fonction de leur performance, le *Commonwealth Fund* utilise des comparaisons internationales pour promouvoir des changements dans le système de santé américain, le *Health Consumer Power House* produit un classement des systèmes de santé européens en fonction de leur convivialité à l'égard des usagers (France = 11^{ème} sur 35 en 2016).
- ▶ Les dimensions de la performance sont multiples, ont évolué au cours du temps et sont rarement dénuées de jugements de valeur
 - ▶ l'amélioration de l'état de santé attribuable au système de soins,
 - ▶ la qualité des soins,
 - ▶ la capacité du système à répondre aux attentes des populations,
 - ▶ l'équité dans l'accès aux soins et
 - ▶ l'efficacité productive

Analyse de la performance ...

Un exercice difficile

- ▶ La mesure de la performance nécessite de nombreuses données pour construire des indicateurs reconnus pour leur validité, stabilité dans la mesure, leur sensibilité au changement et leur pertinence, soit leur capacité à caractériser l'impact des actions du système de santé...
- ▶ Considérer une mesure composite de la performance globale a plusieurs inconvénients
 - ▶ « normalise » des objectifs qui peuvent légitimement différer (sur l'équité par exemple)
 - ▶ ne rend pas compte des éventuels *trade-off* entre les différents objectifs (accès-qualité, coût-qualité, etc.)
 - ▶ Synthétise différentes dimensions avec un indicateur composite, elle masque des disparités de performance pour chacune d'elle.
- ▶ Il est souvent plus intéressant d'observer les performances sur chacune des dimensions pertinentes pour le système en question, pour en tirer des conséquences opérationnelles et conduire à des améliorations.

2-Systeme de santé en France

1. *Protection sociale et système de santé en France*
2. *La gouvernance de la sécurité sociale*
3. *Les acteurs du système de santé*
4. *Le financement du système de santé*

Protection sociale en France

- ▶ En France, **les fondateurs** de la sécurité Sociale s'inspirent des travaux de Beveridge pour préparer l'ordonnance de 1945.
- ▶ **Principes fondateurs:**
 - ▶ **UNIVERSALITÉ** : couvrir tous les travailleurs salariés pour l'ensemble de leurs risques,
 - ▶ **UNITÉ** : un seul régime (général) sachant que les régimes indépendants sont provisoirement maintenus avec une idée de régime unique... Objectif jamais atteint
 - ▶ **UNIFORMITÉ** : prestations et cotisations uniformes
 - ▶ **AUTONOMIE DE GESTION** : gestion paritaire.
- ▶ Par empilement des régimes existants, toute la pop. est couverte en 20 ans!
- ▶ Un ticket modérateur fixé à 20% : exonération pour les malades de longue durée

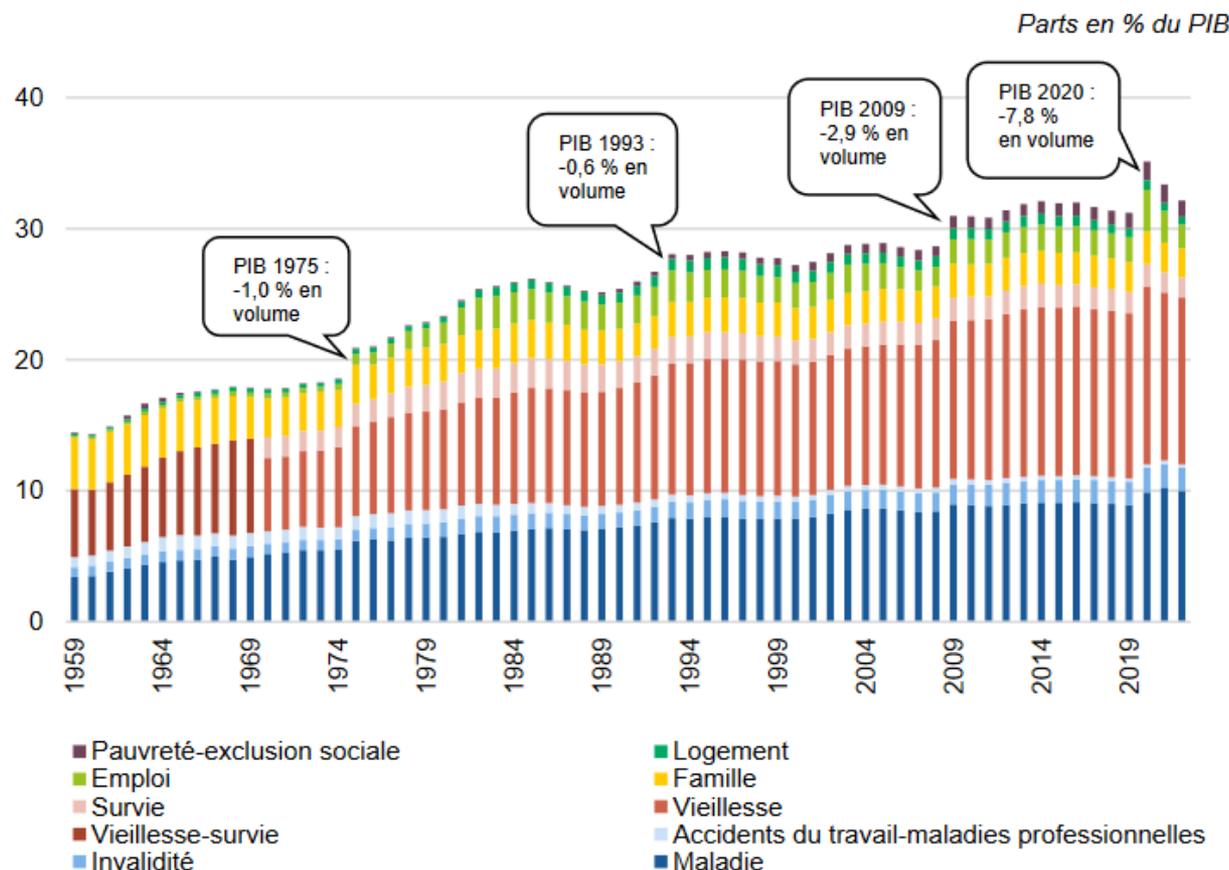
Puis, finalement...

- ▶ Ni les cotisations ni les prestations ne sont unifiées...
- ▶ L'organisation et le mode de calculs tendent à rapprocher le système français du système de Bismarck, mais l'existence de nombreux minima sociaux (RMI, RSA, CMUC, etc.) lui confère aujourd'hui des caractéristiques d'un système de Beveridge.

