

# Economie de la santé

## IFSI Semestre 3

**Damien BRICARD**  
**MRE, Université de Montpellier et Irdes**

**4 septembre 2025**

# Introduction : Contexte et enjeux du système de santé français

---

- ▶ Les dépenses de protection sociale, et en particulier de santé, sont en croissance rapide depuis de nombreuses années
  - ▶ Pour faire face à cette hausse des dépenses, les financements se sont diversifiés.
  - ▶ Pour le système de santé français, en plus des enjeux de financement, il se pose des enjeux de régulation pour répondre aux besoins de la population, pour l'organisation et la répartition des professionnels, et l'attractivité des professions médicales
- Enjeux pour la régulation et le financement des soins

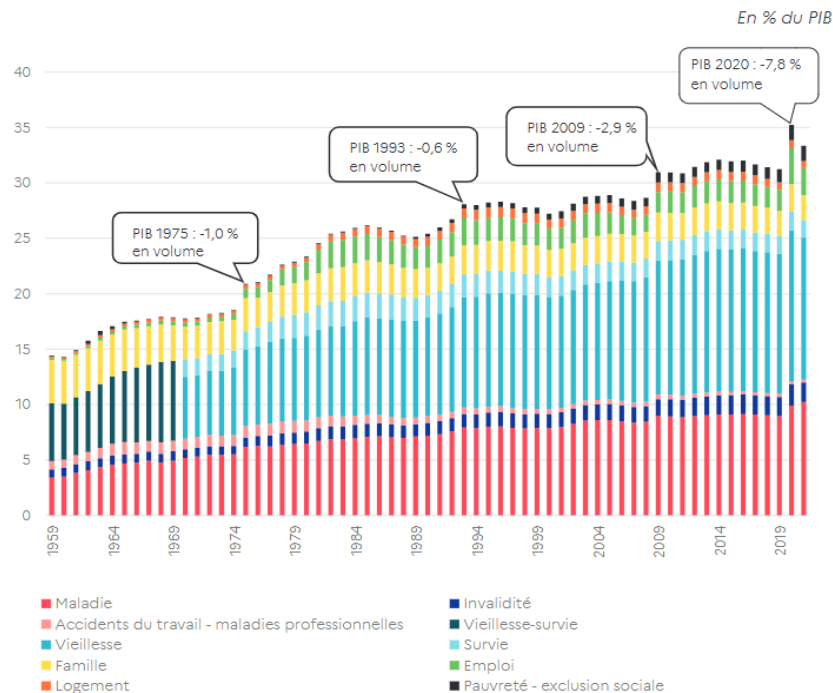
Plan du cours :

- ▶ 1. Analyse macroéconomique des dépenses de santé
  - ▶ 2. Financement des soins et comportement des acteurs
  - ▶ 3. La régulation des dépenses en France et à l'étranger
  - ▶ 4. Introduction aux outils de l'évaluation économique en santé
- 



# Hausse des dépenses de protection sociale et diversification du financement

**Graphique 1** Part des prestations sociales dans le PIB depuis 1959

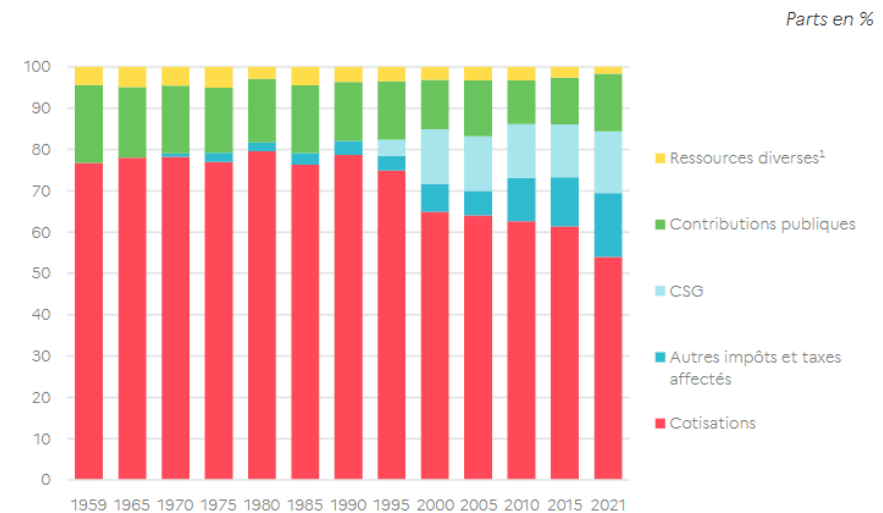


**Note >** La distinction entre les risques vieillesse et survie n'est pas disponible avant 1970.

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 2021, les prestations de protection sociale représentent 33,3 % du PIB. Parmi ces prestations, celles du risque maladie représentent 10,2 % du PIB.

**Graphique 2** Répartition des ressources de la protection sociale par type de prélèvement



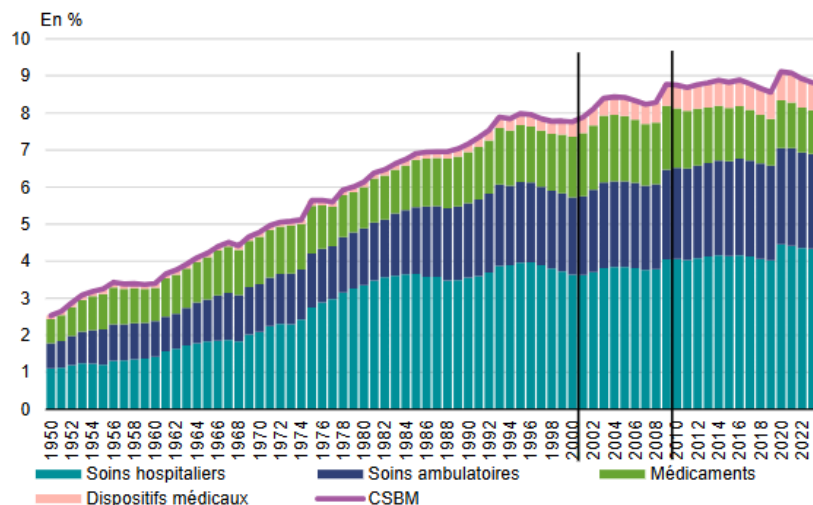
1. Les ressources diverses incluent notamment les produits financiers, les ventes de biens et services, les indemnités d'assurance, les recours contre tiers et les ressources du compte de capital (disponible depuis 2006 seulement).

**Lecture >** En 2021, les cotisations représentent 54 % des ressources de la protection sociale.

**Source >** DREES, CPS.

# Une croissance des dépenses de santé toujours soutenue

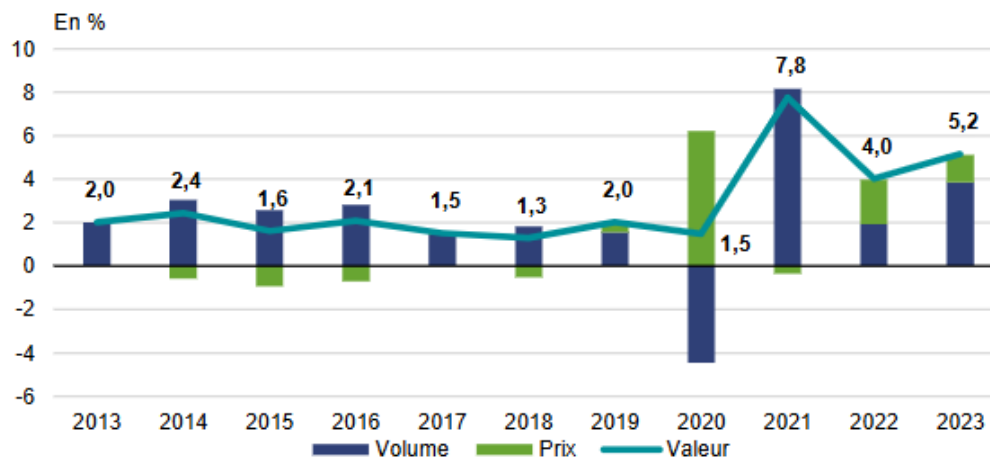
**Graphique 4** La CSBM et ses principaux postes en pourcentage du PIB depuis 1950



Note > Rupture de série entre les années 2000 et 2001 et entre 2009 et 2010.

Sources > DREES, comptes de la santé, Insee pour le PIB.

**Graphique 3** Taux de croissance de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en valeur, en volume et en prix



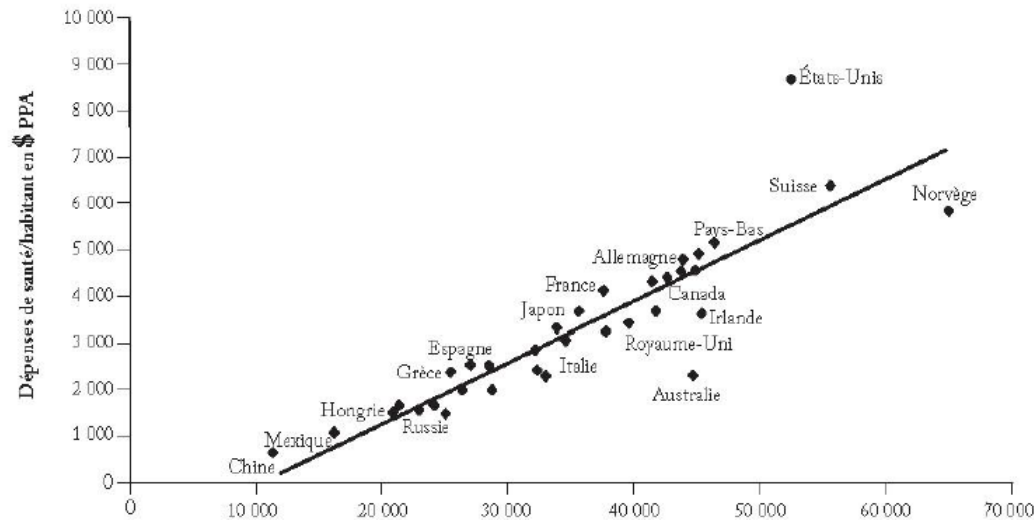
Lecture > En 2023, la CSBM augmente de 5,2 % en valeur. Cette évolution est portée par une hausse des prix de 1,2 % et une hausse du volume de 3,9 %.

Source > DREES, comptes de la santé.

# 1. Analyse macroéconomique des dépenses de santé

## Comparaisons internationales

**Graphique 5. – Dépenses de santé et richesse nationale**



Lecture : Chaque point correspond à un pays, et indique quelle richesse par habitant y est disponible, et combien se trouve consacrée en moyenne, chaque année, à la santé.

Note : éléments évalués en dollars à parité de pouvoir d'achat (PPA) ; dépenses de santé harmonisées d'un pays à l'autre ; banque de données de l'OCDE.

Chiffres : OCDE, 2015.

PIB par hab. ⇔ Dépenses de santé (cercle vertueux)

- Pays en développement : forte incitation à investir dans la santé (croissance endogène)

- Pays développés : une croissance supérieure des dépenses de santé supérieure au PIB par habitant. Est-ce soutenable ? Pourquoi une telle hausse des DTS ?

# 1. Analyse macroéconomique des dépenses de santé

## Pourquoi les dépenses de santé augmentent ?

---

- ▶ La demande de santé
  - ▶ Préférences et besoins des patients
  - ▶ Démographie et vieillissement de la population
- ▶ L'offre de soins
  - ▶ La demande induite
  - ▶ Le progrès technique



# 1. Analyse macroéconomique des dépenses de santé

## Eléments empiriques

---

### ▶ Tendence récente

- ▶ Accroissement de la longévité, baisse de la natalité → Augmentation de la proportion des personnes âgées dans la population
- ▶ Changement de structure appelé : «vieillissement de la population»

### ▶ Les estimations sur données macroéconomiques (OCDE) ne montrent pas d'influence de l'âge sur la croissance des dépenses de santé

- ▶ Augmentation dépense santé en % PIB pour EU15 entre 2005 et 2050 : 7.7%-12.8 %
- ▶ soit + 5.1 points, dont 0.6 seulement pour les changements démographiques

### ▶ Contribution significative : PIB, progrès technique, couverture maladie

### ▶ Comment expliquer le faible rôle du facteur démographique ?



# 1. Analyse macroéconomique des dépenses de santé

## Éléments empiriques

Zweifel, Felder & Meiers (1999)

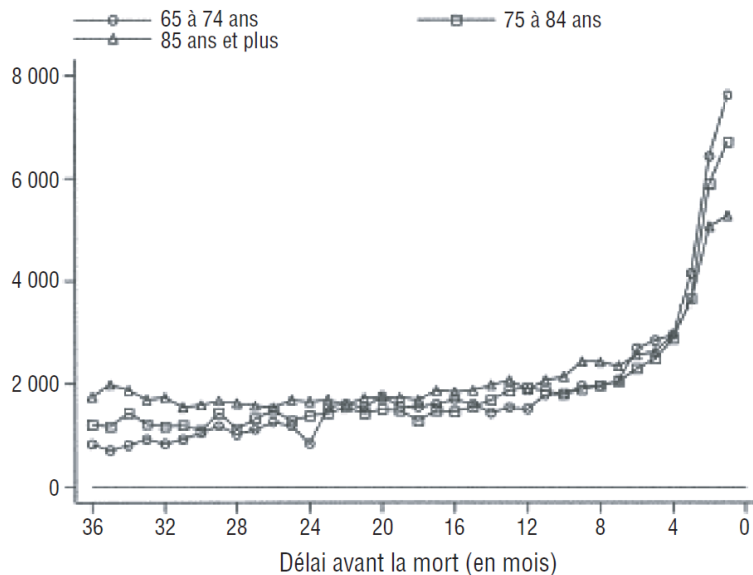


Figure 8 – Dépenses mensuelles de santé (\$ base 1998) par groupe d'âge en fonction de la proximité de la mort (mesurée en mois de 36 à 0).

