

Chapitre 2

Politiques de santé en période de restrictions budgétaires

Ce chapitre passe en revue les orientations retenues dans les pays de l'OCDE pour maîtriser les dépenses de santé, et les conséquences qu'elles entraînent pour les objectifs des systèmes de santé. Du côté de l'offre, des mesures macroéconomiques agissant sur les intrants ou les prix des services de santé ont été très largement appliquées. Les mécanismes qui incitent les prestataires à rechercher une plus grande efficacité tendent à se généraliser. Du côté de la demande, on a tout d'abord cherché à transférer les coûts vers le secteur privé ; il s'agit maintenant de réduire les besoins, par la prévention et l'information, et d'encourager une coordination plus étroite des soins. Sont étudiés ici les risques et les arbitrages liés à des solutions qui font baisser rapidement les coûts, par rapport à des gains d'efficacité à long terme.

1. Introduction

Le chapitre 1 fait état d'une progression forte et continue du coût des systèmes de santé. Mais il met aussi en évidence d'importantes réserves de productivité : il n'y a pas de correspondance entre la grande disparité des dépenses de santé d'un pays à l'autre et les résultats sur le plan de la santé. Aussi le présent chapitre vise-t-il à examiner de plus près certaines des mesures mises en œuvre pour, d'une part, contenir les dépenses de santé et, d'autre part, atténuer les problèmes de capacité (par une utilisation plus efficiente des ressources). Cet examen coïncide avec une des plus graves récessions de tous les temps. La situation budgétaire s'est détériorée dans beaucoup de pays. Dans la zone OCDE, les autorités réfléchissent désormais davantage en termes de viabilité : comment se préparer à d'éventuelles mesures de réduction des dépenses de santé, et comment concilier les gains d'efficacité et d'efficience des systèmes de santé avec les objectifs d'accès aux soins et de qualité des prestations (chapitre 1, encadré 1.1).

À l'appui de cette discussion sur les instruments de restriction budgétaire et d'amélioration de l'efficience et de l'efficacité, le Secrétariat de l'OCDE a envisagé trois scénarios possibles après l'adoption de réformes (graphique 2.1). Ces scénarios montrent l'évolution dans le temps des dépenses de santé selon le type et le résultat des mesures mises en place. La ligne en pointillés correspond à la situation de référence, tandis que la ligne en traits pleins représente les dépenses effectives pour chacun des trois scénarios.

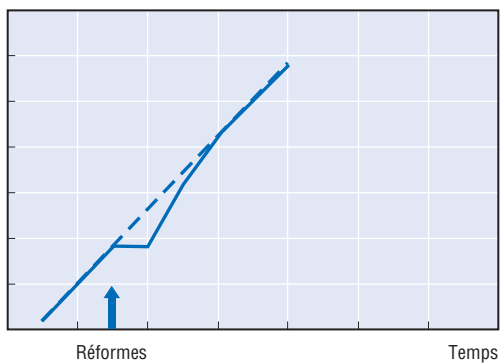
- Dans le *premier scénario*, on suppose que les pays instaurent des mesures de maîtrise des dépenses qui ont surtout un caractère temporaire (gel des salaires et des prix ou investissements différés, par exemple). Ces mesures sont censées se déployer sur un laps de temps relativement court de sorte que les dépenses retrouvent leur trajectoire sous-jacente.
- Dans le *second scénario*, selon le même raisonnement, les autorités sont en mesure de maintenir, par exemple, l'ensemble des salaires et des prix à un niveau inférieur, mais ceux-ci continuent d'augmenter au même rythme qu'avant les réformes.
- Le *troisième scénario* part du principe que les pays qui misent sur de nouvelles formes d'intervention – par exemple, ralentir la progression des dépenses à long terme en instaurant des mesures d'économie – risquent dans un premier temps de voir augmenter les dépenses. Mais une baisse de la croissance sous-jacente des dépenses de santé peut s'ensuivre, dans la mesure où l'efficacité et l'efficience des dépenses de santé s'améliorent.

Les deux premiers scénarios influent sur le niveau des dépenses de santé, dans une proportion qui dépend de leur viabilité. Il s'agit probablement des mesures les plus courantes, ce qui explique peut-être que les dépenses ont été si difficiles à maîtriser. Dans la conjoncture actuelle, les pays devraient faire prévaloir le troisième scénario – parfois appelé « inflexion de la courbe des coûts ». À l'évidence, c'est le plus intéressant pour les décideurs car il laisse présager un ralentissement de la croissance des dépenses de santé sur la durée (Schoen, 2007 ; Shortell, 2009).

Graphique 2.1. Scénarios de dépenses de santé : impact potentiel des réformes

Scénario 1 : Maîtrise des coûts à court terme

Dépenses de santé



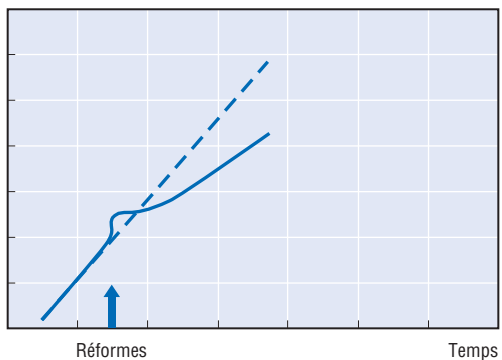
Scénario 2 : Maîtrise des coûts à long terme

Dépenses de santé



Scénario 3 : Inflexion de la courbe des coûts

Dépenses de santé



Source : Secrétariat de l'OCDE.

Toutefois, c'est aussi le scénario le plus difficile à mener à bien, pour quatre raisons au moins :

- Comme indiqué dans le chapitre 1, le vieillissement de la population et les attentes grandissantes exerceront une pression à la hausse sur les coûts des soins de santé ;
- L'augmentation des coûts des soins de santé tient pour beaucoup aux progrès technologiques, si bien que l'option d'une progression plus lente risque de freiner l'adoption et/ou l'application de technologies médicales nouvelles ou implique de (mieux) veiller à ce que les concepteurs de technologies qui font baisser les coûts soient rémunérés comme il convient¹ ;
- Dès lors que la majorité des services de santé dont bénéficient les patients sont en grande partie subventionnés (voire gratuits au moment de leur utilisation), les autorités compétentes doivent trouver les incitations voulues pour éviter une demande excessive et une offre de services de soins de santé pléthorique ; et
- Les États devront pousser plus avant l'efficacité productive dans le secteur des soins de santé.

Les autres sections de ce chapitre portent sur une série de mesures essentielles qui pourraient aider les autorités sanitaires des pays de l'OCDE à surmonter ces difficultés. Il n'est pas aisé de regrouper ou de classer ces mesures dans des catégories bien définies. Les analyses antérieures des politiques de soins de santé ont permis de dégager quatre grandes séries de réformes qui se sont succédées durant les décennies écoulées (Mossialos et Le Grand, 1999 ; et Docteur et Oxley, 2004).

Face à l'impératif d'efficacité dans le secteur des soins de santé, les autorités ont d'abord privilégié des mesures visant à limiter le prix et le volume des intrants alloués aux systèmes de soins. Elles ont ensuite mis en place des mesures limitant les ressources financières des prestataires de soins, notamment en plafonnant les budgets de ceux-ci. Enfin, elles ont augmenté la part des dépenses de santé à la charge du patient (moyennant, par exemple, une participation accrue aux coûts ou une réduction de l'éventail des services couverts par l'assurance maladie de base). Bien que souvent controversées, ces mesures se sont avérées techniquement faciles à mettre en œuvre, d'où leur généralisation dans un grand nombre de pays.

Par la suite, les pays se sont tournés vers des réformes microéconomiques visant à accroître l'efficacité de l'offre, afin d'optimiser les ressources existantes en proposant de meilleures incitations aux acheteurs, aux prestataires et aux patients. Toutefois, il a souvent fallu procéder à des réformes plus profondes des systèmes de santé qui ont suscité des débats et une expérimentation à grande échelle avant d'être véritablement mises en place.

L'examen ci-après suit plus ou moins l'ordre chronologique de la mise en place des mesures. Cependant, les mesures que le Secrétariat de l'OCDE situe *essentiellement* du côté de l'offre sont envisagées séparément de celles qui agissent du côté de la demande sur les marchés des services de santé. Cette distinction amène toutefois à tenir compte de plusieurs éléments.

- Certaines des mesures abordées dans le présent chapitre peuvent avoir simultanément des effets différents du côté de la demande et du côté de l'offre.