Protection sociale en France

- ▶ Le poids des prestations sociales a plus que doublé (en % de PIB) en France en 50 ans.

Graphique 3 Part des prestations sociales dans le PIB en France depuis 1959



Note > La distinction entre les risques vieillesse et survie n'est pas disponible avant 1970.

En 1975, 1993, 2009 et 2020, le PIB a fortement baissé en volume, entraînant une hausse marquée de la part des prestations sociales dans le PIB.

Lecture > En 2022, les prestations de protection sociale représentent 32,2 % du PIB. Parmi ces prestations, celles du risque maladie représentent 10,0 % du PIB.

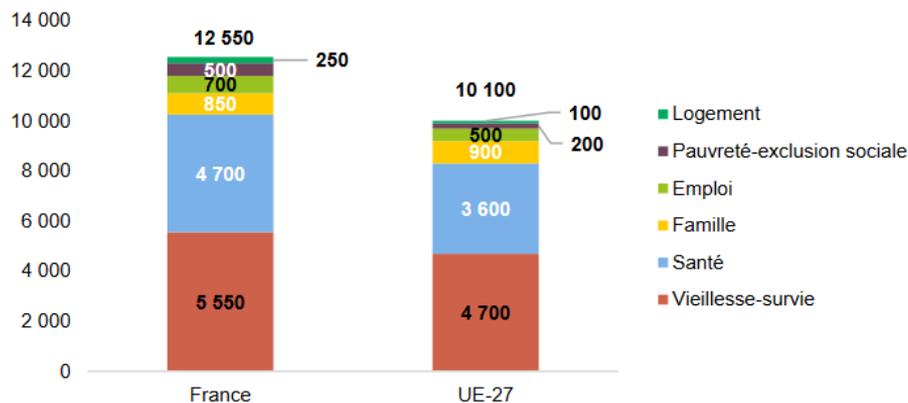
Sources > DREES, CPS ; Insee, comptes nationaux.

Les prestations en France en 2022

▶ Les deux risques majeurs : **santé** et **vieillesse**

Graphique 5 Prestations sociales par risque en moyenne par habitant en France et en Europe pour l'année 2022

Montants moyens en euros et en parité de pouvoir d'achat pour l'UE-27 (base 1 = France)



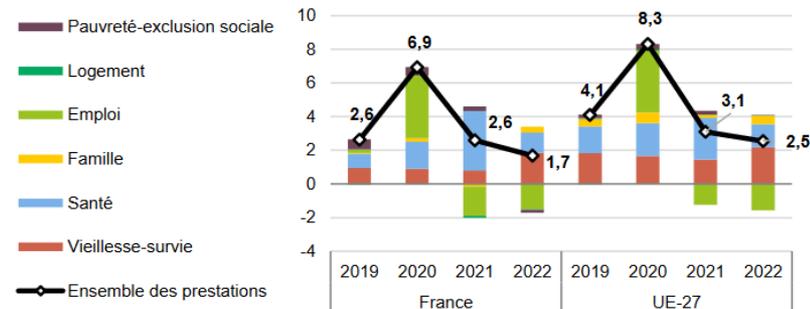
Lecture > En 2022, en France, rapporté à l'ensemble de la population, le montant des prestations sociales s'élève à 12 550 euros en moyenne par habitant, dont 5 550 euros au titre du risque vieillesse-survie. Dans l'UE-27, le montant moyen de prestations sociales par habitant en parité de pouvoir d'achat (PPA) est de 10 100 euros, dont 4 700 euros versés par habitant en PPA au titre du risque vieillesse-survie (soit 46 % du total des prestations).

Sources > Eurostat, Sespros ; DREES, CPS ; Insee, bilan démographique 2022 ; Eurostat, estimations de population.

▶ L'évolution est aussi atypique que la période !

Graphique 1 Prestations de protection sociale en France et en Europe : évolutions entre 2019 et 2022 et contributions des différents risques sociaux

Évolutions en %, contributions en points de pourcentage



Lecture > En 2022, en France, le risque vieillesse-survie contribue pour 1,9 point à la croissance de l'ensemble des prestations de protection sociale, qui s'établit à 1,7 %. Dans l'UE-27, le risque vieillesse-survie contribue pour 2,2 points à la croissance de l'ensemble des prestations, qui s'établit à 2,5 %.

Sources > Eurostat, Sespros ; DREES, CPS.