Coûts élevés seulement dus aux dépenses de la dernière année de vie (« *Red Herring* »)

Yang, Norton & Stearns (2003)

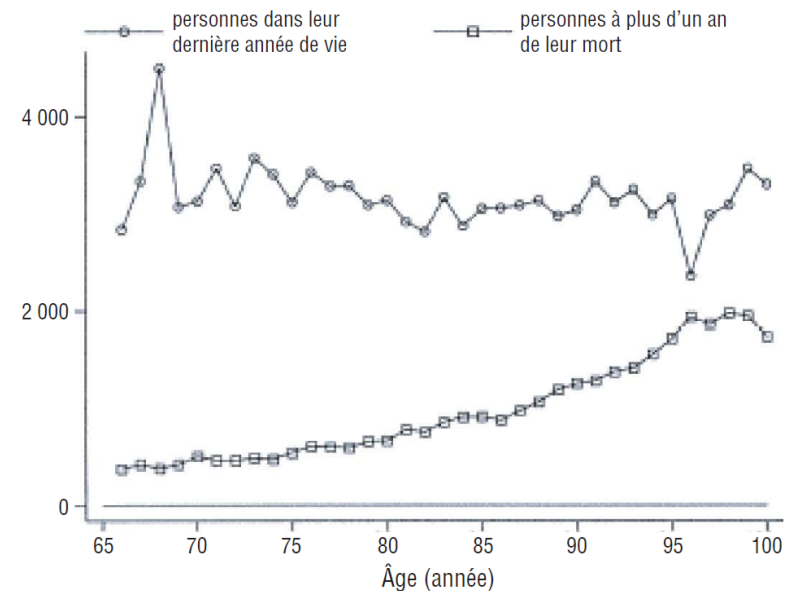


Figure 9 – Dépenses mensuelles de santé (\$ base 1998) en fonction de l'âge, en distinguant ceux qui décèdent dans l'année (courbe du haut) et ceux qui ne décèdent pas dans l'année (courbe du bas).

Toutefois, le profil des dépenses des survivants n'est pas plat : en n'étudiant que les survivants, c'est-à-dire en éliminant la remontée due à l'approche de la mort, les dépenses de santé restent une fonction croissante de l'âge



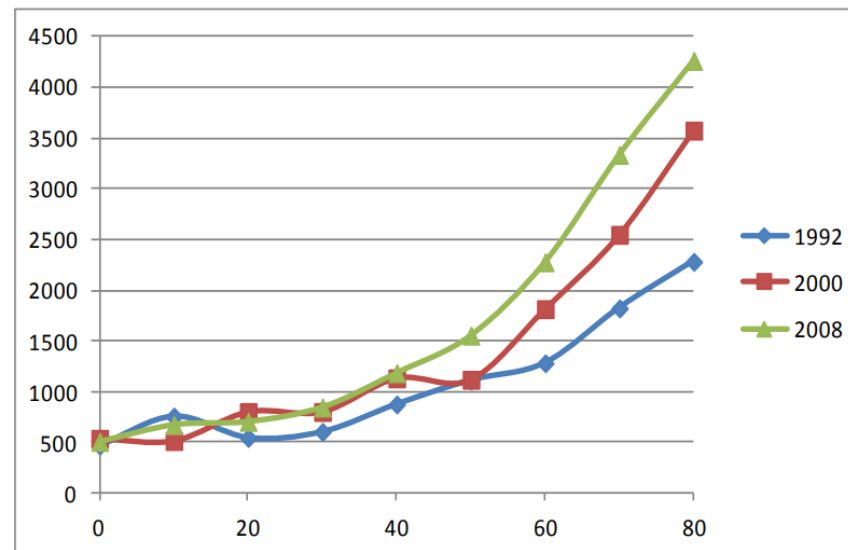
# 1. Analyse macroéconomique des dépenses de santé

## Eléments empiriques

### **Dormont, Grignon & Huber (2006) et Dormont et Huber (2012)**

- ▶ Méthodes de microsimulation : évaluation des composantes du déplacement vers le haut du profil des dépenses - Analyse rétrospective 1992-2000 puis 2000-2008
- ▶ Base de données ESPS appariée conso de soins
  - Échantillons d'assurés sociaux français observés
  - Information individuelle détaillée sur les maladies chroniques

### **Dépense de santé individuelle par tranche d'âge en 1992, 2000 , 2008**



Source : Dormont & Huber, 2012

# 1. Analyse macroéconomique des dépenses de santé

## Éléments empiriques

### Décomposition de l'évolution des dépenses de santé 2000-2008

	Variation 1992-2000	Variation 2000-2008
(%)	35.1	23.6
<b>Dont changements démographiques</b>	<b>+ 5.9</b>	<b>+ 10.6</b>
évolution de la structure par âge	2.7	4.8
évolution de la taille de la population	3.2	5.8
<b>Dont changements dus à l'évolution de la morbidité</b>	<b>- 6.6</b>	<b>+ 3.1</b>
<b>Dont changements de pratiques à morbidité donnée :</b>	<b>+ 35.8</b>	<b>+ 9.9</b>

Le vieillissement n'explique qu'une faible part de la progression des dépenses de soins 1

L'évolution de la morbidité a un effet négatif, puis positif sur cette progression  
**Cet effet négatif en P1 est suffisant pour annuler l'impact du vieillissement**

Les changements de pratiques expliquent l'essentiel de la progression des dépenses en P1

# 1. Analyse macroéconomique des dépenses de santé

## Eléments empiriques

### Décomposition par poste de l'évolution des dépenses de santé 2000 - 2008

	Méd	Phar	Hôp	
Variation 2000 - 2008 (%)	- 2.5	48.9	19.6	
Dont changements démographiques	+ 8.0	+ 10.6	+ 11.8	
évolution de la structure par âge	2.3	4.8	5.9	→ Le vieillissement de la population n'explique toujours qu'une faible part de la croissance des dépenses
évolution de la taille de la population	5.7	5.8	5.9	
Dont changements dus à l'évolution de la morbidité	+ 1.3	+ 5.0	+ 2.7	→ Les changements de morbidité ont maintenant un impact positif : (nv <sup>elles</sup> épidémies ? Diabète, EVI...)
Dont changements de pratiques à morbidité donnée	- 11.8	+ 33.3	+ 5.1	→ Les changements de pratiques sont encore le facteur déterminant de l'augmentation des dépenses

Source : Dormont & Huber, 2012



# 1. Analyse macroéconomique des dépenses de santé

## Quelle cause à la croissance des dépenses ?

---

- Le vieillissement n'explique qu'une faible part de la progression des dépenses de soins : *moins d'un dixième de la croissance sur 1992-2000, moins d'un cinquième sur 2000-2008*
  - L'évolution de la morbidité a un impact faible, qui est même négatif sur 1992-2000 (freinage de la croissance des dépenses de santé)
  - Les changements de pratiques, à âge et maladie donnés, expliquent l'essentiel de la progression des dépenses :
    - *Inefficience*
    - *Ou progrès technique ?*
- 



# 1. Analyse macroéconomique des dépenses de santé

## Quelle cause à la croissance des dépenses ?

---

### ► **La dynamique du progrès médical**

- Conception traditionnelle du progrès technique : source de gains de productivité. Pourquoi serait-il responsable de la hausse des coûts ?
  - Deux mécanismes entrent en jeu :
    - Substitution : gain d'efficacité
    - Diffusion : utilisation croissante de l'innovation
  - La croissance des coûts résulte principalement de la diffusion des innovations (Cutler & McClellan, 1996) :
    - Exemple : traitement de la crise cardiaque avec le Pontage et l'Angioplastie, chirurgie de la cataracte, prothèse de la hanche...
    - **Enjeux d'un tel résultat :**
      - La croissance des dépenses de santé ne résulte pas d'un processus exogène incontrôlé mais de la diffusion de nouvelles technologies qui créent de la valeur grâce aux gains en longévité et en santé
- 
- - Pour favoriser cette diffusion, des gains d'efficacité doivent être trouvés avec une meilleure organisation du système de soins

## 2. Financement des soins et comportements des acteurs

### Cadre d'analyse : l'approche micro-économique

---

- ▶ Les acteurs sont supposés rationnels (dit homo economicus) .
- ▶ Les objectifs sont :
  - de maximiser leur revenu.
  - de maximiser la satisfaction tirée de la consommation de biens et services.

Les acteurs prennent leur décision sur le fondement d'un calcul/avantage.

- ▶ Cette approche permet à l'économiste d'avoir une boîte à outils pour comprendre les interactions entre consommateurs et producteurs.

Nous cherchons à comprendre le comportement :

- du professionnel de sante (producteur).
- du patient (consommateur).

Nous cherchons à analyser de quelle façon les modalités de financement des soins impactent leur comportement.

Prérequis pour comprendre quels sont les leviers d'action pour réguler les dépenses de santé.



## 2. Financement des soins et comportements des acteurs

### Cadre d'analyse : l'approche micro-économique

---

- ▶ Débats dans le secteur de la santé sur les hypothèses du modèle en termes de rationalité et d'information des acteurs, du fait :
  - Une forte asymétrie d'information entre le consommateur et le producteur.
  - Une incertitude sur les résultats de sante, y compris pour le producteur de soins : incertitude sur l'état de sante du patient et incertitude sur l'efficacité de l'intervention de soin (variabilité interindividuelle).
- ▶ Le secteur de la sante n'est pas caractérisé comme un secteur de concurrence libre et parfaite :
  - L'offre de soins est régulée par les tutelles :
  - Les prix des actes et des produits de sante sont en partie negociés.
  - L'assurance maladie dispose d'un monopole sur une partie du marché de l'assurance.
  - Le consommateur n'est pas le payeur.



## 2. Financement des soins et comportements des acteurs

### Le financement des soins de ville

---

- ▶ Le paiement à l'acte :
  - Modèle principal de financement des soins de ville depuis le début du 20ème siècle. Avant les médecins de ville étaient rémunérés sous la forme de salariats «en nature».
  - Le développement du paiement à l'acte est lié aux progrès scientifiques qui permettent au médecin de vendre un savoir et à la croissance économique liée à la révolution industrielle qui induit une hausse des salaires et la diffusion de systèmes d'assurance maladie -> solvabilisation de la demande.

Le paiement à l'acte concerne médecins (secteur 1 ou secteur 2), chirurgiens-dentistes, infirmiers, sages-femmes, kinésithérapeutes, orthophoniste, orthoptiste, pédicure.

#### Charte de la médecine libérale (1926) :

- Liberté d'installation.
  - Liberté du choix du médecin par le patient.
  - Liberté de prescription.
  - Rémunération à l'acte et paiement direct du malade au médecin.
- 





## 2. Financement des soins et comportements des acteurs

### Le financement des soins de ville

---

Les revenus des professionnels dépendent du nombre d'actes effectués, de la composition des actes (plus ou moins rémunérateurs) et du prix des actes.

Fonction de production :  $\text{Revenus} = \text{somme} (\text{Prix} \times \text{Quantité})$ .

Coûts fixes : Location ou amortissement du cabinet et du matériel, rémunération assistant et Charges : de 40 à 60% en fonction de la technicité de la pratique.

Chaque professionnel peut tenter d'augmenter ses honoraires de deux manières :

- Soit en augmentant ses prix (secteur 2 ou hors convention)
- Soit en augmentant le volume des actes

Les tarifs conventionnés : le prix de l'acte dépend de la nature de l'acte et du professionnel qui réalise l'acte :

- Chaque acte est désigné par une lettre-clé et un coefficient.
  - Le coefficient est un chiffre, qui servira de coefficient multiplicateur de la valeur de la lettre clé pour obtenir la valeur de l'acte.
  - Valeur de l'acte = (lettre-clé) X coefficient.
- 



## 2. Financement des soins et comportements des acteurs

### Le financement des soins de ville

---

#### Implications du paiement à l'acte sur le comportement des PS :

Le paiement à l'acte favorise la croissance des dépenses de santé, par une potentielle surconsommation de soins, c'est le phénomène de demande induite :

- Le médecin est un tiers entre le besoin de santé et la demande.
- Le patient n'est pas parfaitement éclairé, il ne lui est pas possible d'évaluer l'opportunité des soins.

#### Exemples :

- Hôpital : arbitrages en faveur d'actes plus rémunérateurs (ex. actes plus invasifs comme une césarienne au lieu d'un accouchement par voie basse).
- En ville : le médecin peut inciter son patient à revenir pour un suivi plus tôt que nécessaire d'un strict point de vue médical ou ajouté des actes à la consultation.