- L'impact d'une mesure donnée dépend du cadre réglementaire et institutionnel existant dans le pays où elle est mise en œuvre².
- Enfin, les réformes sont souvent complémentaires. Certaines mesures peuvent être renforcées par d'autres, et la mise en œuvre conjointe de plusieurs mesures peut avoir plus d'impact que la mise en œuvre isolée de telle ou telle d'entre elles³.

2. Vue d'ensemble des options envisageables

Les réformes et leurs effets sur les dépenses, ainsi que certains arbitrages vis-à-vis d'autres objectifs des soins de santé, sont récapitulés dans le tableau 2.1. Il s'agit d'une présentation sommaire des éléments tirés de travaux publiés et des études ou réflexions récentes du Secrétariat de l'OCDE. Les différentes mesures peuvent être envisagées selon plusieurs points de vue, comme suit.

- Orientation et ampleur prévisibles de l'impact (« impact potentiel » dans le tableau 2.1).
- Rapidité de mise en œuvre : les délais d'adoption et de mise en œuvre des mesures peuvent varier, et des effets préjudiciables imprévus peuvent se produire lorsque les marchés reprennent le dessus (« délai d'impact » dans le tableau 2.1). Chose importante, les décideurs peuvent être tentés de recourir à des mesures à court terme qui, si elles sont maintenues trop longtemps, risquent d'avoir des incidences négatives sur le fonctionnement du système de santé.
- Retombées possibles sur d'autres objectifs en termes d'accès, de qualité des soins, d'efficacité et d'efficacités (« objectifs et arbitrages » dans le tableau 2.1).

Les mesures apparaissant dans le tableau 2.1 couvrent un tel éventail qu'il n'est pas possible de les étudier toutes point par point. Certains aspects particulièrement intéressants font l'objet d'examen plus détaillés (voir les chapitres suivants).

Si l'OCDE tient à jour une base de données très complète concernant les performances des systèmes de santé (état sanitaire et qualité des soins, par exemple), les moyens mis en œuvre ou « intrants » (dépenses, professionnels de santé, équipements, etc.), ainsi que les processus (nombre de consultations, durée moyenne d'un séjour hospitalier, etc.), les données sur les politiques de santé et les institutions sont très lacunaires. Le présent ouvrage s'appuie donc sur des travaux récents du Secrétariat de l'OCDE qui – de façon significative – sont venus combler ces lacunes. Des informations plus satisfaisantes sur les politiques de santé, les institutions et la réglementation, présentées sous forme de tableaux récapitulatifs, permettent désormais de mieux évaluer l'impact potentiel de mesures données dans différents pays⁴ (voir Paris *et al.*, 2010).

Ce chapitre passe d'abord en revue diverses mesures axées sur l'offre. Sont ensuite évoquées les mesures prises du côté de la demande qui, dans le passé, ont souvent consisté à instaurer diverses formes de co-paiement. Toutefois, on s'intéresse désormais davantage à des domaines où le patient informé peut jouer un rôle plus important et où une meilleure orientation des demandes de soins peut permettre d'accroître l'efficacité.

Tableau 2.1. Mesures de limitation des dépenses de santé en période de restrictions budgétaires

| Caractéristiques, impacts et arbitrages | Impact sur les dépenses | | Objectifs et arbitrages | | | |
|---|-------------------------|----------------|--|-------------------|-------------------|-------------------------|
| | Impact potentiel | Délai d'impact | Protection financière et accès aux soins | Qualité des soins | Réactivité | Rapport coût-efficacité |
| A. Mesures macroéconomiques visant à limiter les dépenses | | | | | | |
| A.1. Maîtrise des salaires et des prix (travail) | ÉLEVÉE | COURT | AUCUNE | AUCUNE/NÉGATIVE | NÉGATIVE | POSITIF |
| A.2. Maîtrise des salaires et des prix (matériels médicaux) | ÉLEVÉE | COURT | AUCUNE | NÉGATIVE | NÉGATIVE | POSITIF |
| A.3. Contrôle du volume des intrants (travail) (investissement) | ÉLEVÉE | MODÉRÉ | AUCUNE/NÉGATIFS | NÉGATIVE | NÉGATIVE | POSITIF |
| A.4. Contrôle du volume d'autres intrants (haute technologie/médicaments) | ÉLEVÉE | COURT | AUCUNE/NÉGATIFS | NÉGATIVE | NÉGATIVE | POSITIF |
| A.5. Plafonds budgétaires (sectoriels et globaux) | MODÉRÉE | COURT | NÉGATIFS | NÉGATIVE | NÉGATIVE | POSITIF/NÉGATIF |
| A.6. Déplacement des coûts vers le secteur privé (financement accru des coûts du système par les utilisateurs) | ÉLEVÉE | COURT | NÉGATIFS | NÉGATIVE | NÉGATIVE | POSITIF/NÉGATIF |
| A.6. Déplacement des coûts vers le secteur privé (financement accru des coûts du système par les utilisateurs) | MODÉRÉE | MODÉRÉ | NÉGATIFS | POSITIVE/NÉGATIVE | POSITIVE/NÉGATIVE | POSITIF |
| B. Mesures microéconomiques visant à accroître l'efficacité | | | | | | |
| B.1. Côté demande | | | | | | |
| B.1. Prévention des maladies et promotion de la santé | FAIBLE/MODÉRÉE | LONG | POSITIFS | POSITIVE | AUCUNE | POSITIF |
| B.2. Filtrage de l'accès aux soins /aiguillage des patients | FAIBLE | LONG | POSITIFS | POSITIVE | POSITIVE/NÉGATIVE | POSITIF |
| B.3. Coordination des soins soins intégrés/soins auto-administrés | MODÉRÉE | LONG | POSITIFS | POSITIVE | POSITIVE/NÉGATIVE | POSITIF/NÉGATIF |
| B.4. Meilleur contact patient/médecin | FAIBLE | MODÉRÉ | AUCUNE/POSITIFS | POSITIVE | AUCUNE/POSITIVE | POSITIF/NÉGATIF |
| B.5. Accès à un praticien en dehors des heures de consultation (pour désengorger les services d'urgence hospitaliers) | MODÉRÉE | LONG | POSITIFS | POSITIVE | POSITIVE | POSITIF |
| B.2. Côté offre | | | | | | |
| B.6. Poursuite du transfert des soins hospitaliers vers les soins ambulatoires | MODÉRÉE/ÉLEVÉE | LONG | NÉGATIFS | POSITIVE/NÉGATIVE | NÉGATIVE | POSITIF |
| B.7. Renforcement du rôle des acheteurs de soins | MODÉRÉE | LONG | POSITIFS/NÉGATIFS | POSITIVE | POSITIVE/NÉGATIVE | POSITIF |
| B.8. Amélioration des systèmes de contractualisation /d'achat et de paiement des hôpitaux | MODÉRÉE | LONG | AUCUNE | POSITIVE/NÉGATIVE | POSITIVE/NÉGATIVE | POSITIF |
| B.9. Plus grande indépendance de gestion | FAIBLE | LONG | INCONNUS | POSITIVE | POSITIVE/NÉGATIVE | POSITIF |
| B.10. Amélioration des méthodes de rémunération /incitations pour les hôpitaux | MODÉRÉE | LONG | POSITIFS | POSITIVE | POSITIVE/NÉGATIVE | POSITIF |
| B.11. Surveillance des progrès technologiques et de la tarification des produits médicaux | MODÉRÉE/FAIBLE | LONG | POSITIFS/NÉGATIFS | POSITIVE/NÉGATIVE | POSITIVE/NÉGATIVE | POSITIF |
| B.12. Recours accru aux TIC pour la transmission de données | MODÉRÉE/FAIBLE | LONG | POSITIFS/NÉGATIFS | POSITIVE | POSITIVE/NÉGATIVE | POSITIF/NÉGATIF |

Note : D'après l'évaluation antérieure des politiques par le Secrétariat de l'OCDE et les travaux publiés. La première colonne fait apparaître le type de mesure de réforme. Dans les deux colonnes suivantes figure l'impact à prévoir sur les dépenses, compte tenu de l'importance de l'effet et du délai de mise en œuvre. Les quatre dernières colonnes mettent en évidence certaines des répercussions sur les objectifs en termes de soins de santé, en indiquant les domaines dans lesquels des arbitrages peuvent s'avérer nécessaires entre les mesures. Les effets sont dits « positifs » si la probabilité de réalisation de l'objectif visé est plus grande et « positifs/négatifs » si la mesure peut agir dans un sens favorable ou défavorable selon le contexte institutionnel dans lequel elle s'inscrit et/ou ses modalités de mise en œuvre.