Financement en France

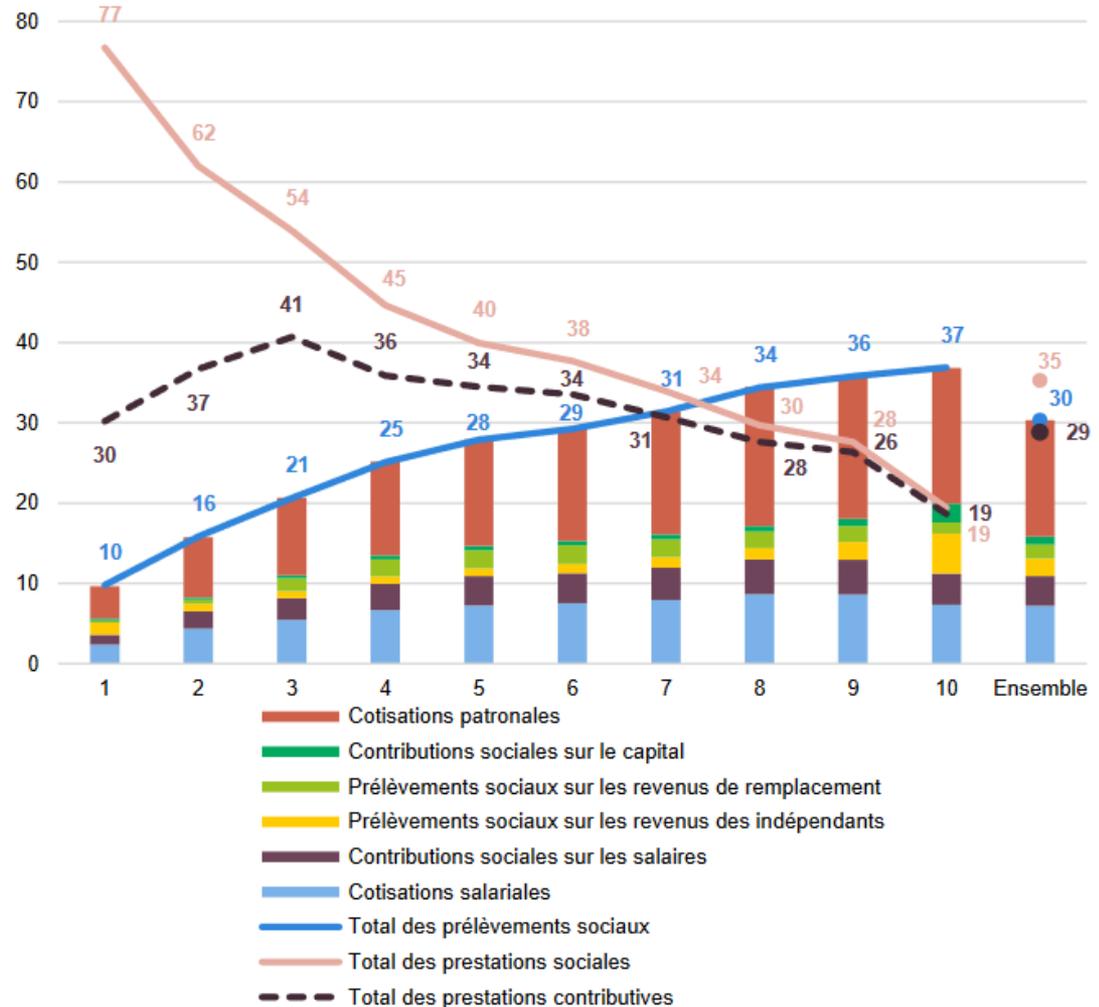
▶ En 2022

▶ Redistribution opérée par le système de protection sociale

- ▶ Les prélèvements sociaux rapportés au revenu disponible croissent en fonction du niveau de vie des ménages, à l'inverse des prestations sociales

Graphique 1 Prélèvements sociaux et prestations sociales rapportés au revenu disponible des ménages selon leur niveau de vie

En %



Note > Les dixièmes partagent la population des individus en dix sous-populations de taille égale, classées par ordre croissant de niveau de vie. Les montants mensuels moyens sont calculés en moyenne sur les ménages. La définition du revenu disponible commenté dans ce graphique est « élargie », au sens où elle intègre le chèque énergie, le complément de libre choix du mode de garde et les bourses d'études de l'enseignement secondaire.

Lecture > Les prestations sociales du premier dixième de niveau de vie représentent en moyenne 77 % du revenu disponible.

Champ > France métropolitaine, population résidant en logement ordinaire dont le revenu est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.

Sources > Modèle Ines 2022 (Insee-DREES-CNAF) ; enquête Revenus fiscaux et sociaux 2020 actualisée 2022 ; calculs DREES.

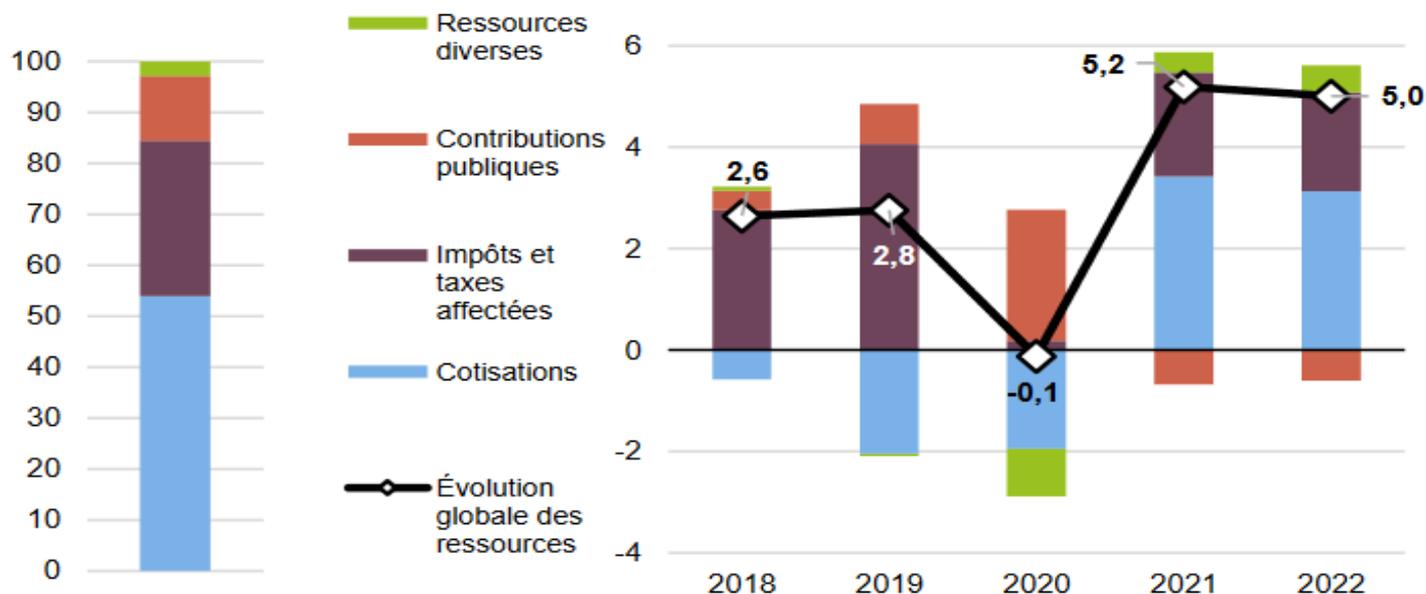
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-02/PTROTSOC23MAJ130224.pdf>

Financement en France en 2022

► Une année 2020 atypique!

Graphique 6 Ressources de la protection sociale en France : structure 2022, évolutions entre 2018 et 2022 et contributions des différentes composantes

Parts et évolutions en %, contributions en points de pourcentage



Note > Les transferts internes aux régimes de protection sociale sont exclus des ressources.

