

Chapitre 6.

L'impact de la facturation des soins aux usagers

Peter C. Smith,
Professeur en santé publique, Imperial College Business School, Londres

Ce chapitre examine l'importance actuelle de la facturation aux usagers des soins de santé dans les pays de l'OCDE. Il décrit ensuite quelques innovations des politiques européennes et expose quelques constats importants de l'expérience RAND d'assurance maladie avec des niveaux variables de facturation aux usagers aux États-Unis. Il se termine par quelques observations sur le rôle futur de la facturation des usagers dans les systèmes de santé des pays développés.

Introduction

La plupart des soins étant dispensés aux patients dans le but d'améliorer leur qualité de vie et d'en prolonger la durée, il est envisageable de leur facturer un montant au titre de leur utilisation du système de santé. De fait, il convient de rappeler que, jusqu'à une époque récente, les médecins du monde entier tiraient l'essentiel de leur rémunération du montant facturé à leurs patients. Ce n'est que dans la deuxième moitié du XX^e siècle que l'on a assisté à une socialisation des soins médicaux dans les pays développés.

La facturation des services de santé aux usagers a un double rôle qui est de contribuer au financement des systèmes de santé et d'envoyer un signal à des patients qui, autrement, bénéficieraient d'un accès gratuit aux soins de santé. Dans les pays développés, les montants facturés aux usagers ne représentent pas une source importante de financement. Mais dans les soins de santé, les dangers de ce que l'on appelle le risque moral sont un sujet d'inquiétude permanent (Zweifel et Manning, 2000). En effet, en l'absence de facturation directe, les patients risquent d'avoir recours à des soins qui ne se justifient pas. De plus, étant donné le pouvoir qu'ont les médecins d'influencer le comportement des patients, le risque moral pourrait être exacerbé par une demande induite par le prestataire, en particulier dans les pays où les revenus des médecins sont directement liés à leur niveau d'activité (McGuire, 2000).

Que sait-on du recours à la facturation des soins aux usagers et de ses effets sur l'utilisation des services de santé et sur l'état de santé des patients ? Ce chapitre commence par examiner l'importance actuelle de la facturation aux usagers des soins de santé dans les pays de l'OCDE¹. Il décrit ensuite quelques innovations des politiques européennes et expose quelques constats importants de l'expérience RAND d'assurance maladie avec des niveaux variables de facturation aux usagers aux États-Unis. Il se termine par quelques observations sur le rôle futur de la facturation des usagers dans les systèmes de santé des pays développés.

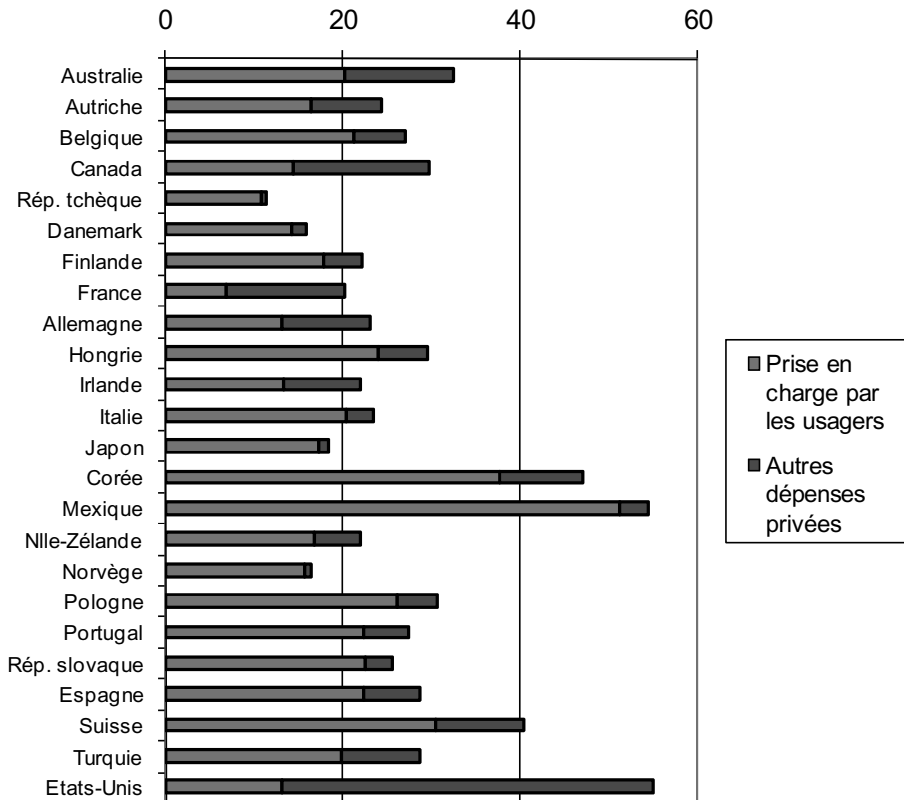
Facturation des usagers dans les pays à haut revenu