## 2. Financement des soins et comportements des acteurs

### Le financement des soins de ville

---

- ▶ **Le salariat** : Un salaire mensuel fixe, basé sur une durée de travail fixée, et indépendant de l'intensité de l'activité pendant ce temps de travail. Le volume d'actes n'a pas de conséquence sur le niveau de rémunération (sauf en cas d'heures supplémentaires).

#### Impact du salariat sur le comportement des PS :

- La satisfaction des patients n'a pas de conséquences sur le niveau de rémunération.
- En dehors de principes déontologiques, le médecin n'est donc pas incité à fournir d'effort pour produire le maximum d'actes (risque de files d'attente).
- En dehors de principes déontologiques, le médecin n'est pas incité à fournir la meilleure qualité possible.
- Permet à la tutelle de contrôler les dépenses (maîtrise ex ante).



## 2. Financement des soins et comportements des acteurs

### Le financement des soins de ville

---

- ▶ **La capitation (ou forfait)** : C'est une somme forfaitaire annuelle par patient inscrit auprès du personnel soignant ; son montant peut varier selon les caractéristiques du patient (âge, sexe, maladie chronique, milieu socioéconomique...), Elle est indépendante de la fréquence des consultations et du volume de soins prodigués. Le nombre total de patients peut être plafonné.

#### Impact de la capitation sur le comportement des PS :

- Incite le personnel soignant à mettre en œuvre des pratiques de prévention pour limiter l'occurrence de la maladie.
- N'incite pas le personnel soignant à produire des soins de qualité : ex. risque de trop réduire le nombre d'actes réalisés et impact sur la qualité des soins ou de report sur d'autres structures (spécialistes, hôpital).
- Risque que le personnel soignant sélectionne les patients les moins à risques.



## 2. Financement des soins et comportements des acteurs

### Dépenses de soins de médecins généralistes

**Tableau 1** Consommation de soins courants de médecins généralistes en ville

	2013	2019	2020	2021	2022	2023
Soins courants (en millions d'euros)	9 481	10 386	10 027	10 193	10 575	10 739
Honoraires <sup>1</sup>	8 693	8 379	7 751	8 017	8 276	8 341
Contrats et assimilés <sup>2</sup>	221	1 451	1 736	1 670	1 762	1 935
Prise en charge des cotisations	567	556	539	506	537	464
Évolution (en %)	-0,1	0,9	-3,5	1,7	3,8	1,6
Dont volume (en %)	-0,2	0,9	-5,4	3,3	3,2	0,2
Dont prix (en %)	0,1	0,0	2,1	-1,6	0,5	1,4

1. Ce poste comprend les honoraires versés au titre de la consultation et des visites, des actes techniques et des téléconsultations.

2. Ce poste comprend les rémunérations liées aux contrats, les dépenses forfaitaires, les aides liées à la télétransmission, le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) et le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DIPA).

Lecture > En 2023, la consommation de soins de médecins généralistes s'élève à 10 739 millions d'euros, dont 464 millions d'euros de prise en charge des cotisations sociales par l'Assurance maladie. Elle augmente en 2023 de 1,6 % en valeur. Cette évolution se décompose en une hausse de 0,2 % du volume de soins et d'une hausse de 1,4 % du prix.

Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour les indices des prix.

En 2023, les soins courants de médecins généralistes atteignent 10,7 milliards d'euros (4,3 % de la CSBM).

- Croissance faible : +1,6 % (contre +3,8 % en 2022).
- Effet volume quasi nul (+0,2 %) ; croissance portée par l'effet prix (+1,4 %), lié à la revalorisation des consultations au 1<sup>er</sup> novembre 2023.
- Structure des dépenses : consultations/visites 69 %, contrats et forfaits 18 %, actes techniques 6 %, téléconsultations 3 %.
- Les contrats et forfaits deviennent les premiers contributeurs à la croissance (+10 %), notamment via la ROSP (589 M€, +17 %) et le forfait patientèle (948 M€, +7 %).
- Les actes techniques progressent légèrement, mais restent minoritaires.



## 2. Financement des soins et comportements des acteurs

### Dépenses de soins de médecins généralistes

**Tableau 1** Consommation de soins courants de médecins généralistes en ville

	2013	2019	2020	2021	2022	2023
Soins courants (en millions d'euros)	9 481	10 386	10 027	10 193	10 575	10 739
Honoraires <sup>1</sup>	8 693	8 379	7 751	8 017	8 276	8 341
Contrats et assimilés <sup>2</sup>	221	1 451	1 736	1 670	1 762	1 935
Prise en charge des cotisations	567	556	539	506	537	464
Évolution (en %)	-0,1	0,9	-3,5	1,7	3,8	1,6
Dont volume (en %)	-0,2	0,9	-5,4	3,3	3,2	0,2
Dont prix (en %)	0,1	0,0	2,1	-1,6	0,5	1,4

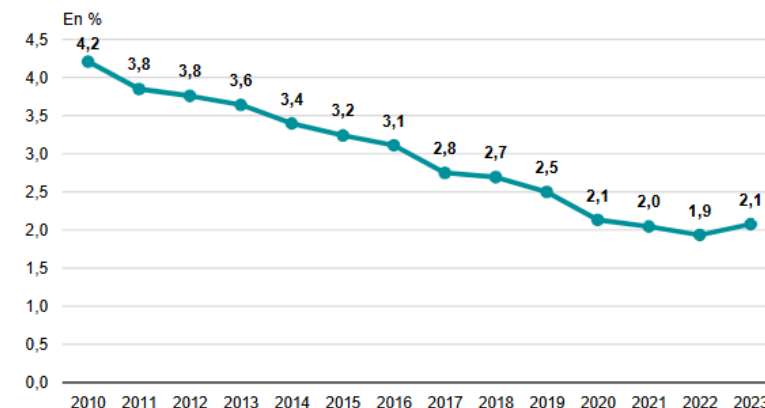
1. Ce poste comprend les honoraires versés au titre de la consultation et des visites, des actes techniques et des téléconsultations.

2. Ce poste comprend les rémunérations liées aux contrats, les dépenses forfaitaires, les aides liées à la télétransmission, le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) et le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DIPA).

Lecture > En 2023, la consommation de soins de médecins généralistes s'élève à 10 739 millions d'euros, dont 464 millions d'euros de prise en charge des cotisations sociales par l'Assurance maladie. Elle augmente en 2023 de 1,6 % en valeur. Cette évolution se décompose en une hausse de 0,2 % du volume de soins et d'une hausse de 1,4 % du prix.

Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour les indices des prix.

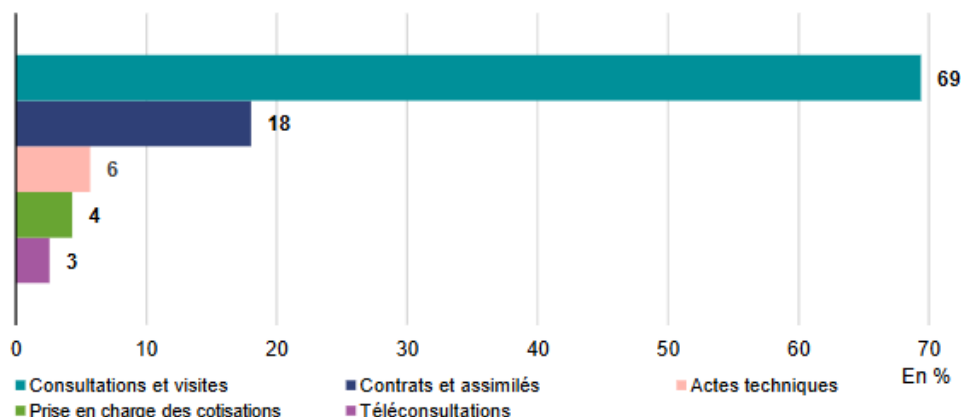
**Graphique 4** Part des dépassements dans les honoraires des médecins généralistes



Lecture > En 2023, les dépassements représentent 2,1 % des honoraires des médecins généralistes.

Source > DREES, comptes de la santé.

**Graphique 3** Structure de la dépense de soins courants des médecins généralistes en 2023



Source > DREES, comptes de la santé.

**Tableau 5** Répartition des dépenses des médecins généralistes par type de financeur en 2023

	Dépenses (en millions d'euros)	Structure (en %)
Sécurité sociale	8 484	79,0
État	34	0,3
Organismes complémentaires	1 631	15,2
Ménages	589	5,5
Ensemble	10 739	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

## 2. Financement des soins et comportements des acteurs

### Dépenses de soins de médecins spécialistes

**Tableau 1** Consommation de soins courants de médecins spécialistes en ville (hors médecins généralistes)

	2013	2019	2020	2021	2022	2023
Soins courants (en millions d'euros)	10 737	12 527	12 331	13 345	13 929	14 854
Honoraires <sup>1</sup>	10 040	11 700	11 024	12 441	12 921	13 964
Contrats et assimilés <sup>2</sup>	16	107	596	208	237	245
Prise en charge des cotisations	682	721	710	695	772	646
Évolution (en %)	1,4	3,1	-1,6	8,2	4,4	6,6
Dont volume (en %)	1,3	2,1	-5,8	11,2	2,6	4,9
Dont prix (en %)	0,1	1,0	4,5	-2,7	1,8	1,6

1. Ce poste comprend les honoraires versés au titre de la consultation et des visites, des actes techniques et des téléconsultations.

2. Ce poste comprend les rémunérations liées aux contrats, les dépenses forfaitaires, les aides liées à la télétransmission, le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) et le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DIPA).

Lecture > En 2023, la consommation de soins de médecins spécialistes en ville, hors médecins généralistes, s'élève à 14 854 millions d'euros, dont 646 millions d'euros de prise en charge des cotisations sociales par l'Assurance maladie. Elle augmente en 2023 de 6,6 % en valeur. Cette évolution se décompose en une hausse de 4,9 % du volume de soins et d'une hausse de 1,6 % du prix.

Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour les indices des prix.

En 2023, les soins courants de médecins spécialistes atteignent 14,9 milliards d'euros (5,9 % des dépenses de santé).

- Croissance forte : +6,6 %, portée surtout par l'effet volume (+4,9 %), contre +1,6 % d'effet prix.
- Sur dix ans, leurs dépenses progressent bien plus vite que celles des généralistes (+38 % vs +13 %).
- Les actes techniques dominant (45 %), suivis des consultations/visites/téléconsultations (33 %) et de l'imagerie (17 %).
- Les rémunérations complémentaires (ROSP, CPTS, forfaits patientèle) montent en puissance, visant qualité, organisation et coordination des soins.



# 2. Financement des soins et comportements des acteurs

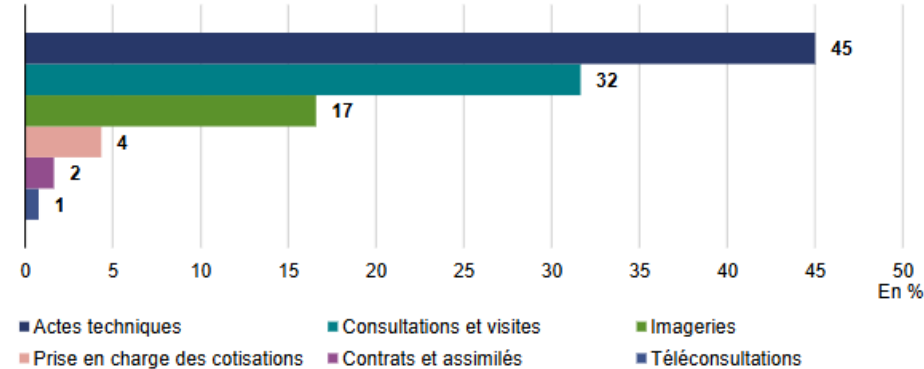
## Dépenses de soins de médecins spécialistes

**Tableau 1** Consommation de soins courants de médecins spécialistes en ville (hors médecins généralistes)

	2013	2019	2020	2021	2022	2023
Soins courants (en millions d'euros)	10 737	12 527	12 331	13 345	13 929	14 854
Honoraires <sup>1</sup>	10 040	11 700	11 024	12 441	12 921	13 964
Contrats et assimilés <sup>2</sup>	16	107	596	208	237	245
Prise en charge des cotisations	682	721	710	695	772	646
Évolution (en %)	1,4	3,1	-1,6	8,2	4,4	6,6
Dont volume (en %)	1,3	2,1	-5,8	11,2	2,6	4,9
Dont prix (en %)	0,1	1,0	4,5	-2,7	1,8	1,6

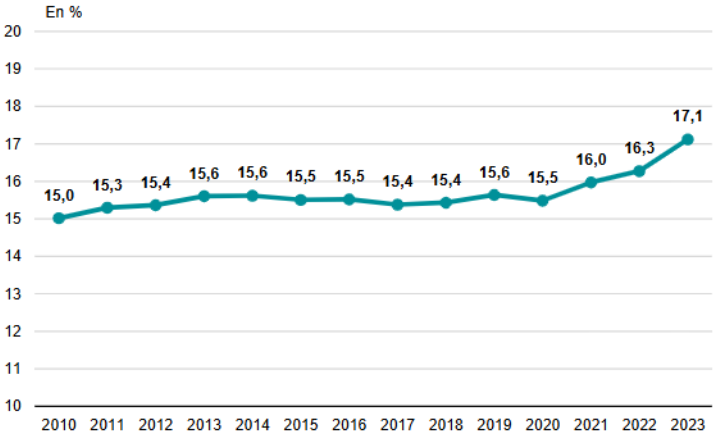
1. Ce poste comprend les honoraires versés au titre de la consultation et des visites, des actes techniques et des téléconsultations.  
2. Ce poste comprend les rémunérations liées aux contrats, les dépenses forfaitaires, les aides liées à la télétransmission, le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) et le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DIPA).  
Lecture > En 2023, la consommation de soins de médecins spécialistes en ville, hors médecins généralistes, s'élève à 14 854 millions d'euros, dont 646 millions d'euros de prise en charge des cotisations sociales par l'Assurance maladie. Elle augmente en 2023 de 6,6 % en valeur. Cette évolution se décompose en une hausse de 4,9 % du volume de soins et d'une hausse de 1,6 % du prix.  
Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour les indices des prix.