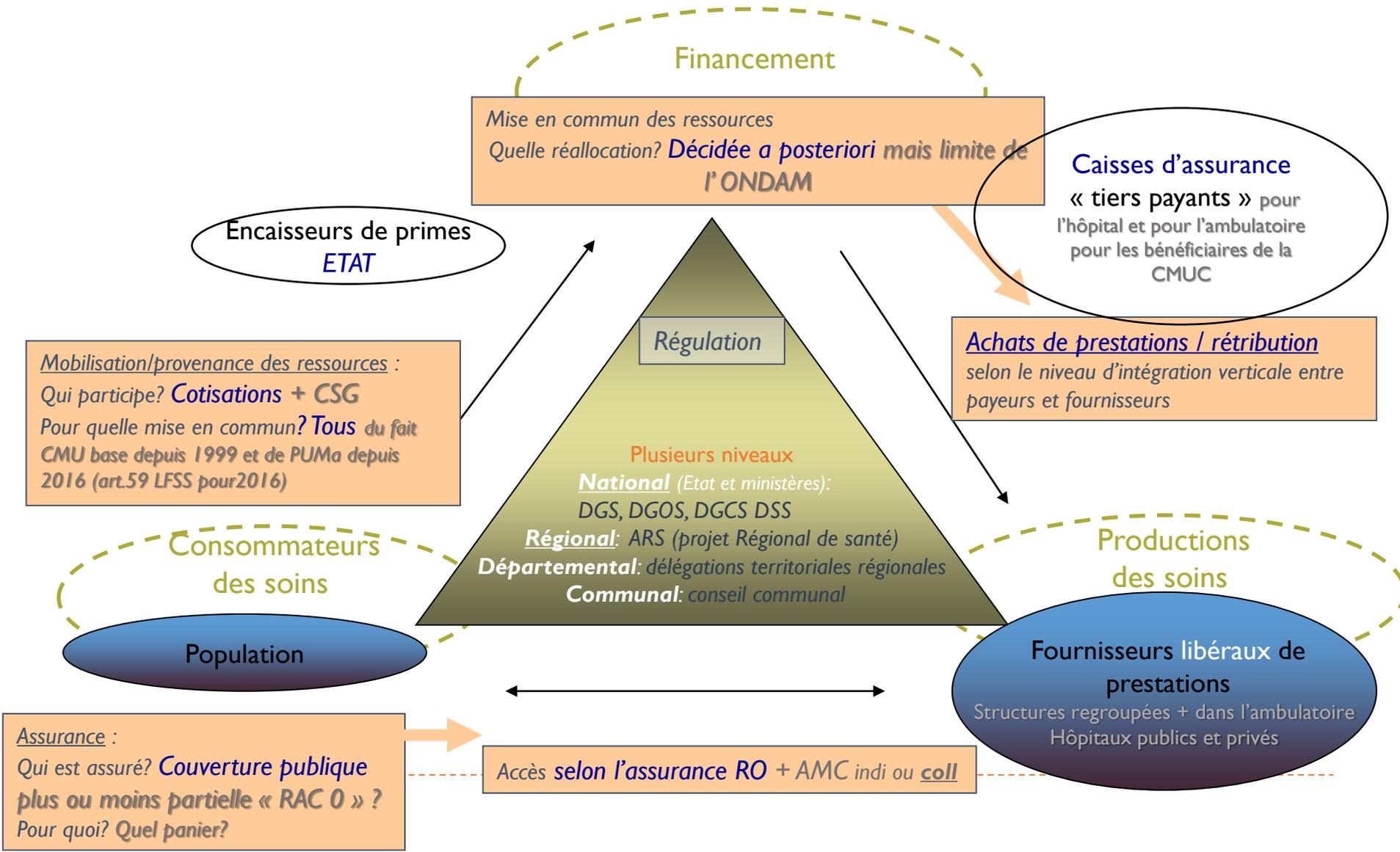
Lecture > En 2022, les impôts et taxes affectés à la protection sociale représentent 31 % des ressources et contribuent pour 1,9 point à leur croissance, qui s'établit à 5,0 %. À l'inverse, les contributions publiques, qui représentent 13 % des ressources, contribuent négativement à l'évolution des ressources, pour 0,6 point.

Source > DREES, CPS.