Les premières expériences de soins de santé subventionnés dans des pays comme l'Allemagne et le Royaume-Uni visaient essentiellement à améliorer l'état de santé des travailleurs à revenus modestes et des militaires. Ces dispositifs ont progressivement évolué pour devenir, dans la plupart des pays de l'OCDE, des systèmes de couverture maladie universelle et de facturation aux usagers de sommes modiques. Le graphique 6.1 montre le

schéma actuel du financement privé des soins de santé dans les pays qui communiquent des données à l'OCDE ; il souligne le recours important aux financements publics (fiscalité et recettes des assurances sociales).

La prise en charge directe par les usagers (ce que l'on appelle également les paiements directs) représente entre 10 % et 20 % des recettes. La plupart des autres dépenses privées (voir graphique 6.1) concernent l'assurance volontaire privée. Dans certains pays, comme la France et l'Irlande, les patients sont en principe tenus de prendre à leur charge des montants relativement élevés. Toutefois, de nombreux citoyens souscrivent une assurance maladie volontaire privée pour couvrir les paiements directs.

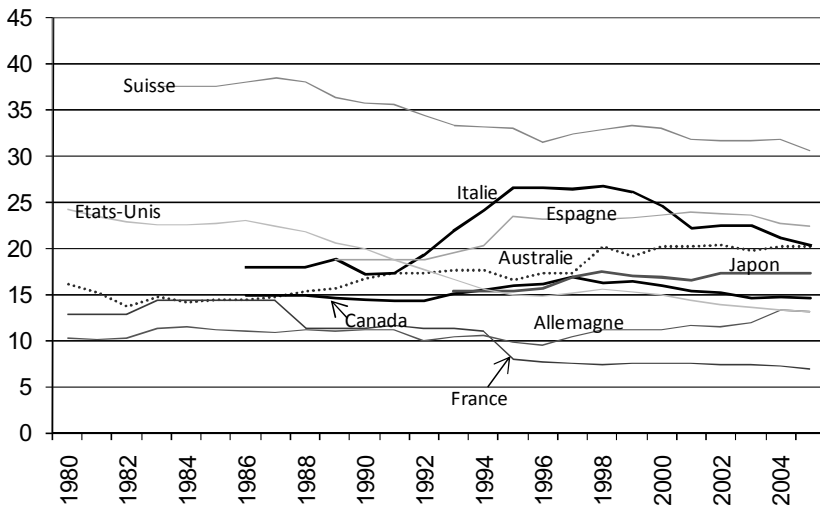
Graphique 6.1. Dépenses privées en pourcentage des dépenses totales de santé, en 2005



Source : OCDE (2004), *Eco-Santé OCDE*.