**Graphique 3** Structure de la dépense de soins courants de médecins spécialistes en ville (hors médecins généralistes) en 2023



Source > DREES, comptes de la santé.

**Graphique 5** Part des dépassements dans les honoraires des médecins spécialistes en ville (hors médecins généralistes)



Lecture > En 2023, les dépassements représentent 17,1 % des honoraires des spécialistes, hors médecins généralistes.  
Source > DREES, comptes de la santé.

**Tableau 6** Répartition des dépenses de soins de médecins spécialistes en ville (hors médecins généralistes) par type de financeur en 2023

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité Sociale	10 301	69,3
État	32	0,2
Organismes complémentaires	2 873	19,3
Ménages	1 649	11,1
Ensemble	14 854	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.



## 2. Financement des soins et comportements des acteurs

### Dépenses de soins infirmiers

**Tableau 1** Consommation de soins courants infirmiers en ville

	2013	2019	2020	2021	2022	2023
Soins courants (en millions d'euros)	6 254	8 203	8 886	9 148	9 285	9 606
Honoraires <sup>1</sup>	5 864	7 659	8 243	8 579	8 716	9 112
Contrats et assimilés <sup>2</sup>	7	86	152	99	110	83
Prise en charge des cotisations	383	458	491	470	459	412
Évolution (en %)	7,3	4,3	8,3	2,9	1,5	3,5
Dont volume (en %)	5,5	4,0	5,3	1,9	0,8	3,3
Dont prix (en %)	1,7	0,3	2,8	1,1	0,7	0,2

1. Ce poste comprend les honoraires versés au titre de la consultation et des visites, des actes techniques et des téléconsultations

2. Ce poste comprend les rémunérations liées aux contrats, les dépenses forfaitaires, les aides liées à la télétransmission, le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) et le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DIPA).

Lecture > En 2023, la consommation de soins infirmiers s'élève à 9 606 millions d'euros, dont 412 millions d'euros de prise en charge des cotisations sociales par l'Assurance maladie. Elle augmente en 2023 de 3,5 % en valeur. Cette évolution se décompose en une hausse de 3,3 % du volume de soins et d'une hausse de 0,2 % du prix.

Sources > DREES, comptes de la santé ; Statistique mensuelle de la CNAM pour les indices des prix.

En 2023, les soins infirmiers courants en ville représentent 9,6 milliards d'euros (près de 4 % des dépenses de santé).

- Après un fort essor en 2020, puis un ralentissement en 2021-2022, la croissance repart en 2023 à +3,5 %.
- Cette hausse est due principalement à l'augmentation du volume de soins, liée au vieillissement et au virage ambulatoire.
- Plusieurs avenants conventionnels ont renforcé le rôle infirmier : revalorisation d'actes, nouveaux actes, pratiques avancées, télésanté.
- L'avenant n°10 (2023) favorise la prise en charge à domicile et soutient la formation des infirmiers en pratique avancée

## 2. Financement des soins et comportements des acteurs

### Dépenses de soins infirmiers

**Tableau 1** Consommation de soins courants infirmiers en ville

	2013	2019	2020	2021	2022	2023
Soins courants (en millions d'euros)	6 254	8 203	8 886	9 148	9 285	9 606
Honoraires <sup>1</sup>	5 864	7 659	8 243	8 579	8 716	9 112
Contrats et assimilés <sup>2</sup>	7	86	152	99	110	83
Prise en charge des cotisations	383	458	491	470	459	412
Évolution (en %)	7,3	4,3	8,3	2,9	1,5	3,5
Dont volume (en %)	5,5	4,0	5,3	1,9	0,8	3,3
Dont prix (en %)	1,7	0,3	2,8	1,1	0,7	0,2

1. Ce poste comprend les honoraires versés au titre de la consultation et des visites, des actes techniques et des téléconsultations

2. Ce poste comprend les rémunérations liées aux contrats, les dépenses forfaitaires, les aides liées à la télétransmission, le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) et le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DIPA).

Lecture > En 2023, la consommation de soins infirmiers s'élève à 9 606 millions d'euros, dont 412 millions d'euros de prise en charge des cotisations sociales par l'Assurance maladie. Elle augmente en 2023 de 3,5 % en valeur. Cette évolution se décompose en une hausse de 3,3 % du volume de soins et d'une hausse de 0,2 % du prix.

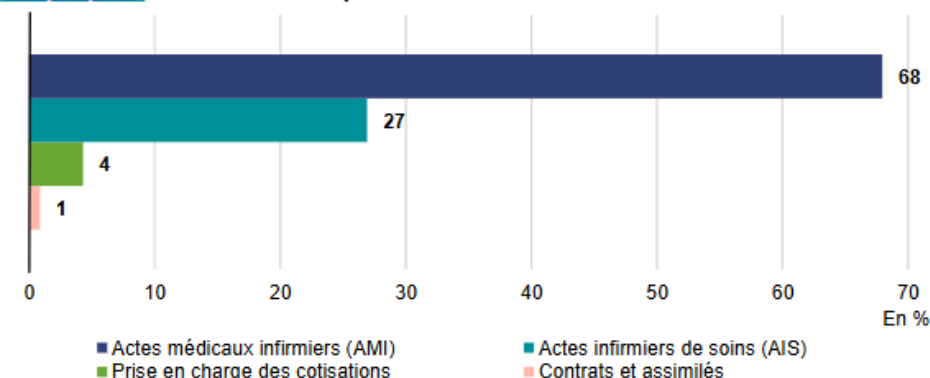
Sources > DREES, comptes de la santé ; Statistique mensuelle de la CNAM pour les indices des prix.

**Tableau 3** Répartition des dépenses de soins courants infirmiers par type de financeur en 2023

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	8 976	93,4
État	22	0,2
Organismes complémentaires	455	4,7
Ménages	153	1,6
Ensemble	9 606	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

**Graphique 2** Structure de la dépense de soins courants infirmiers en 2023



Source > DREES, comptes de la santé.

**Tableau 4** Les soins de longue durée et les dépenses de prévention des infirmiers

	2013	2019	2020	2021	2022	2023
Soins de longue durée (en millions d'euros)	2 509	2 858	2 926	3 073	3 215	3 336
SSIAD	1 607	1 762	1 877	1 911	2 044	2 165
Soins liés à la dépendance	902	1 096	1 049	1 162	1 171	1 171
Évolution (en %)		2,3	2,4	5,0	4,6	3,8
Prévention (en millions d'euros)			131	903	461	50
Prélèvement des tests PCR et TAG			131	381	289	15
Injection de vaccin Covid-19				522	171	35
Évolution (en %)			ns	588,3	-49,0	-89,2

ns : non significatif.

Lecture > Les soins de longue durée des infirmiers représentent 3 336 millions d'euros en 2023.

Source > DREES, comptes de la santé.

## 2. Financement des soins et comportements des acteurs

### Les différents modes de financement à l'hôpital

---

#### **Le prix de journée : jusqu'en 1983**

- L'hôpital reçoit un prix fixe par journée passée par le malade (+ on produit de journée et + le budget est élevé).
- Le prix de la journée dépend de la spécialité du service.
- Favorise l'inflation des dépenses :

Incite à allonger la durée des séjours et à multiplier les lits.

L'hôpital est d'autant plus incité à allonger les séjours qu'en règle générale, les coûts les plus élevés sont concentrés au début du séjour.

#### **La dotation globale : loi du 19 janvier 1983-2004**

- Enveloppe globale d'honoraires : l'hôpital reçoit à l'année  $t$  un budget prospectif fondé sur le budget de l'année précédente ( $t-1$ ) et augmente d'un pourcentage d'évolution.
- Augmentation d'une année sur l'autre au moyen d'un taux directeur national arrêté en conseil des ministres en fonction des hypothèses économiques générales.
- Le financement n'est pas associé au parcours du patient.
- Favorise le contrôle de dépense : incite l'hôpital à diminuer les séjours et à produire le moins d'actes possible.
- Rente de situation pour certains établissements (iniquité entre les établissements et non prise en compte des évolutions d'activité).



## 2. Financement des soins et comportements des acteurs

### Les différents modes de financement à l'hôpital

---

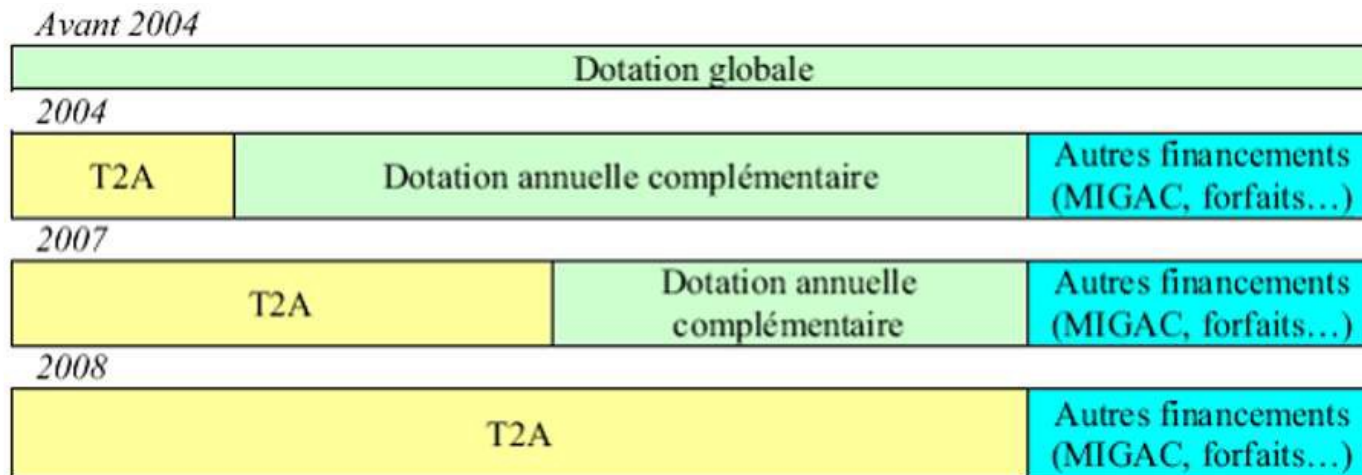
#### **Tarification à l'activité (T2A) : depuis 2004**

Les objectifs :

- « Médicaliser» le financement des établissements.
- Favoriser une équité de traitements entre les établissements.
- Incitation au développement d'activité en fonction des besoins (SSR, soins palliatifs, greffes d'organes) • Convergence entre le secteur public et privé.

Montée en charge progressive du dispositif : dotation annuelle complémentaire jusqu'en 2012 avec une réduction progressive.