3. Mesures agissant sur l'offre pour réduire les dépenses et améliorer le rapport coût-efficacité

Comme indiqué plus haut, les mesures prises pour freiner la croissance des dépenses ont d'abord cherché à limiter le volume et le prix des ressources en travail et en capital mises en œuvre dans l'offre de soins de santé ; ont été ensuite instaurés des systèmes d'enveloppes budgétaires ou de plafonnements applicables à l'ensemble du secteur de la santé ou à certains sous-secteurs tels que les hôpitaux.

Les années 60 et 70 ont été marquées par une croissance rapide de l'offre dans les soins ambulatoires comme hospitaliers. Avec les progrès technologiques et la modification de la charge de morbidité, les besoins de soins hospitaliers ont diminué parallèlement à une augmentation de la demande – et des possibilités – de traitements ambulatoires. Les nouveaux médicaments ont joué un rôle important dans ce rééquilibrage : leur part grandissante dans les dépenses de santé en témoigne. Mais cette évolution a sans doute eu un impact net positif sur l'efficacité globale du secteur de la santé car les patients ont pu se diriger vers des soins moins coûteux.

Si la densité de médecins et d'infirmiers a augmenté dans tous les pays de l'OCDE au cours des 30 dernières années, cette progression tend à ralentir (tableaux 2.2 et 2.3). En effet, selon certains décideurs et analystes, l'augmentation du nombre de médecins a peut-être induit une plus grande demande de soins et un accroissement des dépenses de santé, notamment lorsque les médecins étaient payés à l'acte. Malgré cette tendance générale à la hausse, les écarts de densité restent importants entre les pays (graphique 2.2). La tendance est comparable pour le personnel infirmier sur la même période.

Concernant l'offre de soins hospitaliers, on a d'abord constaté un délai d'action des mesures entre l'évolution de la morbidité vers des maladies chroniques et les possibilités de traitement en ambulatoire⁵. Néanmoins, ces vingt dernières années, les pouvoirs publics se sont attachés à réduire le nombre de lits de soins aigus par habitant dont le coût est élevé. Des mesures incitatives ont été prises pour concentrer les soins aigus dans des unités hospitalières plus grandes de manière à profiter d'économies d'échelle et de gamme. Le risque de dépassement des dépenses publiques globales a probablement été ainsi limité, le nombre de lits à remplir étant moindre. Dans le même temps, les États ont encadré plus strictement les dépenses d'équipement au titre des nouveaux hôpitaux, les conditionnant bien souvent à une restructuration ultérieure de l'offre existante. Nonobstant, certains pays sont toujours confrontés à des déséquilibres apparents en matière de soins en milieu hospitalier⁶.

Tableau 2.2. Évolution du nombre de médecins pour 1 000 habitants, 1980-2008

| | Médecins en exercice pour 1 000 habitants | | | | Taux de croissance annuel moyen | | |
|-----------------------|---|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------------------|-----------|-----------|
| | 1980 ³ | 1990 ⁴ | 2000 ⁵ | 2008 ⁶ | 1980-1990 | 1990-2000 | 2000-2008 |
| Allemagne | | 2.8 | 3.3 | 3.6 | | 1.9% | 1.1% |
| Australie | 1.9 | 2.2 | 2.5 | 3.0 | 1.6% | 1.3% | 2.7% |
| Autriche | 2.2 | 3.0 | 3.9 | 4.6 | 3.1% | 2.5% | 2.2% |
| Belgique | 2.3 | 3.3 | 3.9 | 3.0 | 3.5% | 1.7% | -3.2% |
| Canada ¹ | 1.8 | 2.1 | 2.1 | 2.3 | 1.6% | 0.0% | 1.0% |
| Chili | | | | | | | |
| Corée | 0.5 | 0.8 | 1.3 | 1.9 | 5.8% | 4.6% | 4.6% |
| Danemark | 1.8 | 2.5 | 2.9 | 3.4 | 3.5% | 1.6% | 2.3% |
| Espagne | | | 3.3 | 3.6 | | | 1.1% |
| Estonie | 3.6 | 3.5 | 3.3 | 3.4 | -0.3% | -0.7% | 0.3% |
| États-Unis | | | 2.3 | 2.4 | | | 0.7% |
| Finlande | | | 2.5 | 2.7 | | | 1.1% |
| France ¹ | | 3.1 | 3.3 | 3.3 | | 0.7% | 0.2% |
| Grèce ¹ | 2.4 | 3.4 | 4.3 | 6.0 | 3.4% | 2.5% | 4.2% |
| Hongrie | 2.3 | 2.9 | 2.7 | 3.1 | 2.5% | -0.9% | 1.8% |
| Irlande ² | | 1.6 | 2.2 | 3.2 | | 3.7% | 4.8% |
| Islande | 2.1 | 2.9 | 3.4 | 3.7 | 2.9% | 1.9% | 1.0% |
| Israël* | | | 3.5 | 3.6 | | | 0.2% |
| Italie ² | 2.6 | 4.7 | 6.1 | 6.2 | 6.0% | 2.6% | 0.3% |
| Japon | 1.3 | 1.7 | 1.9 | 2.2 | 2.7% | 1.6% | 1.4% |
| Luxembourg | 1.7 | 2.0 | 2.2 | 2.8 | 1.6% | 0.7% | 4.1% |
| Mexique | | 1.0 | 1.6 | 2.0 | | 5.3% | 2.6% |
| Norvège | 2.0 | 2.6 | 2.8 | 4.0 | 2.4% | 1.0% | 4.1% |
| Nouvelle-Zélande | | | 2.2 | 2.5 | | | 1.2% |
| Pays-Bas ² | 1.9 | 2.5 | 3.1 | 3.7 | 2.8% | 2.1% | 2.7% |
| Pologne | 1.8 | 2.2 | 2.2 | 2.2 | 1.8% | 0.3% | -0.3% |
| Portugal ² | 2.0 | 2.8 | 3.2 | 3.7 | 3.6% | 1.2% | 1.8% |
| République slovaque | | | 3.2 | 3.0 | | | -1.0% |
| République tchèque | 2.3 | 2.7 | 3.4 | 3.6 | 1.8% | 2.2% | 0.8% |
| Royaume-Uni | 1.3 | 1.6 | 2.0 | 2.6 | 2.1% | 1.9% | 3.6% |
| Slovénie | | | 2.2 | 2.4 | | | 1.4% |
| Suède | 2.2 | 2.6 | 3.1 | 3.6 | 1.6% | 1.7% | 3.1% |
| Suisse | | | | 3.8 | | | |
| Turquie ¹ | 0.6 | 0.9 | 1.0 | 1.5 | 4.0% | 1.5% | 4.8% |

1. Médecins professionnellement actifs.

2. Médecins habilités à exercer.

3. Données de 1981 pour la Corée.

4. Données de 1991 pour l'Allemagne et la Norvège.

5. Données de 1999 pour la Norvège.

6. Données de 2007 pour l'Australie, le Danemark, le Luxembourg, les Pays-Bas et la République slovaque, et de 2005 pour la Suède.

* Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Source : OCDE (2010a).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331885>

Tableau 2.3. Évolution du nombre d'infirmiers pour 1 000 habitants, 1980-2008

| | Infirmiers en exercice pour 1 000 habitants | | | | Taux de croissance annuel moyen | | |
|----------------------------------|---|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------------------|-----------|-----------|
| | 1980 ³ | 1990 ⁴ | 2000 ⁵ | 2008 ⁶ | 1980-1990 | 1990-2000 | 2000-2008 |
| Allemagne | | | 9.6 | 10.7 | | | 1.4% |
| Australie | 10.3 | 11.6 | 10.0 | 10.1 | 1.2% | -1.5% | 0.1% |
| Autriche | | | 7.2 | 7.5 | | | 0.6% |
| Belgique | | | | | | | |
| Canada | 9.6 | 11.1 | 10.1 | 9.2 | 1.5% | -0.9% | -1.2% |
| Chili | | | | | | | |
| Corée | | | 3.0 | 4.4 | | | 4.9% |
| Danemark | | | 12.4 | 14.3 | | | 2.1% |
| Espagne | | | 3.6 | 4.8 | | | 3.7% |
| Estonie | 7.3 | 7.5 | 6.0 | 6.4 | 0.2% | -2.2% | 0.9% |
| États-Unis ¹ | | | 10.2 | 10.8 | | | 0.7% |
| Finlande | | | 13.8 | 15.5 | | | 1.6% |
| France ¹ | | | 6.7 | 7.9 | | | 2.2% |
| Grèce | 1.9 | | 2.9 | 3.4 | | | 2.1% |
| Hongrie | | 5.2 | 5.3 | 6.2 | | 0.2% | 1.9% |
| Irlande ¹ | | | 14.0 | 16.2 | | | 1.8% |
| Islande | 8.9 | 12.5 | 13.3 | 14.8 | 3.5% | 0.6% | 1.4% |
| Israël* | | | 5.4 | 5.1 | | | -0.6% |
| Italie ² | | | 5.6 | 6.3 | | | 1.5% |
| Japon | | | 8.4 | 9.5 | | | 2.2% |
| Luxembourg | | | 7.4 | 10.9 | | | 6.8% |
| Mexique | | 1.8 | 2.2 | 2.4 | | 2.5% | 0.8% |
| Norvège | | | 12.1 | 14.0 | | | 2.4% |
| Nouvelle-Zélande | | | | 9.7 | | | |
| Pays-Bas | | | 9.6 | 10.5 | | | 1.3% |
| Pologne | 4.4 | 5.5 | 5.0 | 5.2 | 2.2% | -1.0% | 0.6% |
| Portugal ¹ | | | 3.7 | 5.3 | | | 4.8% |
| République slovaque ¹ | | | 7.4 | 6.3 | | | -2.1% |
| République tchèque | 5.9 | 7.2 | 7.6 | 8.1 | 2.0% | 0.5% | 0.8% |
| Royaume-Uni | | | 8.7 | 9.5 | | | 1.2% |
| Slovénie | | | 6.9 | 7.9 | | | 1.8% |
| Suède | 6.9 | 8.7 | 9.9 | 10.8 | 1.9% | 1.4% | 1.5% |
| Suisse | | | 12.9 | 14.9 | | | 1.9% |
| Turquie ¹ | | | | 1.3 | | | |

1. Infirmiers professionnellement actifs.

2. Infirmiers habilités à exercer.

3. Données de 1979 pour la Grèce et la Suède.

4. Données de 1991 pour la Suède.

5. Données de 2002 pour le Japon et la Norvège.

6. Données de 2006 pour le Luxembourg et la Suède, et de 2007 pour l'Australie, le Danemark, la Finlande et les Pays-Bas.

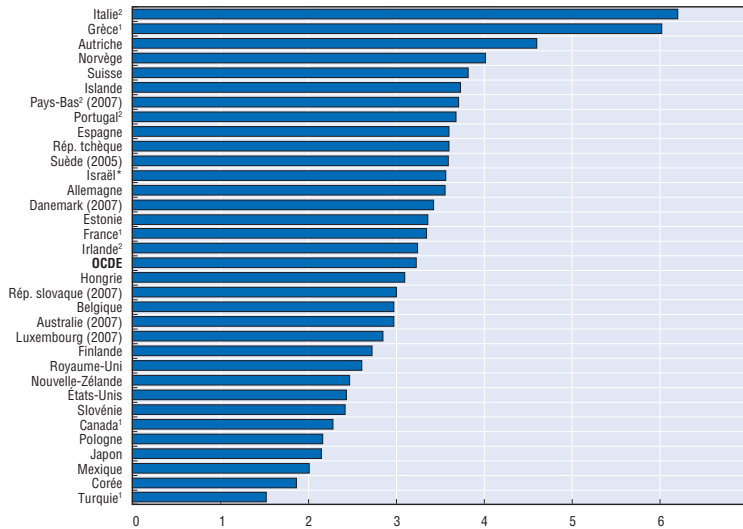
* Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Source : OCDE (2010a).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331904>

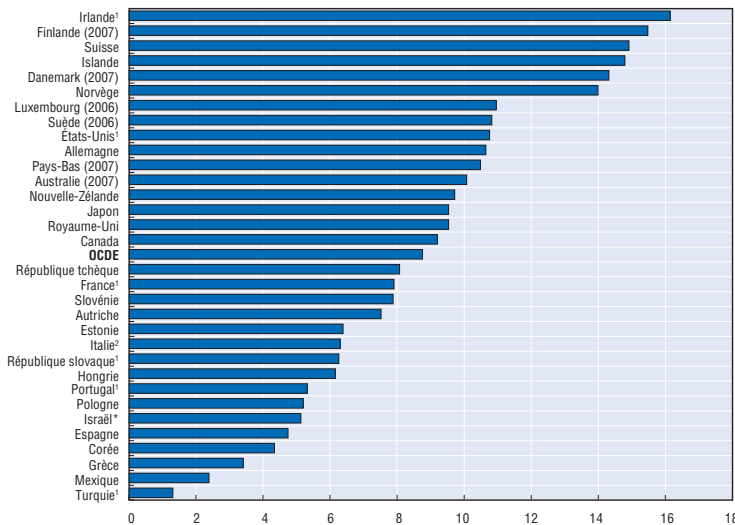
Graphique 2.2. Professionnels de santé pour 1 000 habitants, 2008

Partie A. Médecins en exercice pour 1 000 habitants, 2008 (ou année la plus proche disponible)



1. Médecins professionnellement actifs.
2. Médecins habilités à exercer.

Partie B. Personnel infirmier en exercice pour 1 000 habitants, 2008 (ou année la plus proche disponible)



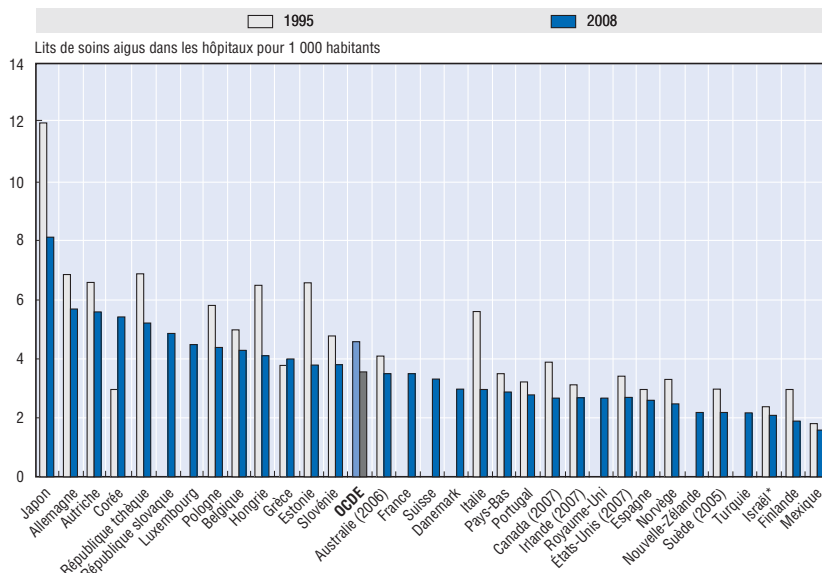
1. Personnel infirmier professionnellement actif.
2. Personnel infirmier habilité à exercer.

*. Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Source : OCDE (2010a).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331486>

Graphique 2.3. Lits de soins aigus dans les hôpitaux pour 1 000 habitants, 1995 et 2008

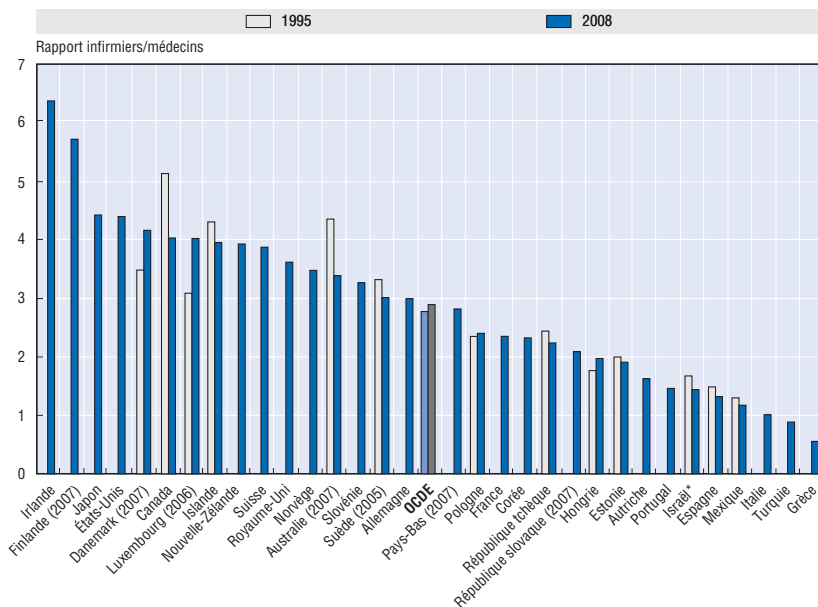


*. Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Source : OCDE (2010a).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932331505>