Le graphique 6.2 montre l'évolution dans le temps dans certains pays du recours aux paiements directs, en pourcentage des dépenses totales de santé. Bien que l'on ne discerne pas de véritable schéma dans cette évolution, la valeur absolue des paiements directs des patients pour des soins de santé a généralement progressé sur la période 1980-2005, la part des dépenses totales de santé dans l'activité économique totale ayant fortement augmenté dans la plupart des pays.

Graphique 6.2. Évolution des paiements directs en pourcentage des dépenses totales de santé, 1980-2005



Source : OCDE (2007), *Eco-Santé OCDE*.

Lorsqu'on examine les implications économiques de la facturation aux usagers des soins de santé, il est important de garder à l'esprit les controverses politiques intenses qui y sont souvent associées. Eversley (2001) rapporte par exemple l'histoire navrante déclenchée en 1951 par l'imposition d'une prise en charge par les patients dans le système britannique de santé ; l'affaire a conduit le ministre de la Santé à démissionner et précipité la chute du gouvernement travailliste. Même lorsque des prises en charge ont été imposées, les exemptions se sont généralisées. En 2004 par exemple, l'application d'un forfait sur les prescriptions a représenté, en Angleterre, des recettes d'un montant de 446 millions GBP, mais 8.9 % seulement des prescriptions ont été facturées au taux plein de 6.20 GBP (House of Commons, 2005). L'immense majorité des prescriptions sont exonérées au motif de l'âge (jeunes et personnes

âgées), de la maladie (certaines pathologies chroniques), de la maternité ou de revenus modestes. Ce constat se retrouve dans de nombreux pays.

Il convient également de noter qu'un grand nombre de pays à revenu plus modeste n'offrent pas la protection dont bénéficient les patients des pays à haut revenu en matière de prise en charge des dépenses de santé. De fait, au niveau mondial, plus de la moitié des soins de santé est financée par les paiements directs. Dans les pays à faible revenu où il n'existe aucun système public ou privé d'assurance maladie, il est inévitable que le financement des systèmes de santé repose largement sur la facturation aux usagers ; il en résulte généralement des performances médiocres. Il est donc important de souligner que la discussion menée ici vaut principalement pour les systèmes de santé des pays développés.

Évolution en Europe

De tout temps, les pays d'Europe occidentale ont cherché à élaborer un modèle de système de santé basé sur le principe dit de solidarité. Cela implique une couverture universelle et une participation au financement des soins de santé qui soit fonction de la capacité à payer, indépendamment de l'âge ou du degré de la maladie. La facturation aux usagers semble en contradiction avec le principe de solidarité, mais face à la progression inexorable des dépenses de santé, on a noté un intérêt grandissant pour l'imposition d'une prise en charge modeste (Robinson, 2002).

En général, les initiatives récentes visant à facturer les soins aux usagers ne génèrent pas des recettes importantes ; dans certains cas en effet, les coûts de la collecte sont supérieurs aux montants imposés. Mais l'objectif principal de ces innovations est d'encourager les patients à mieux utiliser les systèmes de santé, en dissuadant la poursuite de traitements dont le bénéfice est minime et en incitant à une utilisation efficace des services lorsque celle-ci se justifie. Quelques exemples :

- Modérer l'usage de médicaments
- Encourager l'utilisation de génériques moins chers
- Décourager les consultations multiples de médecins
- Orienter les patients par le biais du médecin traitant
- Encourager le recours à des prestataires d'un coût moindre ou de qualité supérieure
- Encourager les hospitalisations de courte durée.

La plupart de ces initiatives visaient à réduire les coûts et beaucoup d'autres expériences du même genre pourraient être envisagées, comme la facturation aux patients des consultations externes, en proposant toutefois une remise totale ou partielle si le patient se rend à son premier rendez-vous (afin de dissuader ceux qui ne s'y rendent pas). De plus, la participation aux frais pourrait, en principe, être utilisée pour encourager les patients à avoir des comportements plus sains. On pourrait, par exemple, envisager un système d'exemption de facturation si un patient suit un traitement dans sa totalité. Quelques innovations européennes en la matière jusqu'en 2005 sont décrites ci-après.