#### ► **Mise en place progressive de la T2A**



## 2. Financement des soins et comportements des acteurs

### Les différents modes de financement à l'hôpital

---

- ▶ La **T2A** est un mode de financement des hôpitaux basé sur leur activité réelle.  
Le **revenu hospitalier (RE)** dépend du nombre de patients traités dans chaque **groupe homogène de malades (GHM)**, multiplié par le tarif associé ( $P \times Q$ ), auquel s'ajoutent des recettes complémentaires (**Z** : forfaits, MIGAC, MERRI, urgences, greffes, médicaments onéreux, etc.).
  - ▶ La classification des séjours en GHM repose sur :
    - Les **diagnostics (CIM-10)** et les **actes techniques**, certains étant classants car déterminants pour le coût du séjour.
    - Des critères comme **l'âge** du patient (<2 ans, >69 ans, >79 ans) ou le **niveau de sévérité (I à 4)**.
  - ▶ Chaque GHM est associé à un ou plusieurs **groupes homogènes de séjour (GHS)**, dont le tarif est facturé à l'Assurance maladie. En général, GHM et GHS coïncident, mais certains séjours (ex. soins palliatifs) sont rémunérés différemment selon la structure d'accueil.
  - ▶ Cette distinction GHM/GHS permet aux pouvoirs publics d'ajuster les tarifs pour orienter l'offre de soins (ex. inciter à créer des unités de soins palliatifs).
- 



## 2. Financement des soins et comportements des acteurs

### L'hypothèse de demande induite

---

- ▶ Demande de santé spécifique : un bien d'expérience (qualité révélée après conso) et bien de confiance (qualité demeure inconnue pour le conso)
  - ▶ Dans quelle mesure le recours aux soins n'est-il pas essentiellement le résultat des choix des PS du fait de l'asymétrie d'information ?
  - ▶ Organisation des soins : rôle du médecin dans la prescription et l'adressage à d'autres PS
  - ▶ Aléa moral en santé et régulation d'une consommation excessive des patients couverts par une assurance :
    - ➔ Régulation des comportements de prescription et d'adressage des médecins
    - ➔ Régulation des comportements de demande des patients
  - ▶ Demande de soins : préférences et contraintes des patients, mais forte influence des médecins prescripteurs même si in fine choix des patients de se conformer ou non aux recommandations médicales
  - ▶ Question des comportements des PS et de leurs préférences
- 

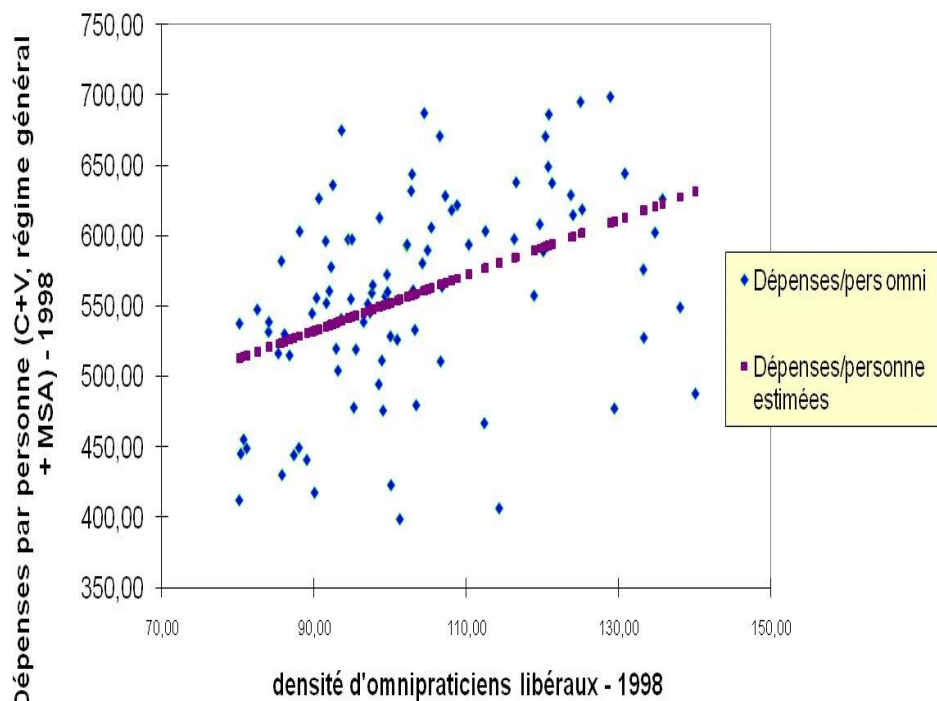


## 2. Financement des soins et comportements des acteurs

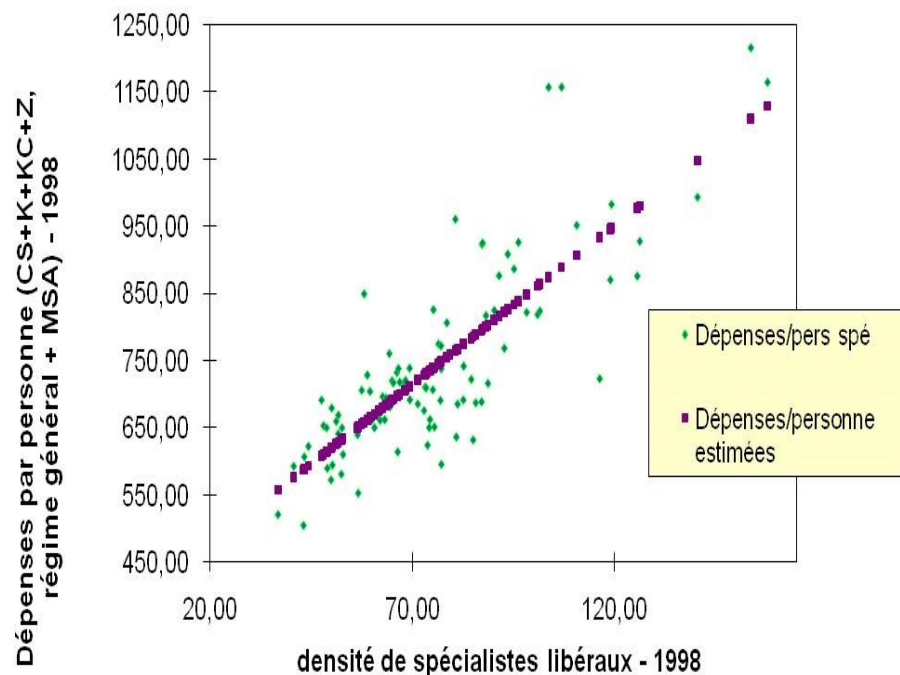
### L'hypothèse de demande induite

- On observe une corrélation entre l'offre de médecins et les dépenses de santé, surtout pour les soins de spécialistes

Relation densité médicale / dépenses par personne au niveau départemental  
- omnipraticiens -1998



Relation densité médicale / dépenses par personne au niveau départemental  
- spécialistes -1998



## 2.2 Financement des soins et comportements des acteurs

### L'hypothèse de demande induite

---

- ▶ Une première hypothèse pouvant expliquer une augmentation de la demande consécutive à l'augmentation de l'offre de soins est la diminution des coûts de transport pour les patients.
- ▶ Une autre hypothèse avancée est que la demande est en partie induite par les offreurs.
- ▶ L'asymétrie d'information entre le patient et le médecin peut être à l'origine d'aléa moral : elle permet au médecin d'induire en partie la demande de santé, c'est-à-dire à générer une demande supplémentaire (en quantité ou en qualité) par rapport à celle qu'aurait le patient s'il avait toute l'information.

*« Les gens bien portants sont des malades qui s'ignorent »*

*J. Romain, Knock*





## 2. Financement des soins et comportements des acteurs

### L'hypothèse de demande induite

---

- ▶ Formalisée par Evans en 1974.
  - ▶ La demande de soins est le choix du médecin ou est supposée être influencée par le PS et donc ses préférences, et ainsi de ses préférences extrinsèques s'il n'est pas parfaitement altruiste
    - ⇒ Peut donc avoir potentiellement pour conséquence une hausse de la demande de soins
  - ▶ Pour l'observer, il faut des situations où la demande est inchangée mais les PS augmentent le volume ou modifient la nature des soins
  - ▶ En France, difficulté à tester la demande induite du fait d'un système de soins très homogène sur le territoire
  - ▶ Delattre (2003) : densité de médecins plus importante sur le territoire se traduit par un nombre d'actes plus élevé par patient ; utilisation des départs à la retraite des médecins pour caractériser les variations dans la densité médicale
  - ▶ Différents tests empiriques, Johnson (2014) : Trois types de chocs (revenu, prix, information des patients)
- 



## 2. Financement des soins et comportements des acteurs

### Tests empiriques

---

#### **Chocs de revenus :**

- ▶ Hypothèse du revenu cible pour expliquer les comportements des PS ; chocs de revenus pourraient se traduire par une hausse de la demande induite. Exemple de chocs : baisse de la taille de la patientèle d'un médecin.
  - ▶ Fuchs (1978), USA : Variation de la densité de chirurgiens dans un territoire peut influencer la fréquence des interventions chirurgicales.
    - ▶ Hausse de la densité de chirurgiens entraînent une hausse de 3% de la fréquence des opérations
  - ▶ Mais débats méthodologiques : facteurs de confusions possibles (niveau d'assurance et de demande plus élevée), causalité inverse (médecins décident de s'installer dans les territoires où la demande est plus forte), rationnement pourrait expliquer une moindre consommation de soins dans les zones moins denses peut être liée à un rationnement des soins
  - ⇒ Souligne la difficulté de se fonder sur des différences de densité
  - ▶ Autre exemple Gruber (1996), USA :
    - ▶ Taux de césarienne augmentent plus rapidement dans les états dont la fertilité baisse plus rapidement ; l'accouchement par césarienne étant rémunéré +, ils ont compensé la baisse de leur revenu.
- 



## 2. Financement des soins et comportements des acteurs

### Tests empiriques

---

#### **Chocs de prix :**

- ▶ Modification du prix des actes avec deux effets à considérer :
  - ▶ effet prix ou substitution : pour un nombre d'actes donné le médecin va opter pour les actes dont le prix a augmenté
  - ▶ effet revenu : diminue le nombre d'actes puisqu'ils sont mieux rémunérés en moyenne (toujours hyp. du revenu cible)
- ▶ Littérature américaine sur les effets des modifications de tarifs de Medicaid ou Medicaid pour montrer les mécanismes de compensation de la baisse des tarifs par une hausse de volume ou par une substitution vers des traitements dont les tarifs n'ont pas baissé

#### **Information des patients :**

- ▶ Demande induite provient de différence ou d'asymétrie d'information
- ▶ Une étude expérimentale en Chine (Currie, 2010) : information des patients sur les prescriptions des médecins conduit à des ordonnances plus restreintes pour les patients informés que les patients non-informés



## 2. Financement des soins et comportements des acteurs

### Implications pour la régulation

---

Effets des comportements de demande induite dépendent de 2 paramètres essentiels des systèmes de soins :

- ▶ i/ la densité des médecins dans les territoires : si le nombre de médecins est réduit alors il y a une question de rationnement des soins. La régulation peut jouer sur les motivations extrinsèques pour augmenter le temps de travail ou la structure des soins.
- ▶ ii/ les modes de rémunération des médecins : la littérature américaine montre des résultats dans un contexte d'un système à l'acte (plus propice à la demande induite), dans un système à la capitation, on a des possibilités plus importantes d'adressage vers autres spécialistes et prescriptions.



## 2. Financement des soins et comportements des acteurs

### Comportements des consommateurs

---

Phénomènes d'alea moral (Arrow, 1963) : lorsqu'un individu est assuré, il est moins incité à éviter la survenue d'un accident ou d'une maladie du fait d'un recours moins fréquent au système de prévention.

La tolérance vis-à-vis du risque diminue lorsque l'agent économique ne supporte pas les conséquences financières de ses actes

- Ex ante : moindre recours à la prévention.
- Ex post : plus forte consommation en cas de maladie.

Dispositif de co-paiement pour limiter l'effet de ces aleas moraux (reste à charge)



### 3. La régulation des dépenses en France et à l'étranger

#### Quelles options pour réguler les dépenses de santé?

---

- ▶ La régulation des systèmes de santé : quelles options pour réguler les dépenses de santé en France ?
- ▶ La double équivalence de Robert Evans :

$$\begin{array}{ccccc} \text{Offre} & = & \text{Demande} & = & \text{Dépense} \\ \text{Revenu} & & & & \\ \text{des} & & \text{Dépenses} & & \text{Moyens de} \\ \text{professionnels} & = & \text{de soins} & = & \text{financement} \\ (H + S) \times N & = & P \times Q & = & (I + C) + M + A \end{array}$$

Avec :

$h + s$  = honoraires et/ou salaires et  $N$  = nombre de soignants

$P$  = prix unitaire des soins et  $Q$  = volume consommé de soins

$I + C$  = impôt et/ou cotisation,  $M$  = coût supporté par le malade

Différentes options de régulation : offre, demande, financement

---



### 3. La régulation des dépenses en France et à l'étranger

#### Les principales actions en France

---

#### **Actions sur l'offre**

##### Diminution du nombre de personnels soignants :

- Le « numerus clausus » a été créé en 1971 pour limiter la croissance des effectifs avec des conséquences à long terme sur la démographie médicale.

##### Diminution des rémunérations :

- Tarif conventionnel : Conventions conclues entre les caisses d'assurance maladie et les syndicats représentatifs des professionnels de santé (loi du 3 juillet 1971, puis loi du 10 juillet 1975). Actes de référence.
- Ouverture du secteur 2 en 1980 pour autoriser les dépassements d'honoraires.