Graphique 2.4. Rapport infirmiers/médecins, 1995 et 2008



* Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Source : OCDE (2010a).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932331524>

Disparités entre les pays et gains d'efficience possibles

Malgré ces évolutions, de fortes disparités subsistent entre les pays en ce qui concerne le nombre de médecins, les effectifs d'autres personnels de santé et le nombre de lits par habitant. Alors que la Grèce et l'Italie donnent peut-être une trop grande place aux médecins, l'Irlande semble avoir des effectifs infirmiers pléthoriques (graphique 2.2). Le nombre élevé de lits de soins aigus par habitant dont disposent quelques pays (Allemagne, Autriche, Hongrie, Japon, République slovaque et République tchèque, par exemple) laisse supposer que de nouveaux ajustements sont possibles bien que, dans certains cas, les écarts observés tiennent à la difficulté de distinguer les lits de soins aigus des lits de soins de longue durée (graphique 2.3) (Joumard *et al.*, 2008). Les écarts sont également considérables pour ce qui est du rapport infirmiers/médecins (de plus de 6 en Irlande à 0.6 en Grèce) (graphique 2.4).

Cette diversité donne à penser qu'il est possible d'organiser plus efficacement les soins de santé en réduisant l'offre globale de prestataires dans les pays où cette offre semble excédentaire ou par un meilleur alignement des compétences des différents types de professionnels de santé (recours accru au personnel infirmier lorsqu'il y a pénurie de médecins). Les perspectives de gains d'efficience sont confirmées par des éléments montrant que les résultats sur le plan de la santé rapportés au nombre de praticiens varient sensiblement entre les pays de l'OCDE même lorsqu'on neutralise les autres déterminants de l'état de santé, et par le fait que la productivité des professionnels de santé paraît supérieure dans les pays où l'offre a été limitée (Joumard *et al.*, 2008).

Ajuster les intrants du système de santé

On ne saurait guère s'en remettre entièrement au marché pour atteindre le niveau, la répartition et l'éventail de compétences médicales voulus, étant donné les défaillances du marché dans le secteur de la santé (Smith, 2009). Par conséquent, les pouvoirs publics exercent un contrôle important sur les intrants : effectifs, équipements/stock de capital et dépenses de médicaments. S'agissant des effectifs médicaux, le *numerus clausus* applicable aux étudiants en médecine est le moyen le plus couramment employé pour limiter le nombre total de médecins, et de tels quotas existent dans tous les pays sauf trois (Luxembourg, République tchèque et Japon) (tableau 2.4). Pourtant, les effectifs médicaux et le nombre de lits de soins aigus, par habitant, varient considérablement selon les pays. Le degré de contrôle et le niveau administratif auquel se prennent les décisions sont très disparates d'un pays à l'autre.

Tableau 2.4. Régulation des effectifs de médecins

| Quotas d'étudiants en médecine ou quotas d'étudiants par spécialité | Politique de régulation des installations ou politique visant à remédier aux pénuries perçues ou à une mauvaise distribution | |
|---|--|---|
| Non | Non | Luxembourg |
| Non | Oui | Japon, République tchèque |
| Oui | Oui | Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Corée, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Mexique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République slovaque, Royaume-Uni, Suède, Suisse, Turquie |

Source : Paris *et al.* (2010).

Des problèmes d'offre à plus long terme sont à prendre en considération lorsqu'on évalue le rôle possible de la réduction des effectifs médicaux dans une optique de restrictions budgétaires. Tout d'abord, dans les pays où la densité de prestataires de soins est faible, il serait probablement peu judicieux de continuer à en réduire le nombre, et les gains d'efficience qu'une telle solution peut apporter sont surtout à prévoir dans des pays où le niveau de départ est élevé.

Ensuite, la spécialisation s'est accentuée, et on compte actuellement deux spécialistes pour un généraliste, en moyenne, dans la zone OCDE (OCDE, 2009). En effet, un certain nombre de pays sont confrontés à une pénurie croissante de médecins généralistes de premier recours, du fait probablement que les généralistes sont partout moins bien rémunérés que leurs confrères spécialistes, parfois de beaucoup⁷. Le phénomène est encore plus marqué dans les zones rurales et socialement défavorisées. Aussi certains pays commencent-ils à faire de la médecine générale une spécialité en soi afin d'attirer de nouveaux praticiens (Irlande), tout en s'orientant bien souvent vers des dispositifs de soins primaires plus appropriés (voir ci-dessous). Cela peut avoir pour corollaire un alignement de la rémunération des généralistes sur celle des spécialistes traditionnels. Certains pays manquent aussi de personnel infirmier (graphique 2.2 et tableau 2.3).

Enfin, la demande de professionnels de santé est appelée à croître. Le temps de travail du personnel médical pourrait diminuer dans le futur, d'où une réduction de l'offre globale de services⁸. Outre le vieillissement général des populations et des effectifs occupés, la plupart des pays envisagent désormais avec inquiétude l'impact du départ prévu d'une grande proportion des professionnels de santé du fait que les générations du « baby boom » d'après-guerre arrivent à la retraite. L'offre va probablement chuter au moment même où les besoins liés à l'âge commencent à augmenter (en France, par exemple).

L'un des problèmes essentiels de l'ajustement des effectifs médicaux tient au décalage entre la perception d'une augmentation des besoins et l'évolution de l'offre de personnel médical compétent, et plus particulièrement de médecins dont les études peuvent durer dix ans ou plus (notamment en cas de spécialisation). Le *numerus clausus* applicable aux étudiants en médecine demeure, semble-t-il, le mécanisme régulateur le plus répandu pour contrôler l'offre globale de personnel médical. Si le nombre de nouveaux entrants dans les écoles de médecine a été récemment revu à la hausse par bien des pays, cela ne se traduit pas encore par un accroissement notable de l'offre. À court terme, les pénuries de médecins et d'infirmiers sont souvent (partiellement) résorbées par l'immigration de personnel médical (OCDE, 2008a). Toutefois, pour la plupart des pays, ce n'est pas une politique viable à long terme, d'autant qu'elle peut revenir à déplacer le problème vers des pays hors OCDE où l'offre de soins de santé laisse encore plus à désirer.

Ainsi, une meilleure planification des ressources humaines axée sur le maintien à long terme d'une offre adéquate de professionnels de santé qualifiés s'avère nécessaire (OCDE, 2008a). Ces problèmes d'offre de professionnels de santé ont sérieusement compliqué les réformes. À titre d'exemple, le Canada et le Royaume-Uni ont augmenté leur budget santé dans les années 90 après de longues années de restriction mais, comme le Danemark, ils ont peiné à accroître l'offre de soins, faute de médecins et d'infirmiers en nombre suffisant. La réduction de l'offre s'est accompagnée de pressions à la hausse sur les salaires des professionnels de santé. L'assouplissement de la contrainte financière au niveau macroéconomique a conduit à un relèvement des salaires des professionnels de santé plutôt qu'à l'augmentation de l'offre de soins escomptée (voir ci-après) (Rapport *et al.*, 2009).

Le développement de la formation et l'immigration ne sont pas les seules mesures envisageables. On peut parer aux rigidités de l'offre de plusieurs manières : *i*) en veillant davantage à maintenir les professionnels dans leur poste (notamment par de meilleures politiques d'organisation et de gestion, en particulier pour les médecins exerçant dans des zones rurales reculées) ; *ii*) en faisant prévaloir l'intégration des personnels de santé (par exemple, en réintégrant d'anciens infirmiers ou médecins dans les effectifs de santé et en améliorant les procédures de reconnaissance des qualifications des professionnels de santé obtenues à l'étranger ou, le cas échéant, en les complétant) ; *iii*) en définissant le mix des compétences de manière plus efficiente (en valorisant le rôle des infirmiers et des assistants médicaux qui exercent à un niveau avancé, par exemple) ; et *iv*) en améliorant la productivité (notamment en liant la rémunération à la performance).