Le système de santé suédois, système traditionnel reposant sur le secteur public, a été l'un des premiers à expérimenter la facturation modique aux usagers d'un large éventail de services de santé. Les enfants et les jeunes sont généralement exemptés et le plafond annuel de facturation a été traditionnellement fixé à un niveau assez bas (90 EUR en 2001). De façon générale, cette facturation modique semble avoir été bien acceptée et jugée raisonnable mais elle a limité le recours aux soins des patients à faible revenu et on peut craindre qu'elle ne compromette l'équité de l'accès aux soins (Andersen *et al.*, 2001).

Les Pays-Bas ont un système concurrentiel d'assurance sociale et ont traditionnellement rejeté la pratique de la facturation directe. Toutefois, depuis 2005, les assureurs ont été autorisés à proposer des réductions de primes aux assurés n'ayant pas été hospitalisés l'année précédente, imposant en effet un paiement rétrospectif pour l'utilisation des soins hospitaliers.

À partir de 2004, l'Allemagne a expérimenté le paiement d'un montant de 10 EUR pour la première consultation d'un médecin au cours d'un trimestre, jusqu'à concurrence d'un plafond lié au revenu. Les premiers constats donnent à penser que la proportion de patients prenant contact avec un médecin n'a guère changé mais que le nombre moyen des contacts pris a quelque peu régressé. Cette décision ne semble pas avoir eu un impact disproportionné sur les pauvres ou les malades ; les conclusions d'une première évaluation ont donc été d'un optimisme prudent, estimant que la réforme réduit l'intensité du recours aux soins sans être préjudiciable pour les patients (Gericke *et al.*, 2003 ; Grabka *et al.*, 2005).

En France, depuis janvier 2005, les patients se voient facturer une somme symbolique de 1 EUR par consultation, intervention ou examen. De même, pour les adultes ne souffrant pas d'une pathologie de longue durée, une somme supplémentaire est facturée en cas de consultation d'un spécialiste sans l'aval du médecin traitant désigné. Ce montant est variable ; il est d'environ 7 EUR pour une consultation de base. Les patients français ayant eu de tout temps un droit inconditionnel d'accès aux professionnels de

santé, il s'agit là d'une initiative qui s'efforce de modérer la demande de soins spécialisés. Pour que cette mesure puisse avoir l'effet souhaité, les décideurs ont cherché à éviter que ces facturations nouvelles soient incluses dans l'assurance complémentaire traditionnelle souscrite par de nombreux citoyens français (Bellanger et Mossé, 2005).

L'utilisation de « prix de référence » pour les médicaments est une forme de facturation des usagers très courante en Europe. On la retrouve, par exemple, en Allemagne, en Espagne, en Italie et en Suède. Ce système consiste à constituer des groupes discrets de produits pharmaceutiques ayant des propriétés similaires. Tous les médicaments d'un groupe donné sont remboursés à un taux fixé et si les patients choisissent un médicament plus onéreux, ils doivent payer de leur poche la différence entre le prix de ce médicament et le prix de référence. Le but est d'encourager le recours aux génériques moins onéreux en remplacement des médicaments de marque (Kanavos et Reinhardt, 2003). L'impact, sur la demande de soins et la santé, de la politique des prix de référence reste à évaluer de manière satisfaisante.

Certains pays d'Europe orientale, qui ont connu des problèmes particulièrement graves de financement des soins de santé, ont expérimenté des méthodes de facturation plus radicales, en particulier lorsqu'il existait une tradition de paiements informels des médecins et autres professionnels (Lewis, 2002). Un schéma particulièrement ambitieux de remboursement sur la base du diagnostic a été testé par la République slovaque. Un barème national de remboursement des prestataires devait être fixé pour toutes les interventions, en fonction du diagnostic. Les patients devaient ensuite être remboursés d'une partie des coûts de traitement, en fonction du groupe de pathologies. La partie remboursée dépendait des coûts et avantages estimés du traitement et le remboursement était intégral pour 33 % des maladies. Ce système était en conformité avec les prescriptions de la théorie économique de l'imposition « optimale » (Smith, 2005). Toutefois, l'expérience n'a jamais été entièrement appliquée et un changement de gouvernement a conduit à son abandon en 2006.