##### Diminution du prix des médicaments :

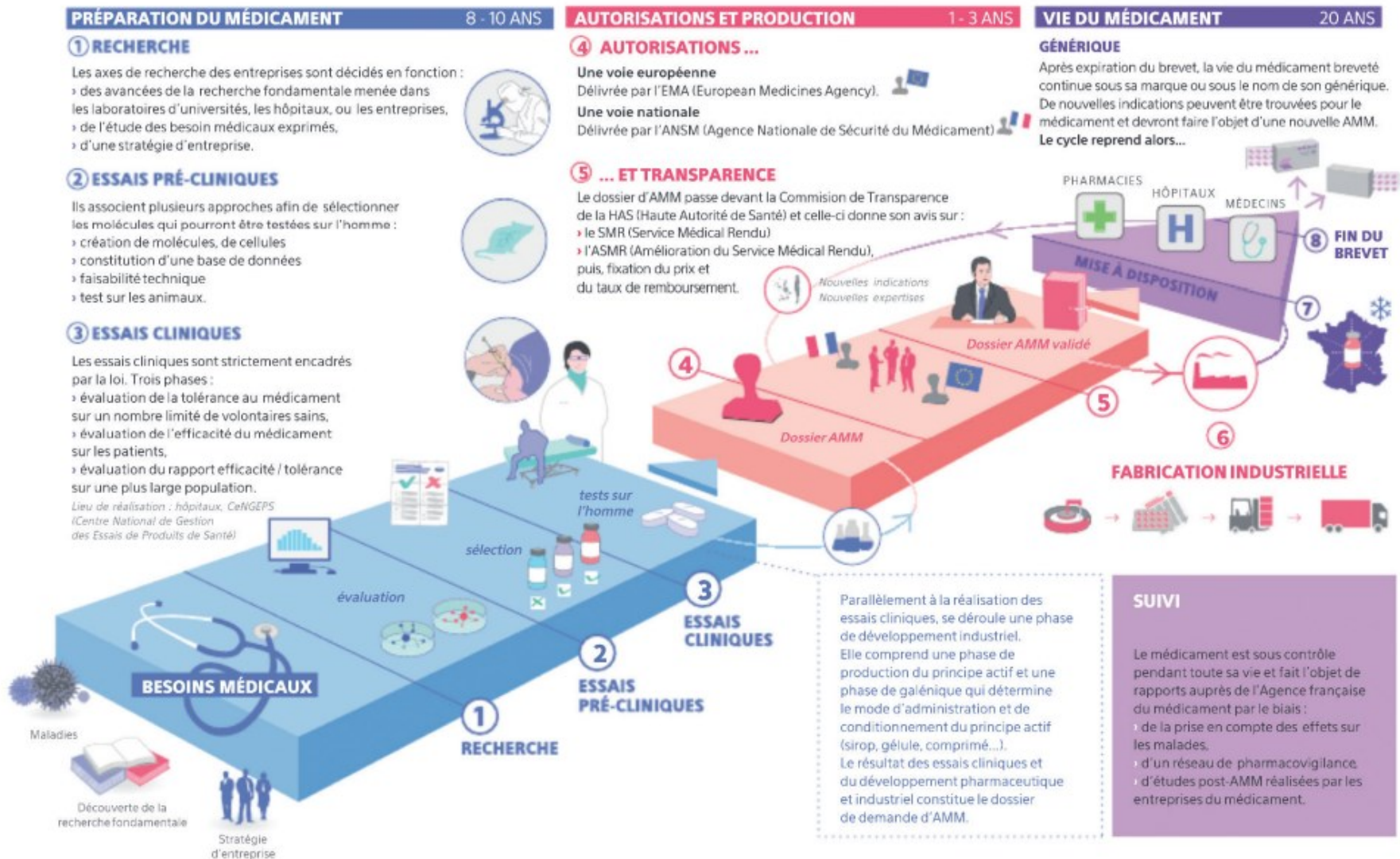
- En France le prix est négocié : évaluation par la HAS du SMR et ASMR (CT) + avis d'efficacité (CEESP) et négociation du prix entre le CEPS et l'industriel.
  - Réévaluation tous les 5 ans.
  - Négociations au niveau des hôpitaux pour les prescriptions hospitalières.
- 



### 3. La régulation des dépenses en France et à l'étranger

#### Les principales actions en France

## Le cycle du médicament





### 3. La régulation des dépenses en France et à l'étranger

#### Les principales actions en France

---

Diminution du coût des séjours hospitaliers en diminuant la durée de séjour :

- Retour précoce a domicile.
- HAD.
- Virage ambulatoire.
- Télémédecine.

Favoriser l'efficacité des modes de rémunération :

- Modes de rémunération mixte en ville : pour cumuler les avantages de toutes les options -> le médecin comme « gatekeeper » (40€ annuel pour la coordination pour ses patients en ALD).
- La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) : ex-CAPI. Deux types d'indicateurs : indicateurs d'organisation du cabinet (ex. informatisation du cabinet) et indicateurs de qualité de la pratique médicale (suivi des maladies chroniques, la prévention et l'efficacité).

La tarification à l'activité (T2A) à l'hôpital :

- Eviter les effets délétères des deux précédents modes de financement.
- Officiellement « inciter à améliorer la productivité ».

Dans la pratique : ce système n'a pas permis d'économie globale puisque les prix ont été calculés par rapport à une moyenne. Elle pourrait être une source d'efficacité si l'on demandait aux cliniciens concernés par cette pathologie d'indiquer des durées de séjour « cible » et non pas des séjours moyens

---



### 3. La régulation des dépenses en France et à l'étranger

#### Les principales actions en France

---

#### **Actions sur la demande**

Encadrement de l'accès aux soins : réforme du médecin traitant (2004)

Impact le niveau de remboursement : taux de remboursement des actes médicaux de 70 %

en cas de respect du parcours contre 60 % en cas de consultation hors parcours.

Accès direct :

- Automédication.
- Vaccination par le pharmacien.
- Renouvellement d'ordonnance.

Co-paiement, responsabilisation du patient :

- Les franchises médicales, participations forfaitaires, forfait hospitalier, forfait urgence
- L'augmentation du ticket modérateur (transfert sur assurance complémentaire)



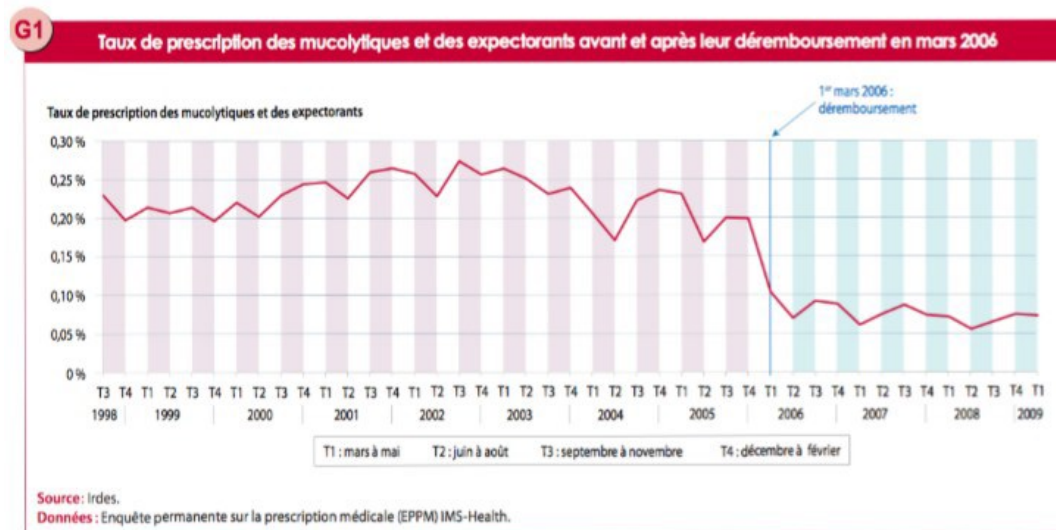
### 3. La régulation des dépenses en France et à l'étranger

#### Les principales actions en France

#### Actions sur le financement

Diminution de la couverture d'assurance-maladie :

Vagues de déremboursement de certaines spécialités pharmacologiques (2003, 2006, 2010, 2011)



*Augmentation du rôle des mutuelles : augmentation des copaiements (tickets modérateurs); réforme du 100% santé ; CMU-C, ACS (maintenant C2S), généralisation de la couverture d'entreprise ;*

*Augmentation des prélèvements obligatoires et du nombre de contributeurs (CSG, fiscalisation du financement)*

### 3. La régulation des dépenses en France et à l'étranger

#### Les outils de la régulation

---

#### **La loi de financement de la Sécurité Sociale (LFSS)**

Créée par la révision de la Constitution du 22 février 1996, elle vise à maîtriser les dépenses sociales et de santé :

- Equilibre financier de la Sécurité sociale.
- Fixe les objectifs de dépenses en fonction des prévisions de recettes.

La LFSS est votée par le Parlement tous les ans, en même temps que la loi de finances déterminant le budget de l'Etat.

La réforme constitutionnelle de 1996 a donné au Parlement un droit de regard sur l'équilibre financier de la Sécurité sociale. Mais ce contrôle reste limité. Le Parlement n'a pas le pouvoir de fixer lui-même les recettes de la Sécurité sociale. La LFSS n'autorise pas la perception des recettes, elle ne fait que les prévoir.

#### **Objectif national de dépenses d'assurance maladie(ONDAM)**

Objectifs de dépenses à ne pas dépasser en matière de soins de ville, hospitalisations dispensées dans les établissements privés ou publics, centres médico-sociaux.

Fixé chaque année par la LFSS, il ne constitue pas un budget mais plutôt un indicateur de maîtrise des dépenses de santé

---



### 3. La régulation des dépenses en France et à l'étranger

#### Les principales réformes à l'étranger

---

#### **Les réformes des systèmes libéraux : USA**

Aux Etats-Unis : principe de responsabilité individuelle et régulation par le marché -> pas d'assurance obligatoire et généralisée.

- Assurance et étendue de la couverture relèvent de choix individuels, dans un marché concurrentiel (pour la majorité de la population, par l'intermédiaire de l'employeur, avec des contrats très variables).
- Couverture publique limitée : les personnes âgées (Medicare, programme fédéral uniforme) et les pauvres (Medicaid, programme géré par les Etats avec une générosité variable) -> idée du filet de sécurité.
- Une part importante de la population n'est pas couverte.

Négociations des tarifs, voire des enveloppes, entre les assureurs privés et les réseaux de soins (health maintenance organizations, HMO) : acteurs privés qui passent des contrats avec les assureurs et avec les professionnels.

- Liberté de choix des médecins restreinte aux professionnels du réseau.
- Avance de frais.
- Contrôle des pratiques (listes des médicaments, protocole de soins).

Tarifs et prestations tiennent compte du niveau de risque de l'assuré + sélection des risques : en 2010, 47 millions d'Américains étaient sans couverture d'assurance-maladie (accès uniquement aux urgences qui sont dans l'obligation de stabiliser la situation des patients qu'ils reçoivent).

---



### 3. La régulation des dépenses en France et à l'étranger

#### Les principales réformes à l'étranger

---

##### **Réforme Obama 2010 (Obamacare) :**

- Subvention de l'accès aux assurances-maladies, rendues obligatoires : aide financière aux familles qui gagnent moins de 88 000 dollars par an.

- Régulation de la concurrence entre assureurs. Il est interdit :

- De refuser de couvrir quelqu'un en raison de ses antécédents médicaux.

- D'annuler la police d'un assuré parce qu'il est tombé malade.

- D'imposer des tarifs plus élevés aux femmes et aux personnes ayant des problèmes médicaux.

- De plafonner les dépenses totales contractées par un assuré tout au long de sa vie.

La réforme s'est révélée un succès, conduisant à une baisse de 7 points de pourcentage des non assurés.

En mars 2015, la proportion de non-assurés est tombée de 20,3 % à 13,2 % de la population entre le troisième trimestre 2013 et le premier trimestre 2015

Plusieurs tentatives d'abrogation sous Trump



### 3. La régulation des dépenses en France et à l'étranger

#### Les principales réformes à l'étranger

---

#### **Les réformes des systèmes beveridgiens : introduction de mécanismes de Marché**

En Grande-Bretagne, jusque fin 1980 : contrôle strict des dépenses permet de limiter la croissance des dépenses avec des dépenses inférieures aux besoins de la population : forte augmentation du nombre de patients en attente de soins hospitaliers

**Réforme Thatcher (1990-1991)** : plutôt que d'introduire une nouvelle cotisation pour augmenter le financement du système, la décision est prise de mettre en concurrence les hôpitaux pour les forcer à améliorer leur performance et réduire les listes d'attentes :

Les médecins généralistes sont devenus gestionnaires de budget (fundholders), acheteurs de soins (purchasers) pour le compte de leurs patients : ils négocient des contrats d'activités dans lesquels les hôpitaux s'engagent sur les délais et les tarifs appliqués et les hôpitaux ont été structurés en trusts concurrents, fournisseurs de soins (providers), financièrement autonomes et responsables.

Résultats : augmentation des dépenses (+6% en 1992 et en 1993), mais réduction limitée des listes d'attentes.



### 3. La régulation des dépenses en France et à l'étranger

#### Les principales réformes à l'étranger

---

##### **Réforme Blair (1998) :**

- Division du NHS en quatre systèmes : Angleterre, Pays de Galles, Ecosse et Irlande du Nord.

Augmentation des impôts pour augmenter l'offre (création d'hôpitaux (n=100), postes supplémentaires de médecins généralistes (n=2000) et d'infirmiers (n= 20000) => atteindre le niveau de dépenses moyen européen.

- Maintien de la mise en concurrence des hôpitaux, mais le rôle d'acheteur est dévolu à des groupes de soins primaires en charge chacun d'environ 400 000 personnes (*Primary care trust*).

- Augmentation des revenus des professionnels de sante + introduction de la rémunération à la performance.