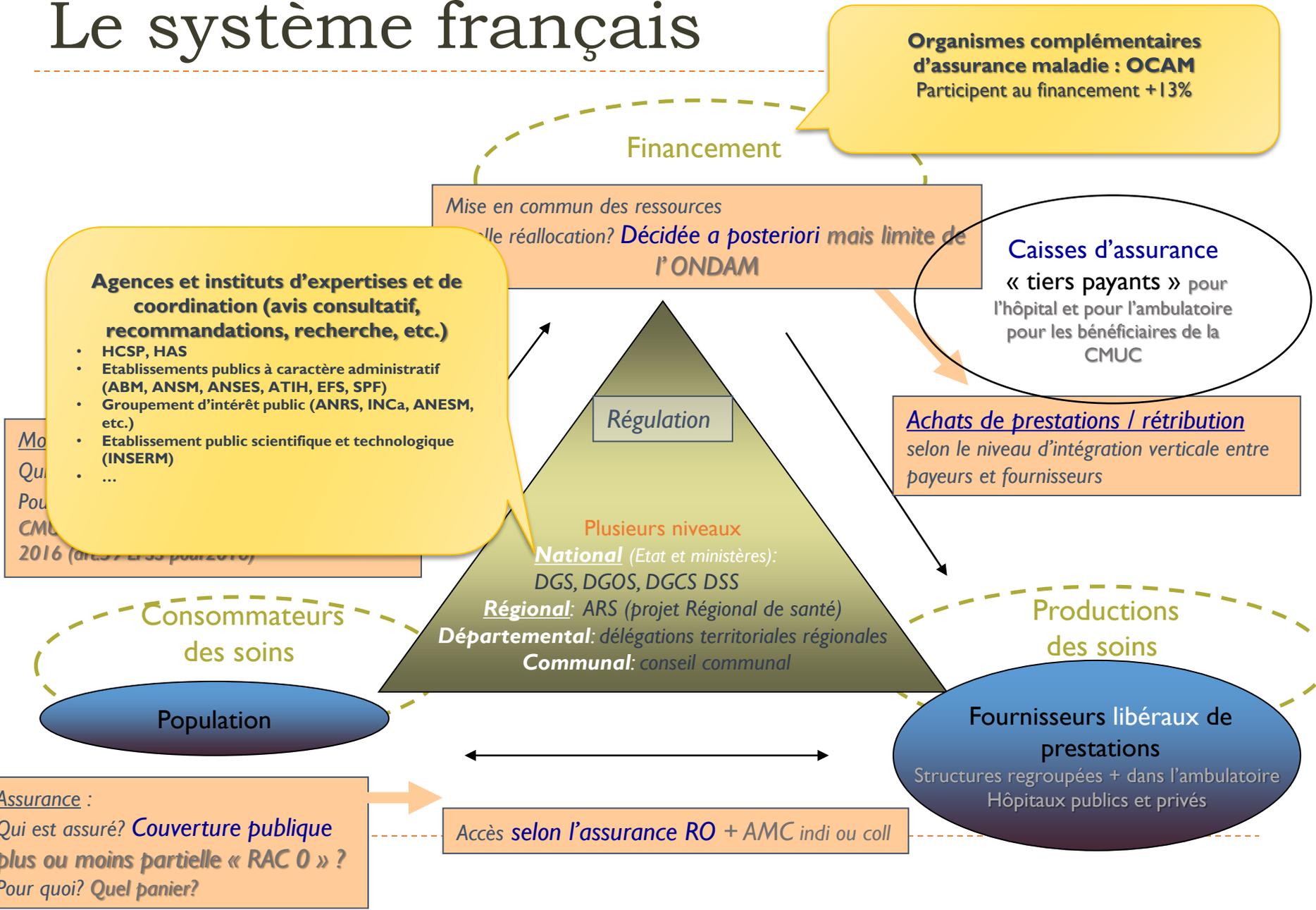
2-Systeme de santé en France

1. *Systeme de santé, en France*
2. *Les acteurs et les dépenses...*
3. *La gouvernance de la sécurité sociale*
4. *Le financement du système de santé*

Le système de santé français



Le système français



Les acteurs du système de santé

- ▶ Le système de santé s'appuie sur une grande diversité de structures, sur le plan juridique comme financier, selon des modes d'organisation complexes

1. Les producteurs de soins

- ▶ Les établissements de santé publics et privés, les réseaux de soins, les praticiens libéraux, les organismes en charge de la prévention (PMI, médecine scolaire, etc.), Les industries pharmaceutiques, laboratoires d'analyses, d'imagerie, etc..

2. Les administrateurs du système

- ▶ Au niveau centralisé, le ministère de la Santé et l'ensemble de ses directions définissent les politiques de santé publique, contrôlent et assurent la cohésion de l'ensemble.
- ▶ Au niveau décentralisé, les ARS sont des établissements publics administratifs chargés de la mise en œuvre de la politique de santé (depuis avril 2010, suite à la loi HPST de 2009)
 - ▶ Les ARS ont remplacé les ARH, les DRAS, les DDASS, etc. et ont également repris les missions des URCAM, CRAM, CARSAT, etc.
 - ▶ Les ARS sont en charge de coordonner les projets locaux de santé dans le cadre de leur PRS (projet régional de santé)
- ▶ Les institutions en charge du financement: les caisses de sécurité sociale et structures d'aide sociale, les OCAM



Les acteurs du système de santé

1. Les producteurs de soins
2. Les administrateurs du système
3. **La population, les bénéficiaires**
 1. Les patients (soins, prévention) = usagers
 2. Financeurs (RAC, mais surtout cotisations, CSG et taxes)= citoyens
 3. Malades = usagers, clients et citoyens par l'intermédiaire des associations de défense des malades, pour aider et influencer sur les décisions en matière de santé publique 🗑️ démocratie sanitaire

Le concept du « droit des malades » est « plutôt récent » dans notre système.

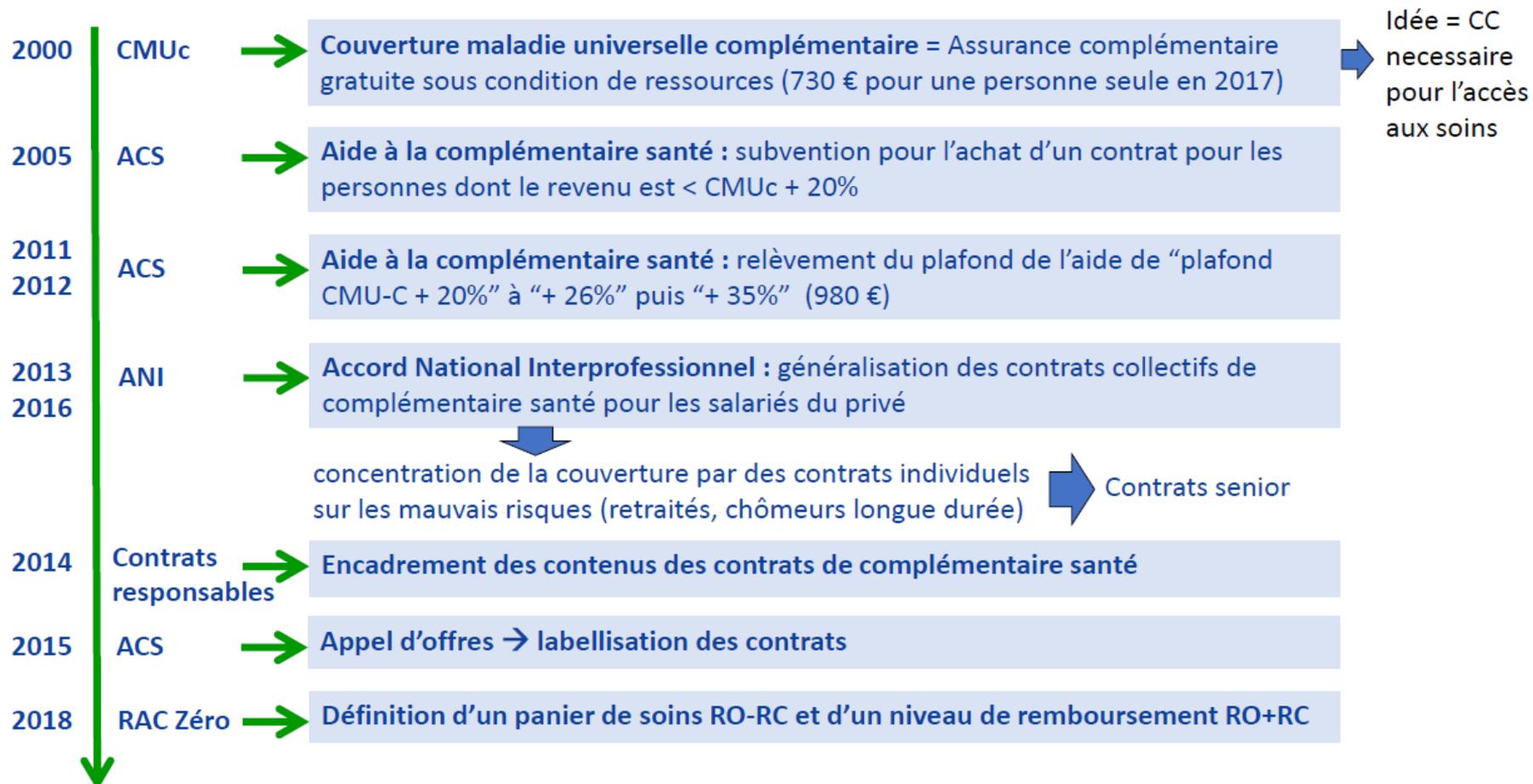
La démocratie sanitaire définit la place de l'utilisateur dans le système de santé : à la fois acteur de ce système de santé, acteur de sa propre santé, et citoyen donnant son avis et exprimant ses besoins.