Évaluation des expériences de facturation des usagers

On manque généralement de preuves fiables de l'impact de la facturation aux usagers sur l'utilisation des soins et sur la santé des patients dans les pays développés. La principale exception est la célèbre expérience d'assurance maladie RAND, au cours de laquelle plus de 2 000 patients américains ont été soumis de manière aléatoire et sur une longue période à l'un des quatre régimes de facturation (Newhouse, 1993). Un groupe de patients a été exempté à 100 % tandis qu'à l'autre extrême des patients se sont vus facturer à hauteur de 95 % pour pratiquement tous les soins, jusqu'à

concurrence d'un montant annuel « en cas de catastrophe » d'environ 6 000 USD à prix courant.

Le tableau 6.1 résume quelques-uns des résultats de l'expérience qui montrent des réductions uniformes de l'utilisation, pour tous les types de soins de santé, à mesure que la participation aux frais augmente. À titre d'exemple, le nombre des consultations de médecins est passé de 4.55 par an pour les personnes exemptées de toute participation aux frais à 2.73 pour celles se voyant appliquer le régime de facturation le plus élevé, soit une réduction de 40 %. Toutefois, à une exception (majeure) près, l'évaluation de l'expérience n'a pas permis de détecter une variation sensible des résultats en termes de santé associée à la facturation. Les chercheurs en ont donc conclu que, pour la majeure partie de la population, la participation aux frais a encouragé une utilisation plus raisonnable des soins sans avoir de conséquences graves pour la santé. L'exception importante a été le constat d'un impact très défavorable de la participation aux frais sur les individus à la fois pauvres et en mauvaise santé. L'évaluation RAND a estimé que pour ce groupe d'individus défavorisés, la facturation a eu toute une série de conséquences graves en dépit de certaines aides aux familles modestes. Par exemple, lorsqu'une participation a été imposée, l'hypertension a été moins bien contrôlée dans ce groupe au point que la probabilité annuelle de décès a augmenté d'environ 10 % (Newhouse, 2004).

Tableau 6.1. Utilisation et dépenses annuelles par personne dans l'expérience RAND d'assurance maladie

Co-assurance (%)	Taux de consultation		Taux d'hospitalisation		Dépenses (USD 2003)	
	Nombre	Erreur-type	Nombre	Erreur-type	Montant	Erreur-type
0 (gratuité des soins)	4.55	0.17	0.128	0.0070	1,377	58
25	3.33	0.19	0.105	0.0070	1,116	51
50	3.03	0.22	0.092	0.0166	1,032	58
95 (franchise élevée)	2.73	0.18	0.099	0.0078	946	47

Source : Newhouse, J.P. (2004), « Consumer-Directed Health Plans and the RAND Health Insurance Experiment », *Health Affairs*, vol. 23, n° 6, pp. 107-113.

Il s'est avéré beaucoup plus difficile d'évaluer les conséquences de la facturation des usagers en l'absence de modèle expérimental et les chercheurs ont dû recourir à l'analyse économétrique pour établir son impact. Les résultats d'analyses menées dans d'autres pays semblent corroborer ceux de l'expérience RAND. Ceux de la Belgique, par exemple, donnent à penser que pour les généralistes l'impact est différent selon qu'il s'agit des visites à domicile ou des consultations au cabinet, excepté pour les patients âgés ou handicapés (Van de Voorde *et al.*, 2001).