Le budget du NHS a doublé, les revenus des professionnels de santé ont également doublé et forte diminution des listes d'attentes, délais maximums de 3 mois pour l'obtention d'un rendez-vous à l'hôpital.

##### **Réforme Cameron (2013) :**

- Nécessité de contrôler les dépenses face à la crise.

- Impose à chaque service du NHS de réduire les dépenses de 4%.

- Projet de réforme structurelle :

Responsabilisation des médecins généralistes et création les consortiums de médecins généralistes (Clinical commission group), à la place des Primary care trust.

Les marchés publics de soins sont désormais soumis à la concurrence et les CCG deviennent compétents pour mettre en concurrence n'importe quel fournisseur de service (hôpital, entreprise sociale, fournisseurs du secteur privé, etc.).

---





### 3. La régulation des dépenses en France et à l'étranger

#### Les principales réformes à l'étranger

---

**En Suède**, il y a eu la réforme Dagmar de 1985 et la loi Adel de 1992 :

- Décentralisation de la gestion du système de santé vers les comtés, puis vers les municipalités.
- Transfert partiel de l'offre de soins de l'hôpital vers les centres de sante ambulatoires et les soins infirmiers et vers le domicile (dépendance).
- Mise en concurrence des hôpitaux (contrat d'achat de soins par les collectivités locales) et passage a une tarification à l'activité.

Charte du patient en 2005 : « garantie nationale de traitement » : les patients ont le droit de changer de circonscription de soins si les délais maximaux ne sont pas respectés (consultation avec une infirmière dans la journée dans le centre de soins primaire, rendez-vous avec un médecin généraliste dans les 7 jours et rendez-vous avec un médecin spécialiste dans les 90 jours).

Incitations pour les comtés à réduire les temps d'attentes : rémunération à la performance + publication d'indicateurs.



### 3. La régulation des dépenses en France et à l'étranger

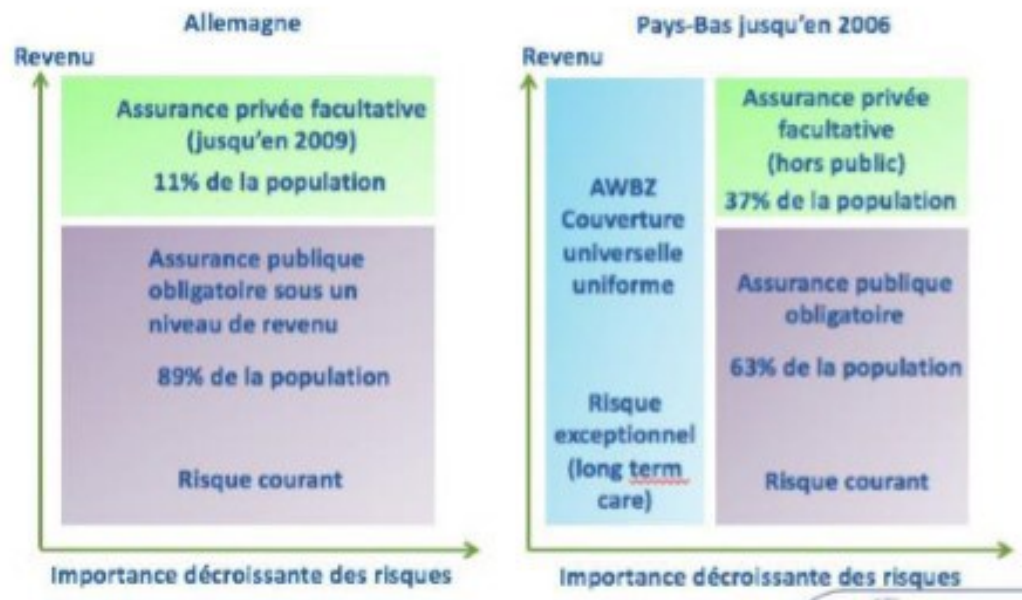
#### Les principales réformes à l'étranger

---

#### Les réformes des systèmes bismarckiens

**Le système allemand** avant 1990 : double système caisses d'assurance-maladie obligatoires (couvrant environ 90 % de la population) et des assurances-maladies privées (couvrant les plus riches mais aussi la plus grande partie des fonctionnaires).

**Autres systèmes fondés sur le modèle bismarckien :**



### 3. La régulation des dépenses en France et à l'étranger

#### Les principales réformes à l'étranger

---

#### **En Allemagne, la mise en concurrence des systèmes d'assurance maladie**

##### **La loi Blum de 1988 :**

- Introduction de tickets modérateurs sur les médicaments, les soins d'auxiliaires médicaux, les cures médicales, les prothèses dentaires, l'optique et les transports ambulanciers.
- Tarif de référence pour les médicaments.

##### **Réforme Seehofer (1996) :**

- Introduit les enveloppes globales dans le secteur hospitalier.
- Gèle le prix des médicaments pendant 2 ans.
- Organise la mise en concurrence progressive des caisses d'assurance-maladie.

Les individus peuvent choisir entre différentes caisses (caisses locales, caisses d'entreprise).

Les caisses négocient des contrats avec les PS par branche ou dans le cadre de « structures de soins intégrés »

##### **Réformes Schröder (2003) :**

- Limiter le poids des cotisations sociales payées par les employeurs en augmentant la part prise par les usagers dans le financement des soins de santé : augmentation des tickets modérateurs existants mais plafond fixé à 2 % du revenu annuel brut du patient (idem en Suède).
  - Certaines prestations ne sont plus prises en charge : médicaments sans ordonnance, lunettes, stérilisation, cures thermales, transport.
  - Augmentation du financement par l'impôt pour diminuer le coût du travail.
  - Augmentation du rôle du médecin de famille
- 



### 3. La régulation des dépenses en France et à l'étranger

#### Les principales réformes à l'étranger

---

##### **Réforme de 2007 :**

- Assurance maladie obligatoire pour tous.
- Cotisations rassemblées dans un fonds national de santé, puis redistribuées à chaque caisse en fonction du nombre de personnes assurées, modulées selon les profils de risque des personnes assurées.
- Baisse des cotisations et augmentation de l'impôt.
- Un niveau commun de cotisation est fixé au niveau fédéral + cotisations supplémentaires par caisse si elle a dépensé plus que le niveau de ressources alloué par le fond (à l'inverse, ristourne, si elle a dépensé moins). Pour les plus démunis : le Fonds national de santé prend en charge la cotisation supplémentaire quand celle-ci excède 2 % du revenu de la personne.

**Les Pays-Bas** ont eu une réforme en 2006 : les caisses d'assurances-maladies ont été privatisées et mises en concurrence :

- Prime d'assurance-maladie forfaitaire (non modulable en fonction du risque), fixée par chaque assureur, payée par les assurés et par l'Etat pour les enfants de moins de 18 ans + contribution prélevée sur les salaires payés par les employeurs.
- Panier de soins de base défini par l'Etat + assurances complémentaires (soins dentaires pour les adultes, lunettes, kinésithérapie, homéopathie...)
- Contractualisation avec les hôpitaux et les professionnels de santé.
- Pour les plus démunis : aides fiscales à l'assurance-maladie versée par l'Etat.

Accroissement des inégalités en fonction des degrés de couverture + augmentation des dépenses.

---



## 4. Outils d'évaluation économique en santé

### Introduction

---

Dans l'analyse économique de la performance des systèmes de santé, on s'intéresse à la fois à l'efficacité des systèmes de santé et à l'équité des systèmes de santé

Aspects macro-économiques : **l'évaluation des politiques de santé**

- l'efficacité et la qualité des soins : les performances en termes d'état de santé
- L'équité : les performances en termes d'équité et d'accès au système
- L'efficience : le rapport entre l'efficacité et le coût. Les performances économiques du système

Aspects micro-économiques : **l'évaluation médico-économique** avec la comparaison des stratégies diagnostiques et thérapeutiques



## 4. Outils d'évaluation économique en santé

### Qu'est-ce que l'évaluation médico-économique ?

---

- ▶ Diffusion de nouvelles technologies de santé de plus en plus coûteuses  
-> hausse des dépenses de santé
- ▶ Dans un contexte de ressources limitées
- ▶ Choix/arbitrages dans l'utilisation des ressources
- ▶ Réflexion pour identifier les meilleures technologies/interventions en santé : celles qui produisent le maximum de bénéfices de santé pour un niveau de ressources ou coût donné

Démarche générale: mise en relation des moyens mobilisés avec les résultats obtenus

- ▶ Deux questions au cœur de l'évaluation économique :
  - Question de l'équité
  - Recherche de l'efficience = maximiser les résultats de santé pour un niveau donné de ressources



## 4. Outils d'évaluation économique en santé

### Qu'est-ce que l'évaluation médico-économique ?

---

- ▶ Deux caractéristiques clés:
  - Etudie les choix/options qui s'offrent aux acteurs
  - Permet de lier les ressources mobilisées (ou coûts) et les effets/bénéfices de santé
- ▶ Définition: Analyse comparative de plusieurs options possibles, sur la base de leurs coûts comme de leurs conséquences/effets



## 4. Outils d'évaluation économique en santé

### Principe de l'évaluation économique en santé

---

#### Exemple 1

- ▶ Imaginons un essai clinique, les patients sont suivis sur 5 ans, on compare deux traitements, A et B.

Traitement	Survie moyenne	Cout moyen par patient
A	2,5 ans	200 000 €
B	4,8 ans	2 000 €

#### ▶ ➤ **Décision ?**

- ▶ → traitement B ! l'espérance de vie est supérieure ET le traitement est moins onéreux





## 4. Outils d'évaluation économique en santé

### Principe de l'évaluation économique en santé

---

#### Exemple 2

Traitement	Survie moyenne	Cout moyen par patient
A	2,5 ans	200 000 €
B	4,8 ans	201 000 €

#### ► Décision ?

#### Exemple 3

Traitement	Survie moyenne	Cout moyen par patient
A	4,6 ans	200 000 €
B	4,8 ans	800 000€

#### ► Décision ?

- ➤ A partir de quel seuil on décide de sélectionner B? Arbitrage et règles de décision nécessaires.
- 

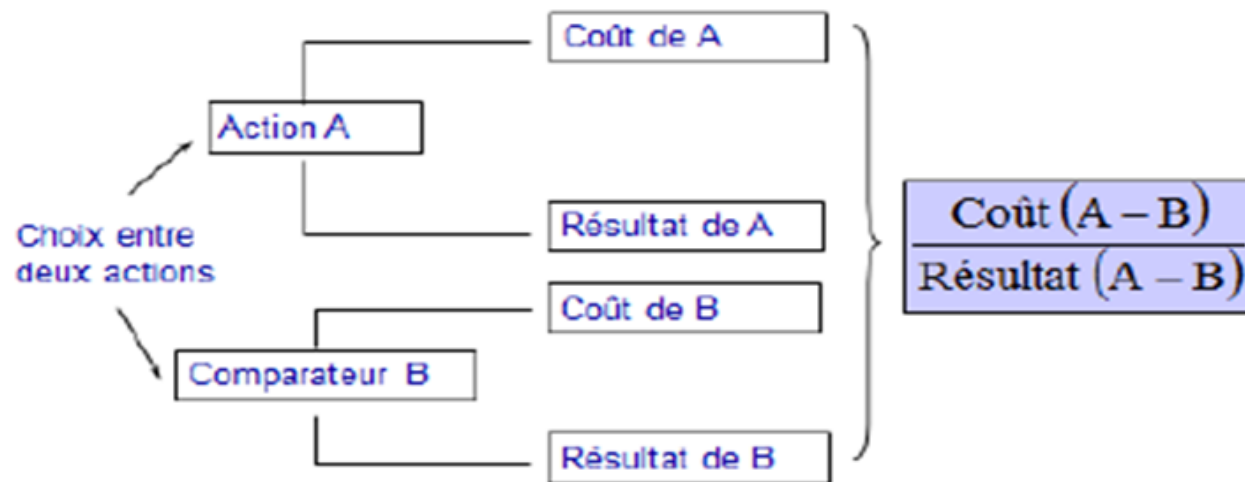


## 4. Outils d'évaluation économique en santé

### Principe de l'évaluation économique en santé

---

- ▶ Identifier, mesurer, évaluer and comparer les coûts et les effets de différentes interventions de santé
- ▶ Ratio coût-efficacité incrémental (RCEI)



## 4. Outils d'évaluation économique en santé

### Principe de l'évaluation économique en santé

---

- ▶ Identifier, mesurer, évaluer and comparer les coûts et les effets de différentes interventions de santé
- ▶ Ratio coût-efficacité incrémental (RCEI)

Définition du RCEI = ratio du coût différentiel entre les deux actions (A par rapport à B = comparateur) sur les résultats/effets différentiels de santé

- RCEI = critère au cœur de l'évaluation économique en santé
- A noter: RCEI = RDCR (Ratio différentiel coût-résultat selon la terminologie de la HAS) = ICER (Incremental cost-effectiveness ratio en anglais)



## 4. Outils d'évaluation économique en santé

### Principe de l'évaluation économique en santé

---

Outil d'aide à la décision:

- ▶ 1. Estimation du RCEI : rapport «coût / efficacité » ou «coût / résultat» («value for money») des différentes actions/interventions de santé
- ▶ 2. Comparaison des différentes actions/interventions possibles sur la base de leur rapport «coût / efficacité »
- ▶ 3. Comparaison du rapport «coût / résultat » des interventions au consentement à payer de la société pour la santé => seuil au-delà duquel les dépenses engagées par la collectivité sont considérées comme trop élevées par rapport à l'efficacité attendue de la stratégie évaluée



## 4. Outils d'évaluation économique en santé

### Les différents types d'analyse médico-économiques

---

4 formes principales d'évaluation économique :

#### **AMC: analyse de minimisation des coûts :**

Comparer des interventions de santé ayant les mêmes effets de santé (efficacité et tolérance identiques)

Seuls les coûts sont pris en compte

-> Identifier l'intervention la moins coûteuse

#### **ACE: analyse coût efficacité**

▶ Compare des interventions (au moins 2) dont les effets différents : l'efficacité et/ou la tolérance ne sont pas les mêmes

– mais dont les effets peuvent être mesurés par un critère identique pour les différentes interventions

Un seul effet sur la santé est pris en compte

– L'effet sur la santé est mesuré par un critère exprimé en unité physique :

Exemples : nombre d'années de vie gagnées, nombre d'infections VIH évités, nombre de nouveaux cas de TB correctement diagnostiqués, ...