L'impact des mesures macroéconomiques dépend aussi du cadre réglementaire (tableaux 2.4 et 2.5). La régulation des effectifs hospitaliers, selon qu'elle intervient plutôt au niveau des sites ou à un niveau plus élevé de l'administration, varie grandement d'un pays à l'autre. Il en va de même pour les hôpitaux, le nombre de lits, l'offre et l'utilisation d'équipements coûteux. Tous les pays exercent un contrôle sur les hôpitaux et les équipements de haute technologie, sauf la Corée, la Finlande, la Grèce, l'Islande, et la Pologne (tableau 2.5). On notera toutefois que dans les pays caractérisés par une plus grande autonomie locale pour le recrutement et la rémunération, les restrictions peuvent aussi passer par des plafonds budgétaires (tableau 2.8).

Tableau 2.5. Réglementation des équipements de haute technologie et des activités des hôpitaux

| Ouverture de nouveaux hôpitaux ou autres établissements | Augmentation/réduction du nombre de lits d'hôpitaux | Fourniture de types spécifiques de services hospitaliers | Offre d'équipements médicaux d'un coût élevé | |
|---|---|--|--|---|
| Aucune réglementation | Aucune réglementation | Aucune réglementation | Aucune réglementation | Corée, Finlande, Grèce, Islande, Pologne |
| Aucune réglementation | Aucune réglementation | Aucune réglementation | Réglementée | République tchèque |
| Aucune réglementation | Aucune réglementation | Réglementée | Aucune réglementation | République slovaque |
| Aucune réglementation | Réglementée | Aucune réglementation | Aucune réglementation | |
| Réglementée | Aucune réglementation | Aucune réglementation | Aucune réglementation | Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni |
| Réglementée | Aucune réglementation | Réglementée | Réglementée | Norvège, Suède |
| Réglementée | Réglementée | Aucune réglementation | Aucune réglementation | Japon, Pays-Bas |
| Réglementée | Réglementée | Réglementée | Aucune réglementation | Suisse |
| Réglementée | Réglementée | Réglementée | Réglementée | Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Danemark, Espagne, France, Hongrie, Irlande, Italie, Luxembourg, Mexique, Portugal, Turquie |

Source : Paris *et al.* (2010), et mise à jour tenant compte des informations disponibles en juillet 2010.

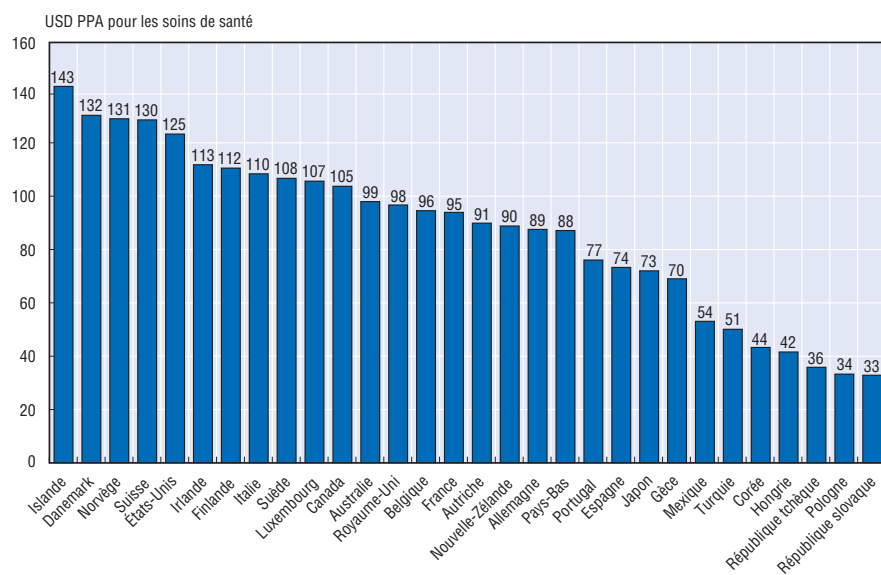
Contrôle des prix et des salaires

La disparité des dépenses entre les pays peut être partiellement attribuée à la variation des prix relatifs des services de santé. Le graphique 2.5 indique le coût encouru, dans chaque pays, pour un même ensemble de biens et services en fonction des parités de pouvoir d'achat (PPA) dans le secteur de la santé⁹. Ce coût est très variable d'un pays à l'autre : il va de 33 USD PPA en République slovaque à 143 USD PPA en Islande. Ainsi, une partie des écarts observés dans les dépenses de santé tient à la variation des prix relatifs et non aux volumes des services. S'agissant des groupes de pays, les PPA

relatives du secteur de la santé sont particulièrement faibles dans les pays d'Asie et d'Europe orientale membres de l'OCDE.

Malheureusement, les séries chronologiques montrant l'évolution dans le temps des PPA ou la contribution de ces évolutions à la variation des dépenses de santé ne sont pas encore disponibles¹⁰. Néanmoins, il est sans doute plus envisageable de comprimer les dépenses en réduisant le prix des services de santé dans les pays où les prix relatifs sont élevés que dans ceux où ils sont bas. Pour les pays où les PPA relatives sont très faibles, empêcher une augmentation trop rapide des salaires et des prix qui les aligneraient sur la moyenne internationale reste un défi difficile à relever pour les pouvoirs publics.

Graphique 2.5. Parités de pouvoirs d'achat (PPA) pour les biens et services de santé, 2005



Source : OECD.Stat 2009.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331543>

Il est plus difficile de discerner, au-delà de ces données, les causes de tels écarts. Les salaires relatifs des prestataires de soins entrent en ligne de compte, étant donné la part importante des salaires et rémunérations dans le coût total des soins de santé et le vaste éventail de salaires relatifs perçus par les professionnels de santé dans les différents pays. La rémunération des médecins généralistes oscille entre 1.4 fois le salaire moyen des travailleurs en Hongrie et 4.2 fois au Royaume-Uni. Quant au salaire relatif des spécialistes, il représente 1.5 fois la rémunération moyenne nationale pour les spécialistes salariés en Hongrie et 7.6 fois pour les spécialistes indépendants aux Pays-Bas (OCDE, 2009). Le salaire des personnels infirmiers (par rapport au salaire moyen) peut être compris entre 0.7-0.8 dans certains pays d'Europe orientale et environ 2.2 au Mexique (Fujisawa et Lafortune, 2008 ; OCDE, 2009).

Ces différences entre les pays viennent peut-être de leur capacité à réguler les prix. Les tableaux 2.6 et 2.7 illustrent toute une série de modèles de négociation et de tarification ; l'ampleur et la nature de ces dispositifs varient considérablement selon les pays. Toutefois, ils donnent en soi peu d'informations sur le rôle direct des pouvoirs publics. Si ceux-ci ont souvent le dernier mot en matière de réglementation, certaines responsabilités sont parfois déléguées aux organismes d'assurance maladie et aux

professionnels de santé, au risque d'affaiblir la capacité des pouvoirs publics à maîtriser les dépenses en pratique. En outre, le rôle des pouvoirs publics dans la fixation des prix a évolué dans le temps. Par conséquent, la prudence est de mise lorsqu'il s'agit d'évaluer les implications des informations figurant dans ces deux tableaux pour la maîtrise globale des coûts.