Conclusion

Une question se pose donc : quel est le rôle le plus approprié pour la facturation aux usagers dans un système de santé moderne ? L'expérience des pays à haut revenu donne à penser qu'il existe une tension persistante entre l'objectif d'équité, qui est d'assurer un accès universel aux soins de santé, et l'objectif d'efficacité, qui est de modérer l'utilisation des services de santé. En bref, sauf à être conçue avec beaucoup de soin, une facturation des usagers dans le but de réduire une demande excessive de l'ensemble de la population pourrait avoir des conséquences financières ou sanitaires désastreuses pour un nombre relativement faible d'individus pauvres et en mauvaise santé. Il est donc important de la concevoir dans le cadre plus large des objectifs et des institutions du système de santé dans son ensemble.

À l'exception notable des États-Unis, tous les pays s'accordent à dire que le financement public d'une offre étroitement régulée devrait être au cœur des systèmes de santé modernes. Toutefois, on observe également une tendance grandissante à facturer des montants modiques mais hautement symboliques. Ces nouvelles approches de la facturation sont destinées à influencer des aspects spécifiques du comportement des patients, mais aussi à mettre en avant certains comportements plutôt que d'autres. Elles pourraient également aider à rassurer les contribuables en encourageant les patients à utiliser de manière responsable les services pour lesquels ils payent. Jusqu'ici, la facturation n'a pas été utilisée pour générer des recettes importantes pour les systèmes de santé des pays développés.

De plus, nonobstant le caractère modeste des expériences décrites ci-dessus, à moyen terme, l'accélération du rythme de l'innovation technologique et la progression inexorable de la demande des patients peuvent nécessiter de repenser de manière plus fondamentale les mécanismes de facturation. Les pays développés ont pu faire en sorte que la plupart des interventions courantes soient incluses dans le panier de base, autorisant ainsi les responsables de l'action publique à affirmer que la couverture est exhaustive. Toutefois, il est de plus en plus évident qu'une telle politique risque de devenir financièrement non viable et que les décideurs devront probablement recourir à l'utilisation accrue d'un rationnement explicite de certains aspects des soins de santé (Coulter et Ham, 2000).

Dans ce cas, il est primordial de décider quelles sont les technologies de soins de santé qui devraient être subventionnées sur les deniers publics. Une politique de facturation des usagers découle alors naturellement du choix des traitements subventionnés. Une fois le panier public de soins choisi, les patients demeureront libres d'acheter les interventions restantes non subventionnées au prix du marché ou de souscrire une assurance privée

complémentaire pour couvrir le coût de ces interventions. Telle était l'essence de l'expérience slovaque².

L'étendue du panier de base devrait être déterminée par la volonté du public de supporter le fardeau fiscal que cela implique, en particulier par la volonté des personnes riches et bien portantes de subventionner les personnes pauvres et malades (De Graeve et Van Ourti, 2003). Il est donc essentiel que le panier soit de grande qualité, de sorte que les plus riches ne fassent pas le choix de recourir à des soins privés plutôt qu'à des soins publics subventionnés. S'il ne l'était pas, on pourrait en effet observer une réticence généralisée à payer l'impôt nécessaire au financement du panier public, ce qui rendrait le système public non viable.

De plus en plus d'agences sont sollicitées, comme le NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) au Royaume-Uni, pour évaluer les nouvelles technologies et publier des directives cliniques s'y rapportant. Bien qu'il s'agisse d'une formidable gageure technique, ces agences pourraient, en principe, avoir pour mandat élargi de recommander la totalité du panier subventionné sur les deniers publics. Les patients devraient alors acquitter une participation (partielle ou totale) pour les interventions n'entrant pas dans le panier choisi. De fait, on pourrait envisager que si une technologie ne satisfait pas au critère coût-efficacité du pays, des agences telles que le NICE pourraient néanmoins l'inclure dans le panier public, mais uniquement avec une prise en charge partielle des coûts. Il serait alors demandé au patient de prendre à sa charge la différence entre le prix NICE et le prix du prestataire.