Fournit le coût pour une unité additionnelle d'efficacité (par ex : coût par année de vie gagnée)

-> Identifier l'intervention qui présente le coût le plus faible pour une unité d'efficacité supplémentaire



## 4. Outils d'évaluation économique en santé

### Les différents types d'analyse médico-économiques

---

#### **ACU: analyse coût utilité**

- ▶ Forme avancée des études coût-efficacité

Comparer des interventions de santé pour lesquelles la qualité de vie est un critère important

Possibilité de prendre en compte plusieurs effets de santé : survie, tolérance, qualité de vie...

La nature des effets de santé peut être différente selon l'intervention

Les effets sur la santé sont mesurés en termes de QALY= durée de vie ajustée sur la qualité de vie => pondération de la durée de vie par un score de préférence compris entre 0 et 1 où 0 est le pire état de santé et 1 le meilleur état de santé

-> Identifier l'intervention qui fournit le coût le plus faible pour une unité d'efficacité supplémentaire

#### **ACB: analyse coût bénéfice**

- ▶ Compare des interventions de santé dont les effets ne sont pas directement comparables, i.e. que la nature de ces effets peut être différente

Exemple :

Intervention A = nouveau médicament pour traiter le cancer du sein

Intervention B = programme de prévention pour réduire les infections VIH

Différents critères d'efficacité peuvent être pris en compte

La nature des effets est différente selon l'intervention (par ex: gains en survie et infections VIH évitées)

Les effets sont mesurés en unité monétaire

- ▶ Identifier l'intervention qui fournit le meilleur bénéfice net



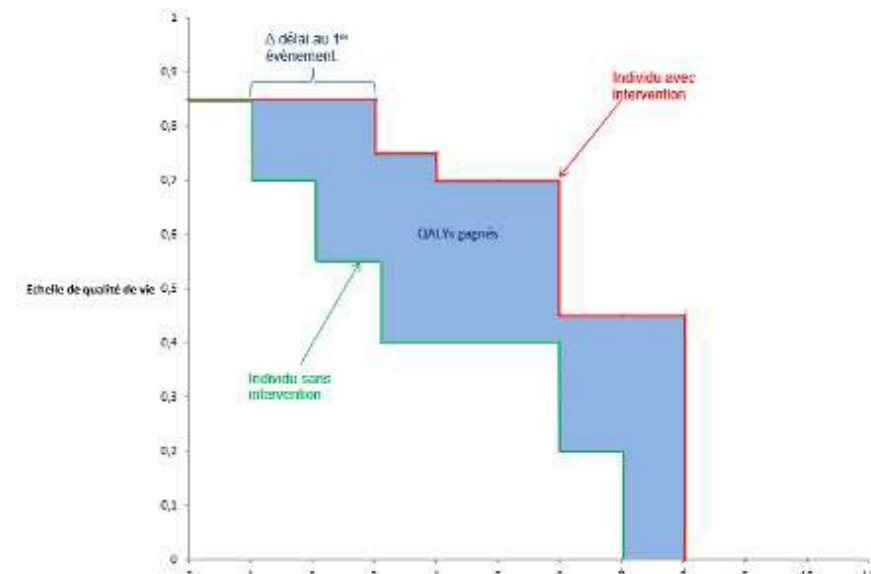
## 4. Outils d'évaluation économique en santé

### Les différents types d'analyse médico-économiques

Estimation du QALY : une année de vie n'a pas la même valeur selon que nous sommes en bonne sante ou malade :

- 1 année en parfaite sante = 1 année complète.
- 1 année en sante dégradée = 0,?
- 1 année dans l'état « décès » = 0 année.

- Deux étapes pour estimer les QALY :
- Décrire l'état de santé (questionnaire)
  - Valoriser l'état de santé (préférence)



## 4. Outils d'évaluation économique en santé

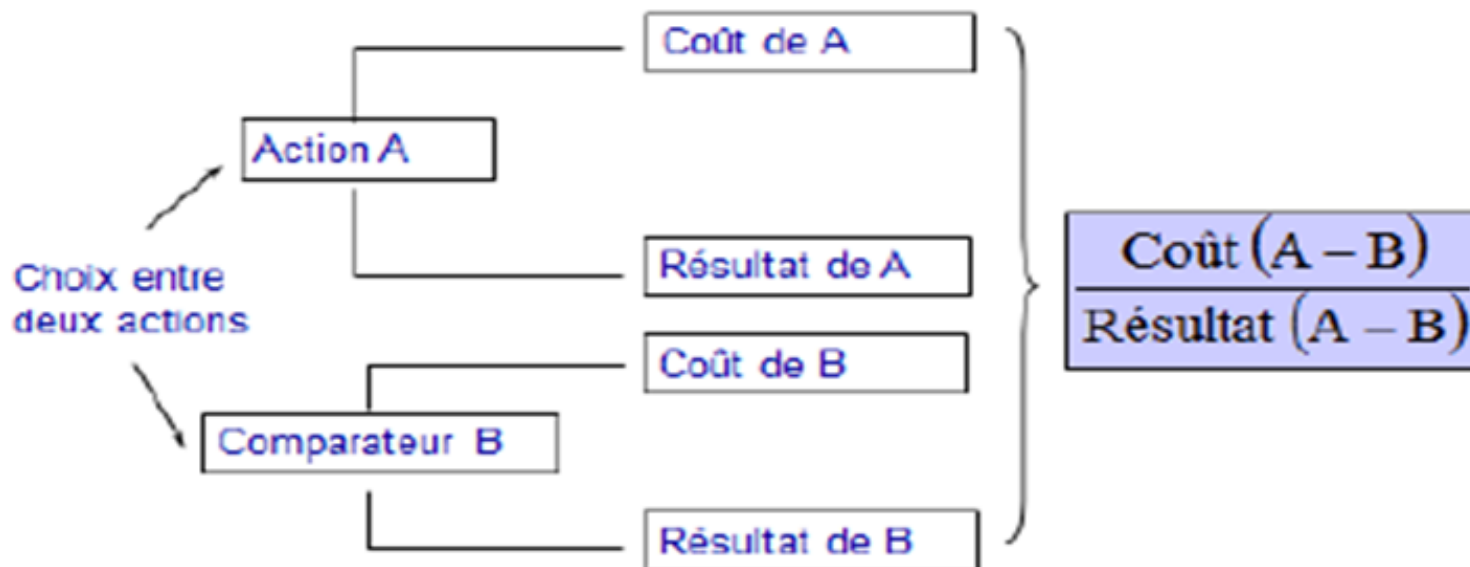
### Synthèse des différents types d'études d'évaluation économique

Type d'étude	Mesure des coûts	Nature des effets de santé	Mesures des effets de santé
<b>1. Minimisation des coûts</b>	Monétaire (€, \$,...)	Effets identiques	Aucun
<b>2. Coût-efficacité</b>	Monétaire (€, \$,...)	Indicateur d'efficacité à une seule dimension	Unité physique (années de vie gagnée, % d'échecs, ...)
<b>3. Coût-utilité</b>	Monétaire (€, \$,...)	Indicateur d'efficacité à plusieurs dimensions	Utilité(QALY)
<b>4. Coût-bénéfice</b>	Monétaire (€, \$,...)	Indicateur d'efficacité à plusieurs dimensions	Monétaire (€, \$,...)



## 4. Outils d'évaluation économique en santé

### Ratio coût-efficacité incrémental (RCEI)



**Exemple:** A coûte 20,000 euros / patient et la survie moyenne est de 2 ans; B coûte 10,000 euros / patient et la survie moyenne est de 1,5 ans

RCEI = 20 000 euros / année de vie gagnée => **A est-il coût-efficace ?**

La conclusion dépend de combien nous (= la collectivité) sommes prêts à payer pour gagner une année de vie

Comparaison du RCEI au seuil d'acceptabilité (**willingness to pay**) = coût que la collectivité consent à payer pour obtenir une unité de santé supplémentaire (année de vie ou QALY)

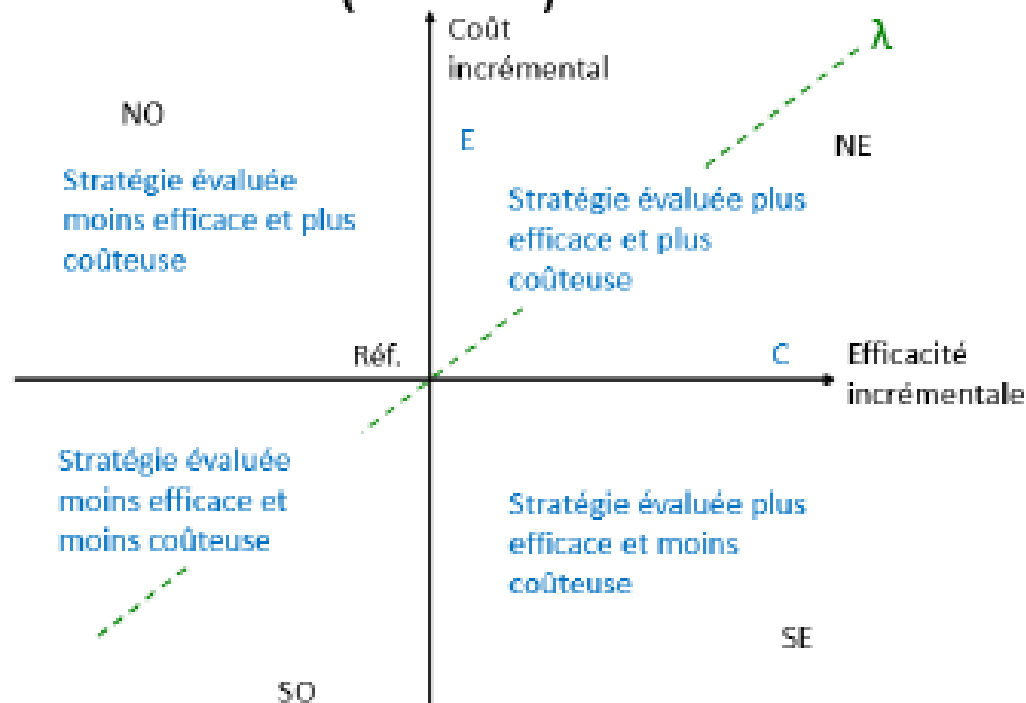
## 4. Outils d'évaluation économique en santé

### Ratio coût-efficacité incrémental (RCEI)

---



### Plan coût-efficacité (RDCR)



## 4. Outils d'évaluation économique en santé

### Seuil d'accessibilité

---

**En GB** (recommandations du NICE –National Institute for Healthand Care Excellence) :

Si RCEI est  $< \text{£}20\,000$  (i.e. 23300 euros) par QALY  $\Rightarrow$  coût-efficace

Si RCEI est compris entre  $\text{£}20\,000$  et  $\text{£}30\,000$  (i.e. 34 900 euros)  $\Rightarrow$  décision prend en compte des critères additionnels

Si RCEI  $> \text{£}30\,000$  (i.e. 34 900 euros)  $\Rightarrow$  non coût-efficace

**Selon OMS :**

Intervention coût-efficace si  $\text{RCEI} < 3 \times \text{PIB par hab}$

Intervention très coût-efficace si  $\text{RCEI} < \text{PIB par hab}$

**En France** aucune valeur de référence n'est à ce jour spécifiée par la HAS

Valeur utilisée dans études = 30 000 à 50 000 euros / QALY



## 4. Outils d'évaluation économique en santé

### Quelles utilisations ?

---

Le calcul économique peut s'appliquer :

- Aux médicaments.
- Aux dispositifs médicaux (stimulateurs, prothèses, aides techniques, pansements, etc.)
- A des programmes de santé publique (dépistage, prévention, informations grand public, etc.)
- A des organisations (prise en charge pluridisciplinaire, éducation thérapeutique, évolution des méthodes de travail en équipe, etc.)