Tout le long du parcours de soins, chez le médecin, à l'hôpital ou dans un établissement médicalisé, mais aussi à domicile, les patients ont des droits que les ARS ont pour mission de faire connaître et de faire respecter.



Les acteurs du système de santé

Les financeurs – une intrication forte RO / RC



Les acteurs du système de santé

Les financeurs – une intrication forte RO / RC

Nov. 2019

C2S



Complémentaire santé Solidaire : CMUc ouverte aux personnes éligibles à l'ACS avec participation financière entre 8 et 30 € / mois en fonction de l'âge ☞ **C2S / CSS**
la CMUc et l'ACS n'existent plus sous ces noms

2020 -

ROC



Remboursement des organismes complémentaires (ROC)
☞ Dématérialisation des échanges entre **établissements de santé (tous)** et OCAM
Dans le cadre de SIMPHONIE

Les bénéfices apportés par le dispositif ROC



Pour le patient



Pour l'établissement



Pour le Bureau des Entrées

Garantie d'une prise en charge du tiers payant sur la part complémentaire pour tous les patients bénéficiant d'une complémentaire santé

Simplification du parcours administratif du patient :

- absence d'avance de frais
- diminution des démarches administratives avec l'hôpital et avec sa complémentaire santé
- un contact administratif unique à l'hôpital
- l'information en temps réel du montant pris en charge par sa complémentaire et d'un éventuel montant restant à sa charge

D'un point de vue financier : connaissance en temps réel du montant pris en charge par l'AMC ; sécurisation des recettes ; gain de trésorerie

D'un point de vue gestion : contrat unique pour contractualiser avec l'ensemble des complémentaires santé ; réduction des coûts de gestion de facturation et de recouvrement.

Gain de temps : Suppression de la gestion des prises en charge auprès des complémentaires santé et réduction drastique du délai de paiement des factures

Gain d'efficacité : Suppression des rejets et du contentieux

<https://esante.gouv.fr/webinaires/comprendre-la-simplification-du-tiers-payant-sur-la-part-complementaire-avec-le-dispositif-roc>

<https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/symphonie/article/roc-le-remboursement-des-organismes-complementaires>

<https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/symphonie/article/roc-le-remboursement-des-organismes-complementaires>

Le système de santé en France

Les dépenses...

- ▶ **Les comptes de la santé**, établis tous les ans, permettent d'appréhender les relations entre l'affectation des ressources et leur efficacité, et ce dans le temps

Qui paye et combien ? Qui reçoit et combien ?

- ▶ Dans une optique de santé publique, l'utilisation de ces comptes se heurte aux difficultés d'une ventilation des dépenses permettant de rapprocher les pathologies traitées des dépenses qui y sont consacrées, les dépenses de prévention par exemple.
- ▶ Les comptes nationaux de la santé présentent chaque année les évaluations des dépenses courantes de santé et ne font donc pas état, des ressources en capital du secteur de la santé. Certaines dépenses consacrées à la santé, au niveau local, ne sont pas comptabilisées dans cet agrégat.

Le système de santé en France

Les comptes de la Santé

□ La Consommation de soins et biens médicaux (CSBM)

dépenses liées aux soins reçus par les malades, véritable noyau des Comptes de la Santé, sur l'ensemble du territoire national (y.c. DOM) par les résidents et les non-résidents, la CSBM est la somme de :

- les soins hospitaliers et en sections médicalisées
- les soins ambulatoires
- les transports sanitaires
- et les biens médicaux

□ La Dépense courante de santé (DCSi)

à l'ensemble de toutes les dépenses engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé. La DCS mesure l'effort consacré par l'ensemble des financeurs au titre de la santé (ensemble des paiements intervenus au cours d'une année au titre de la santé)

Elle est donc l'agrégat global des Comptes de la Santé et regroupe :

La CSBM (ou Dépense de soins et biens médicaux –DSBM) = 235,8 milliards d'euros en 2022

- + Les soins de longue durée (49,5 milliards d'euros en 2022)
- + Les dépenses de prévention individuelles (12,7 milliards d'euros en 2022)
- + Les dépenses en faveur / de gouvernance du système de soins (15,7 milliards d'euros en 2022)

Le système de santé en France

Les comptes de la Santé

- ▶ En 2022, la **dépense courante de santé au sens international (DCSi)** s'élève à 313,6 milliards d'€ (soit 11,9 % du PIB).
- ▶ Elle « ralentit » fortement : +2,0 % en 2022, après +9,9 % en 2021, du fait de la baisse d'impact de l'épidémie de Covid-19 au cours de l'année.
- ▶ La **consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)** reste dynamique (+3,9 % en 2022 contre +7,8 % en 2021 et +1,6 % en 2020) et atteint 235,8 milliards d'euros.