Tableau 2.6. Réglementation des prix/honoraires des prestations médicales

| Honoraires/prix payés par les tiers payants | Honoraires/prix facturés par les prestataires (à l'assurance maladie privée ou aux patients) | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|--|
| | Actes assurés par des médecins de premier recours | | | Actes de spécialistes | | |
| | Ils doivent être égaux aux prix/honoraires payés par les tiers payants + le ticket modérateur le cas échéant | Ils peuvent excéder les prix/honoraires payés par les tiers payants et le ticket modérateur, dans certaines conditions seulement | Ils peuvent toujours excéder les prix/honoraires payés par les tiers payants et le ticket modérateur | Ils doivent être égaux aux prix/honoraires payés par les tiers payants + le ticket modérateur | Ils peuvent excéder les prix/honoraires payés par les tiers payants et le ticket modérateur dans certaines conditions | Ils peuvent toujours excéder les prix/honoraires payés par les tiers payants et le ticket modérateur |
| Honoraires/prix fixés unilatéralement par les tiers payants au niveau central | | | Australie | Pologne ² | | Australie |
| Honoraires/prix négociés au niveau central entre les tiers payants et/ou l'État et les prestataires | Corée, Japon, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, République tchèque | Autriche, Belgique, Danemark, France | | Corée, Islande, Japon, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, République tchèque | Autriche, Belgique, France, Grèce ⁴ | |
| Barème tarifaire basé sur les ressources établi au niveau central et négociation locale de la valeur des points | Allemagne, Suisse ² | | | Suisse, Allemagne | | |
| Honoraires/prix négociés au niveau local | Canada | | Nouvelle-Zélande | Canada | Nouvelle-Zélande | |
| Honoraires/prix négociés avec chaque assureur | | | | République slovaque ^{2,6} | | |
| Capitation ou salaire fixés unilatéralement par les tiers payants ou le gouvernement au niveau central | Pologne ² , République slovaque ² | Hongrie ⁴ | | | Hongrie ⁴ | |
| Capitation ou salaire négociés par les parties intéressées au niveau central | Espagne, Islande, Italie, Portugal, Royaume-Uni, Turquie | Grèce ⁴ , Finlande, Irlande ³ , Mexique ³ | | Espagne, Danemark, Italie, Portugal, Turquie | Finlande ³ , Irlande ³ , Mexique ³ , Royaume-Uni ³ | |
| Capitation ou salaire négociés par les parties intéressées au niveau local | Suède | | | Suède | | |

1. Les honoraires/prix peuvent ou non inclure le ticket modérateur.
2. Les médecins peuvent pratiquer des honoraires libres s'ils ne font pas partie du système d'assurance maladie universelle ou offrent des prestations non couvertes, mais ces cas de figure sont considérés comme marginaux.
3. Concernant les prestations privées faisant l'objet d'un paiement à l'acte, les médecins peuvent le plus souvent pratiquer des honoraires libres.
4. Les médecins ne peuvent pas, en principe, demander de dépassement d'honoraires, mais les paiements informels sont courants.
5. Pour les deux tiers de la population, les généralistes pratiquent des honoraires libres.
6. Un barème tarifaire basé sur les ressources est fixé au niveau central, les assurances maladie négocient les plafonds de volumes et les valeurs des points.

Source : Paris *et al.* (2010).

Tableau 2.7. Réglementation des tarifs des prestations hospitalières couvertes

| | Prix facturés par les prestataires | | |
|---|---|---|---|
| Prix payé par les tiers payants (couverture de santé primaire de base) | Ils doivent être égaux aux prix/honoraires payés par les tiers payants + le ticket modérateur, le cas échéant | Les patients peuvent payer un supplément pour une chambre de catégorie supérieure | Les patients peuvent payer un supplément pour une chambre de catégorie supérieure ET des frais supplémentaires facturés par les médecins |
| Déterminé par l'administration centrale | Norvège | | Irlande, Royaume-Uni (consultation privée) |
| Négocié par les parties intéressées au niveau central | Australie (patients publics pris en charge dans des hôpitaux publics ¹), France (hôpitaux publics ²), Grèce, Hongrie, Japon | Autriche, Corée | Australie (patients privés des hôpitaux publics ou privés), Belgique, France (hôpitaux publics ou consultation privée en hôpital public), Turquie |
| GHM définis au niveau central avec négociation des taux au niveau local ou avec les assureurs | Danemark, Italie, Pologne | | Allemagne |
| Négocié par les parties intéressées au niveau local | Espagne, Finlande, Suède | Canada, Suisse | |
| Négocié au niveau central avec possibilité de nouvelles négociations entre les prestataires et les assureurs individuels | Pays-Bas, République tchèque ³ , République slovaque ³ | | |
| Négocié entre les tiers-payants et les prestataires individuels | | | Mexique (hôpitaux privés) |
| Paiement sur le budget global | Islande, Luxembourg, Mexique (hôpitaux publics), Nouvelle Zélande, Portugal | | |

1. Les soins sont gratuits pour les patients publics.
2. Incluent la plupart des hôpitaux privés à but non lucratif.
3. Les paiements informels sont courants.

Source : Paris *et al.* (2010).

Jusqu'à présent, l'encadrement des salaires a été, en toute logique, particulièrement répandu dans les pays à système public intégré, et ce dans les secteurs hospitalier et ambulatoire dès lors que les personnels de santé sont salariés – Danemark (hôpitaux), Espagne, Finlande, Irlande (hôpitaux), Royaume-Uni (hôpitaux), Suède –, même s'il s'est souvent inscrit sur fond de modération salariale étendue à l'ensemble de la fonction publique, sans viser expressément le secteur de la santé. Dans certains pays (Australie, Belgique, Canada, France, Japon, Luxembourg et Suisse, par exemple), les pouvoirs publics sont intervenus lorsque les payeurs et les prestataires ne parvenaient pas à s'entendre sur les honoraires et les prix (Docteur et Oxley, 2004). La maîtrise des coûts au Japon a largement reposé sur la tarification des soins à la fois ambulatoires et hospitaliers (Imai et Oxley, 2004).

Dans d'autres pays, les prix s'ajustent automatiquement en fonction du volume de soins de façon à ne pas dépasser un plafond budgétaire déterminé. En Allemagne, un barème tarifaire basé sur les ressources a été mis en place, la valeur des points gagnés par chaque praticien diminuant à mesure que le nombre total de points (pour l'ensemble des praticiens) augmente, de sorte que l'enveloppe budgétaire ne soit pas dépassée. Des dispositifs similaires sont utilisés pour les spécialistes en République slovaque (tableau 2.6).

Le contrôle plus strict du volume des intrants, et en particulier des prix et des salaires, devrait permettre aux pouvoirs publics d'influer sensiblement sur les dépenses à court terme si la période de repli l'exige, et l'impact pourrait être encore plus marqué en cas de forte inflation. Cet impact dépend toutefois d'un certain nombre de facteurs :

- existence de relations contractuelles entre les payeurs et les prestataires selon, par exemple, que les contrats de travail sont ou non pluriannuels et que la rémunération est ou non formellement indexée sur l'inflation ;
- nombre de prestataires de soins fixé ou non par les autorités ; et
- degré d'érosion des réductions de coûts en fonction de la réaction des prestataires. D'une part, des prix moindres peuvent déclencher un effet de substitution pour les prestataires et des volumes moindres de services de santé, le traitement des patients devenant moins lucratif. D'autre part, un effet revenu peut induire des volumes de soins plus importants, les médecins cherchant à compenser la perte de rémunération par une offre accrue^{11,12}.

Pour réduire les salaires relatifs des prestataires de soins, les mesures doivent prendre en compte les effets négatifs potentiels dans les pays où les salaires sont particulièrement bas. Une faible rémunération peut inciter les intéressés à cumuler les emplois pour joindre les deux bouts, si bien qu'ils risquent d'avoir plus de mal à entretenir leurs connaissances et leurs compétences, ou de raccourcir leur temps de travail, et donc de réduire l'offre. Dans certains pays (Grèce, Hongrie, Pologne, République slovaque et République tchèque), les paiements informels sont devenus courants¹³. Au Japon et en Corée, le bas niveau des honoraires peut aller de pair avec une demande induite, des volumes de soins plus importants que nécessaire et un mécontentement des patients. Fait très important pour la viabilité à long terme du système de santé, la faiblesse des rémunérations peut entraîner un exode des professionnels de la médecine.

Politiques de prix des produits pharmaceutiques

La fixation des prix dans le secteur pharmaceutique requiert une attention particulière en raison des spécificités de ce marché (Docteur et Paris, 2009). Bien qu'elles représentent une faible part du total des coûts de santé (17 % des dépenses totales de santé de la zone OCDE en moyenne), les dépenses pharmaceutiques augmentent plus rapidement que les autres grandes composantes. Les médicaments sont beaucoup plus chers dans quelques pays (surtout les pays d'Europe orientale, le Mexique et la Grèce). Le principal problème qui se pose pour les décideurs sur ce marché consiste à déterminer le juste équilibre entre, d'une part, optimiser les dépenses pour les patients et les payeurs aujourd'hui, et, d'autre part, veiller à ce que les incitations en faveur de l'innovation restent suffisamment fortes – afin que des médicaments plus performants soient mis au point à l'avenir. Enfin, il faut également trouver les moyens de limiter la demande sur un marché où les patients ont rarement à prendre en charge le coût intégral des médicaments prescrits et faire en sorte que le système de distribution des médicaments, qui représente un tiers du coût total, fonctionne efficacement.