Le choix des groupes de patients devant bénéficier d'exemptions constitue un aspect important de toute politique de facturation. De fait, on pourrait envisager que pour certains groupes de patients il pourrait être justifié d'introduire une facturation négative (subventions) des usagers afin d'encourager l'utilisation accrue de traitements ayant des effets particulièrement bénéfiques pour les personnes ou pour la société tels que les thérapies d'arrêt du tabac. Dans la pratique, la question des exemptions se révèle problématique pour les décideurs, et il est rarement possible de mettre en place un système de facturation sans prévoir d'en exempter certains groupes vulnérables. Au Royaume-Uni, par exemple, des gouvernements successifs ont introduit des exemptions pour les prescriptions au motif de l'âge (jeunes et personnes âgées), des besoins en termes de santé (sélection apparemment arbitraire des pathologies) et du revenu ; il en résulte une proportion très faible de patients redevables d'une participation aux frais. Lorsqu'elles sont mises en place sans discernement, les exemptions peuvent pervertir les signaux économiques attendus. De la même façon, l'expérience RAND et bien d'autres montrent qu'en l'absence de système de réduction de la participation aux frais, la facturation aura des

effets financiers ou sanitaires catastrophiques à tout le moins pour certains patients défavorisés.

En résumé, le système public de santé de demain devrait présenter les caractéristiques suivantes :

- un ensemble explicite d'interventions subventionnées sur des fonds publics (le panier de soins), dont le choix est guidé par le critère coût-efficacité ;
- la fixation de la taille du panier en fonction de la disposition de la population à supporter le coût fiscal d'un tel système ;
- une participation (totale ou partielle) versée par les patients au titre des interventions dont le rapport coût-efficacité n'est pas jugé satisfaisant ;
- ceux qui le veulent et qui en ont la capacité peuvent souscrire une assurance (complémentaire) volontaire pour se prémunir contre cette participation aux frais ;
- il ne faut pas transiger sur la qualité des soins financés sur les fonds publics ;
- pour protéger les plus démunis, un système d'exemptions bien conçu doit être appliqué ; et
- de petits montants sont facturés, même pour certaines interventions subventionnées à 100 %, afin de signaler un comportement privilégié.

À première vue, ce système peut paraître bien peu attractif comparé au principe largement admis d'un système global de santé totalement gratuit pour tous les usagers. Pourtant, on ne pourra indéfiniment s'en tenir à ce principe car le champ des technologies de santé s'élargit de manière inexorable et l'on atteint les limites des sources de financements publics. Dans ce cas, les propositions énoncées ici offrent aux décideurs un cadre leur permettant de faire les choix difficiles qui suivent. Un certain courage politique sera nécessaire pour mettre en œuvre un tel système de rationnement explicite, mais l'alternative à ce choix pourrait être une réduction régulière de l'étendue et de la qualité des soins de santé de base et de l'engagement général de solidarité sur lequel reposent les services de santé financés sur les deniers publics.

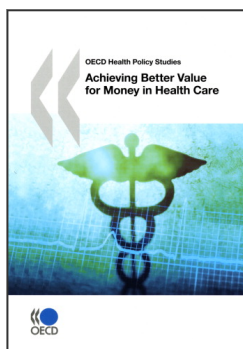
Notes

1. Le présent chapitre s'appuie sur un document préparé en 2006 et certaines des informations par pays qu'il décrit ne sont plus d'actualité. Ces informations doivent être considérées comme une aide aux discussions plutôt que comme une description exhaustive de la situation actuelle.
2. Du point de vue économique, le choix des interventions du panier public ne devrait être principalement guidé que par les bénéfices attendus en termes de santé par rapport aux coûts (Smith, 2006). Les préoccupations d'équité devraient être gérées non pas par le système de santé mais par le régime fiscal utilisé pour le financement du panier public. Toutefois, si des considérations d'ordre politique imposent d'infléchir le contenu des paniers en faveur des pathologies des personnes défavorisées, cela n'affectera pas le principe général de la définition explicite du panier.