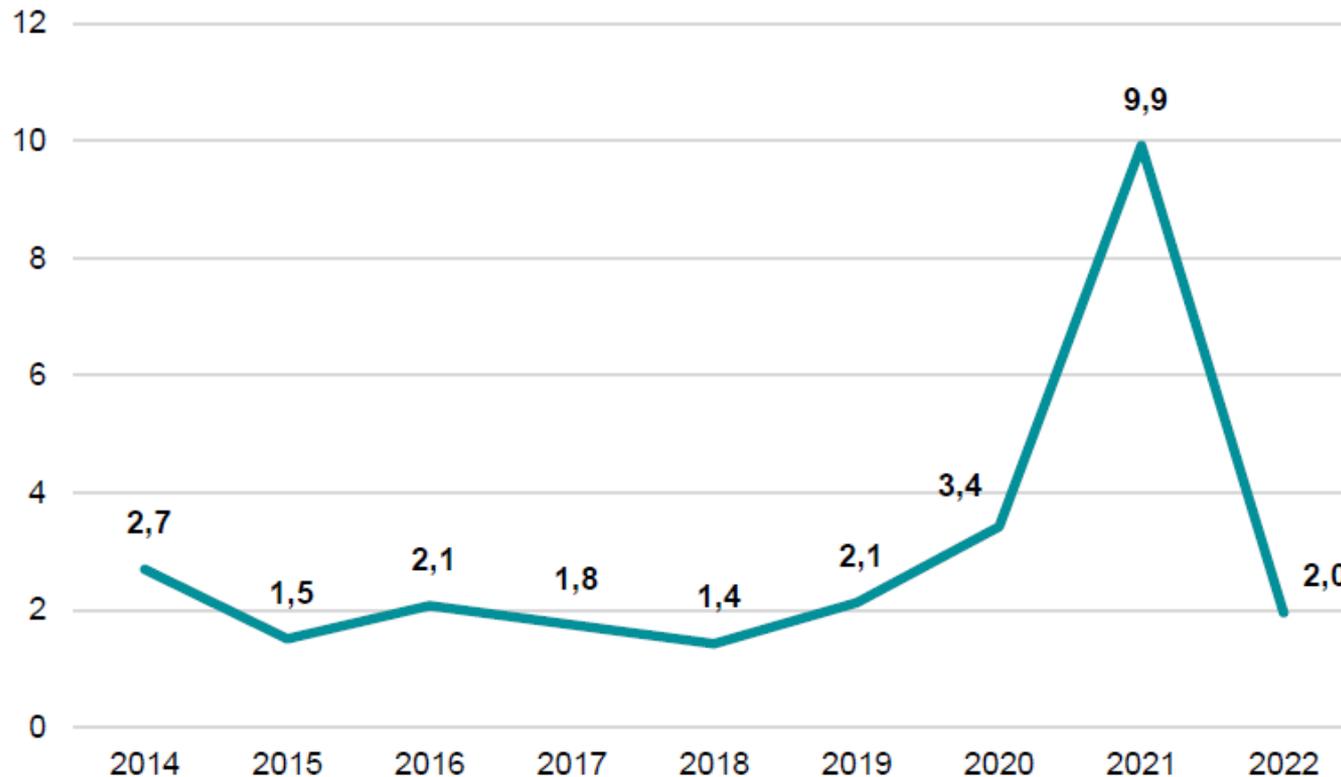
👉 **235,8 milliards €, environ 3475 € par hab. en 2022** (hausse des prix (+2,1 %) et volume (+1,8 %))

Le système de santé en France

Évolution de la DCSi

Graphique 1 Évolution de la dépense courante de santé au sens international (DCSi)

En %



Lecture > La DCSi augmente de 2,0 % en 2022.

Source > DREES, comptes de la santé.

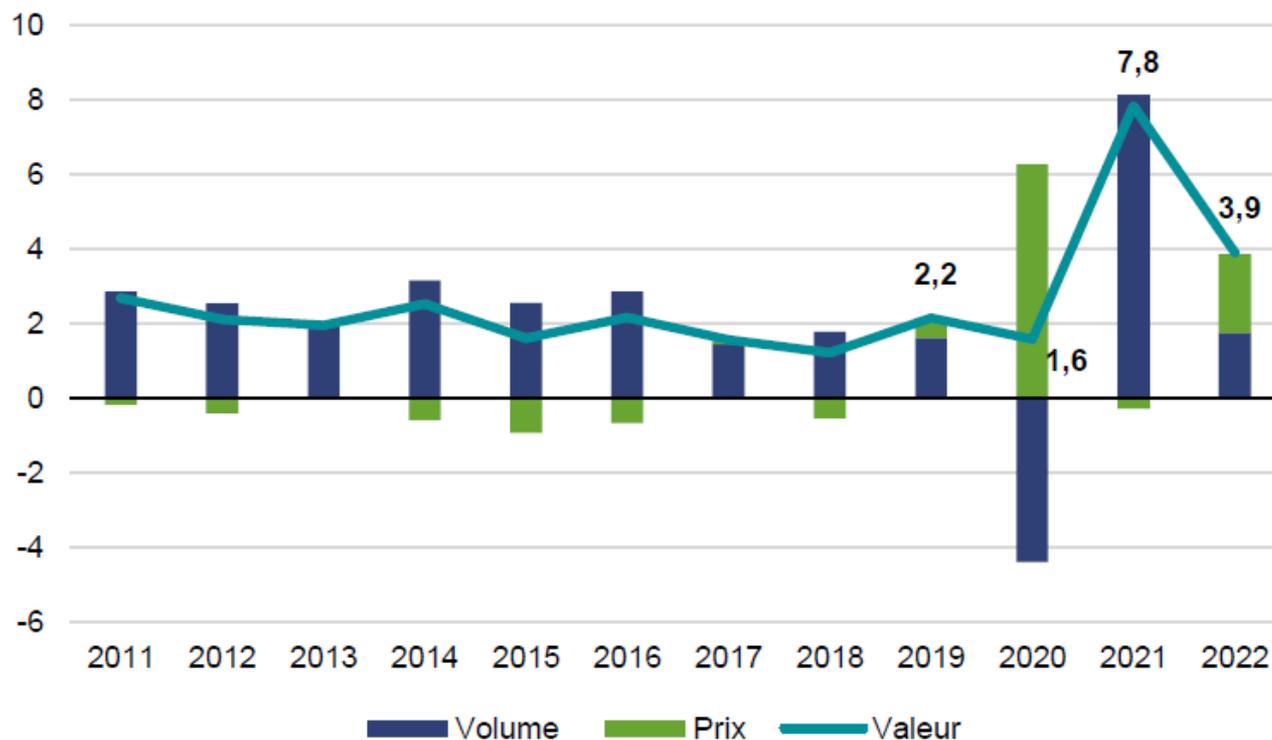


Le système en France

Evolution de la CSBM

Graphique 2 Taux de croissance de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en valeur, en volume et en prix

En %



Lecture > En 2022, la CSBM augmente de 3,9 % en valeur. Cette évolution est portée par une hausse des prix de 2,1 % et une hausse du volume de 1,8 %.

Source > DREES, comptes de la santé.



Le système en France

2020, 2021 et 2022

Tableau 1 Consommation de soins et de biens médicaux

En millions d'euros courants

► Année 2020 atypique !

Le poste « hôpital » était redevenu dynamique en 2019... expliquant près de la moitié de la hausse de la CSBM.

En 2020, les soins consommés à l'hôpital public ont fortement contribué « à la relative stabilité des dépenses » : avec moins de séjours (déprogrammations) et des prix des séjours très à la hausse

	2012	2020	2021	2022	Évolution 21/22 (en %)	Contribution 2022 (en points)
Soins hospitaliers	84 706	103 270	110 165	114 862	4,3	2,1
Secteur public	64 846	79 797	84 916	88 700	4,5	1,7
Secteur privé	19 860	23 473	25 249	26 163	3,6	0,4
Soins ambulatoires	97 084	107 154	116 762	120 913	3,6	1,8
<i>Soins de ville¹</i>	47 418	54 797	60 288	62 157	3,1	0,8
Soins de médecins et de sages-femmes	20 464	23 031	24 583	25 584	4,1	0,4
Soins d'auxiliaires médicaux	11 587	15 733	17 306	17 822	3,0	0,2
Soins de dentistes	10 745	11 441	13 478	13 824	2,6	0,2
Laboratoires de biologie médicale	4 276	4 455	4 689	4 615	-1,6	0,0
Cures thermales	346	136	231	312	34,7	0,0
<i>Médicaments</i>	32 098	29 831	31 108	32 768	5,3	0,7
<i>Biens médicaux²</i>	13 497	17 784	19 787	19 978	1,0	0,1
<i>Transports sanitaires</i>	4 071	4 741	5 579	6 009	7,7	0,2
Ensemble	181 790	210 424	226 927	235 775	3,9	3,9
CSBM (en % du PIB)	8,7	9,1	9,1	8,9		
CSBM (en % de la consommation effective des ménages)	12,6	13,1	13,2	12,9		
Évolution (en %)	2,1	1,6	7,8	3,9		
Prix (en %)	-0,4	6,3	-0,3	2,1		
Volume (en %)	2,5	-4,4	8,1	1,8		

1. Dans les comptes de la santé, les soins de ville ne comprennent ni les honoraires en cliniques privées, ni les dépenses de biens médicaux et de transports sanitaires habituellement inclus dans le concept de soins de ville des régimes d'assurance maladie.

2. Optique, orthèses, prothèses, VHP (véhicules pour personnes handicapées physiques), aliments, matériels, pansements.

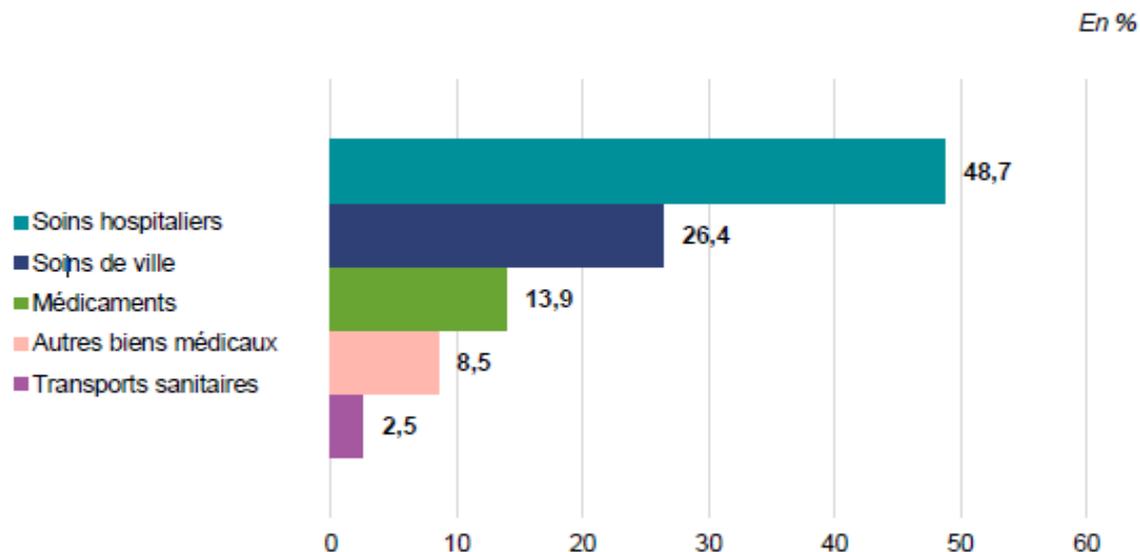
lecture > En 2022, la CSBM progresse de 3,9 % ; les soins hospitaliers augmentent de 4,5 % en un an et contribuent pour 1,7 point à l'évolution de la CSBM en 2022.

Source > DREES, comptes de la santé.

Le système en France

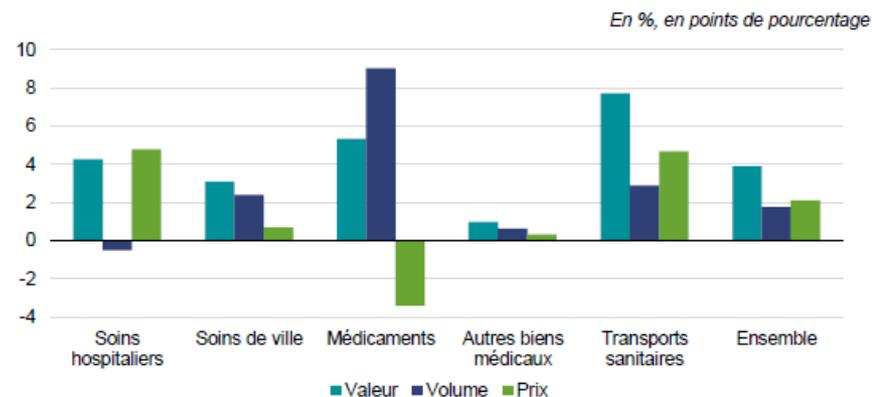
Répartition des postes de soins dans la CSBM

Graphique 1 Structure de la CSBM en 2022



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Taux de croissance en valeur, volume et prix pour les principaux postes de la CSBM en 2022



Lecture > En 2022, la consommation de transports sanitaires augmente de 7,7 % en valeur. Cette hausse provient d'une augmentation de la consommation en volume de 2,9 % et de son prix de 4,7 %.
Sources > IPC ; CNAM (statistiques mensuelles) ; DREES, comptes de la santé.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-11/Les>

dépenses de santé en 2022 - Résultats des comptes de la santé -

Édition 2023_0.pdf