Bibliographie

- Andersen, R., B. Smedby et D. Vågeröc, (2001), « Cost Containment, Solidarity and Cautious Experimentation: Swedish Dilemmas », *Social Science & Medicine*, vol. 52, n° 8, pp. 1195-1204.
- Bellanger, M. et P. Mossé, (2005), « The Search for the Holy Grail: Combining Decentralised Planning and Contracting Mechanisms in the French Health Care System », *Health Economics*, à paraître.
- Coulter, A. et C. Ham, (2000), *The Global Challenge of Health Care Rationing*, Open University Press, Maidenhead.
- Eversley, J. (2001), « The History of NHS Charges », *Contemporary British History*, vol. 15, n° 2, pp. 53-75.
- Gericke, C., M. Wismar et R. Busse, (2003), *Cost-sharing in the German Health Care System*. Document de discussion, Département Gestion des soins, Technische Universität, Berlin.
- Grabka, M., J. Schreyögg et R. Busse, (2005), *Verhaltensänderung durch Einführung der Praxisgebühr und Ursachenforschung - eine empirische Analyse*. Note de réflexion DIW 506, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin.
- de Graeve, D. et T. van Ourti, (2003), « The Distributional Impact of Health Financing in Europe: A Review », *The World Economy*, vol. 26, n° 10, pp. 1459-1479.
- House of Commons (2005), Hansard 27 Jan 2005 : Column 561W, The Stationery Office, Londres.
- Kanavos, P. et U. Reinhardt, (2003), « Reference Pricing For Drugs: Is It Compatible With U.S. Health Care? », *Health Affairs*, vol. 22, n° 3, pp. 16-30.
- Lewis, M. (2002), « Informal Health Payments in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union: Issues, Trends and Policy Implications », in E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras et J. Kutzin

- (dir. publ.), *Funding Health Care: Options for Europe*, Open University Press, Buckingham.
- McGuire, T. (2000), « Physician Agency », in J.P. Newhouse et A.J. Culyer (dir. publ.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier, Amsterdam.
- Newhouse, J. (1993), *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Newhouse, J.P. (2004), « Consumer-Directed Health Plans and the RAND Health Insurance Experiment », *Health Affairs*, vol. 23, n° 6, pp. 107-113.
- OCDE (2004), *Eco-Santé OCDE*, Editions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2007), *Eco-Santé OCDE*, Editions de l'OCDE, Paris.
- Robinson, R. (2002), « User Charges for Health Care », in E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras et J. Kutzin (dir. publ.), *Funding Health Care: Options for Europe*, Open University Press, Buckingham.
- Smith, P. (2005), « User Charges and Priority Setting in Health Care: Balancing Equity and Efficiency », *Journal of Health Economics*, vol. 24, n° 5, pp. 1018-1029.
- Smith, P. (2006), « Public Packages of Health Care alongside Voluntary Insurance », in A. Preker, R.M. Scheffler et M. Bassett (dir. publ.), *Private Voluntary Health Insurance in Development: Friend or Foe?*, Banque mondiale, Washington, DC.
- van de Voorde, C., E. van Doorslaer et E. Schokkaert, (2001), « Effects of Cost Sharing on Physician Utilization under Favourable Conditions for Supplier-induced Demand », *Health Economics*, vol. 10, n° 5, pp. 457-471.
- Zweifel, P. et W. Manning, (2000), « Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care », in J.P. Newhouse et A.J. Culyer (dir. publ.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier, Amsterdam.



Extrait de :
Achieving Better Value for Money in Health Care

Accéder à cette publication :

<https://doi.org/10.1787/9789264074231-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

Smith, Peter C. (2009), « L'impact de la facturation des soins aux usagers », dans OCDE, *Achieving Better Value for Money in Health Care*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264074255-7-fr>

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.