Pour fixer les prix, déterminer la couverture et influencer la demande de produits pharmaceutiques et l'éventail proposé, on dispose d'un vaste arsenal de techniques (Docteur et Paris, 2009 ; et chapitre 6 du présent rapport), parmi lesquelles l'évaluation comparative externe utilisant les prix des autres pays comme guide, l'utilisation de prix de référence internes, l'évaluation pharmaco-économique et les systèmes de partage du risque. Plusieurs réformes sont envisageables dans ce domaine :

- modifier les modalités de remboursement et la tarification de manière à orienter les consommateurs vers des produits moins coûteux (par exemple, en encourageant le recours aux génériques), et proposer des incitations propices à des mécanismes de distribution plus efficaces ;
- renforcer le rôle de l'évaluation pharmaco-économique dans la détermination de la valeur ; et
- établir des accords prix-volume où les prix sont ajustés lorsque les dépenses de médicaments dépassent les plafonds convenus.

Le contrôle des prix peut être un instrument efficace de réduction des coûts ; par exemple, les fabricants de médicaments issus de la recherche en Irlande ont récemment accepté de baisser de 40 % le prix de près de 300 médicaments couramment prescrits.

Plafonds et contraintes budgétaires

Les dépenses publiques de santé continuant à augmenter, des plafonds ou enveloppes budgétaires sont de plus en plus utilisés pour les maîtriser. Ces instruments peuvent consister à limiter globalement les dépenses publiques ou s'appliquer à des secteurs précis (hôpitaux, par exemple). Le tableau 2.8 montre que tous les pays – sauf l'Autriche, le Japon, la Corée et la Suisse, de même que les États-Unis – ont défini des formes de plafond budgétaire ou de limitation des dépenses. Dans les autres pays, des restrictions sont imposées soit au niveau national ou local, soit à celui de certains hôpitaux, ou diverses techniques sont employées pour contenir les dépenses (par le biais de la tarification dans le cas du Japon).

Initialement axées sur le secteur hospitalier (élément le plus coûteux du système), ces techniques ont été bien souvent complétées par un plafonnement global des dépenses et des plafonnements additionnels pour les soins ambulatoires et les produits pharmaceutiques, car il est difficile de maîtriser le total des dépenses en visant une seule composante des soins. De manière générale, les mesures tendant à contrôler et réorganiser l'offre et à plafonner les dépenses s'avèrent plus concluantes pour le secteur hospitalier que pour les soins ambulatoires ou les produits pharmaceutiques, même si les spécificités institutionnelles induisent des disparités considérables entre les pays¹⁴. Par ailleurs, la maîtrise des dépenses via un plafonnement budgétaire a mieux fonctionné dans des pays comme le Danemark, l'Irlande, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni, où les modèles intégrés de financement et d'offre de soins sont (ou étaient) la règle, ainsi que dans les pays à payeur unique, comme le Canada, où les budgets de la santé sont en général explicitement fixés à la faveur du processus budgétaire (Mossialos et Le Grand, 1999).

Tableau 2.8. Rigueur de la contrainte budgétaire

| Nature de la contrainte budgétaire | |
|---|--|
| Aucune contrainte budgétaire | Autriche, Corée, Japon, Suisse |
| Objectif de dépenses sans dotation budgétaire ultérieure | Luxembourg |
| Objectif de dépenses avec financement cloisonné ou dotation budgétaire régionale | Allemagne, Australie, Belgique, Danemark, Espagne ¹ , Finlande, France, Grèce, Irlande, Islande, Pays-Bas, République slovaque, République tchèque, Turquie |
| Objectif de dépenses avec financement cloisonné et dotation budgétaire régionale | Canada, Mexique |
| Budget de la santé rigoureux sans dotation budgétaire ultérieure | |
| Budget de la santé rigoureux avec financement cloisonné ou dotation budgétaire régionale | Hongrie, Italie ² , Irlande ² |
| Un budget de la santé rigoureux avec financement cloisonné et dotation budgétaire régionale | Norvège, Nouvelle-Zélande, Pologne, Portugal, Royaume-Uni, Suède |

1. Sous-objectifs par région/secteur en Espagne ; sous-objectifs pour différents services de santé (financement cloisonné) pour les autres pays.

2. Sous-objectifs par région/secteur/domaine en Italie et Irlande ; sous-objectifs pour différents services de santé (financement cloisonné) pour la Hongrie.

Source : Paris *et al.* (2010).

Quelques pays dotés de systèmes d'assurance sociale (Belgique, France, Luxembourg et Pays-Bas) ont établi des budgets ou des objectifs indicatifs, mais bien souvent, les limites n'ont pas été respectées, en partie parce qu'elles n'avaient pas un caractère obligatoire et, parfois, parce qu'il était impossible de récupérer un excédent de dépenses les années suivantes^{15,16}. D'autres pays ont imposé des limites de façon indirecte : en 1994, le gouvernement tchèque a fixé des plafonds budgétaires aux différents prestataires (après la forte progression des dépenses en 1992/93), en déléguant la mise en œuvre au principal assureur ; dans les pays où l'offre est organisée aux niveaux inférieurs de l'administration, les autorités centrales ont limité le montant des transferts entre les différents niveaux (Canada, Finlande) ou limité les hausses d'impôts aux niveaux inférieurs (Danemark et Suède).

Le contrôle budgétaire a également évolué vers un abandon progressif des paiements rétrospectifs – paiement *a posteriori* du prestataire sur la base des coûts – au profit de budgets prospectifs. Au niveau le plus élémentaire, des contraintes budgétaires ont été imposées aux prestataires dont on attendait toutefois qu'ils continuent à ajuster leur offre pour répondre à la demande croissante de soins.

Toutefois, des restrictions de dépenses émanant de l'administration centrale sous forme de plafonds budgétaires peuvent avoir des effets incitatifs indésirables, selon la réglementation en vigueur. Elles n'encouragent pas les prestataires à accroître l'offre de soins ou à améliorer leur productivité (et peuvent même sérieusement les en dissuader). Par exemple, lorsque l'allocation budgétaire est indépendante de la production, il n'y a pas de pénalité financière si les résultats baissent ni de compensation en cas de hausse des coûts liée à l'augmentation du volume produit. L'établissement des budgets sur la base des coûts passés peut favoriser les prestataires inefficaces au détriment des plus efficaces, et gêner la redistribution géographique de ressources rares en fonction des besoins.

En outre, lorsque les économies réalisées reviennent dans la poche des payeurs, l'existence de plafonds budgétaires fixes encouragent les fournisseurs à dépenser jusqu'à hauteur du plafond. Et dans la mesure où les plafonds budgétaires et la limitation des intrants sont souvent associés à des réductions d'effectifs et à une augmentation de la charge de travail, la motivation du personnel risque d'en pâtir, tandis que les restrictions salariales et à l'embauche peuvent interférer avec les politiques du personnel et la capacité à attirer la main-d'œuvre. En tout état de cause, la plupart des pays se trouvent dans l'obligation de financer les dépassements de coûts lorsqu'ils font face à des faillites d'hôpitaux, surtout quand ces derniers sont les seuls prestataires régionaux (Italie, Grèce, Nouvelle-Zélande et Portugal, par exemple). En conséquence, les États tendent, de plus en plus, à déterminer les budgets en donnant plus de place aux niveaux d'efficacité et de résultats des hôpitaux, ainsi qu'aux différences de besoins entre les différentes régions.

Maîtrise des coûts dans un environnement décentralisé

Quelques pays associent une maîtrise rigoureuse des dépenses de santé globales au niveau central et une décentralisation de la responsabilité de l'offre de soins à des niveaux d'administration inférieurs. Certains de ces pays ont particulièrement bien réussi à contenir la croissance globale des coûts de santé (Canada et Finlande, du moins à certaines périodes). La réduction des ressources financières allouées aux niveaux d'administration inférieurs (mesures de péréquation, par exemple) a alors contraint ces derniers à revoir les dépenses à la baisse et/ou à instaurer des mesures visant à améliorer l'efficacité de l'offre. Lorsque l'offre s'en trouve affectée, ce sont les niveaux d'administration inférieurs qui subissent les critiques des patients et des prestataires, tandis que les instances centrales ont politiquement tout à gagner d'une réduction des dépenses publiques globales et des déficits publics¹⁷. Les pays ne sauraient pour autant maintenir indéfiniment une politique de modération des dépenses. Des pressions politiques de plus en plus fortes – souvent dues au mécontentement du public vis-à-vis de l'offre et de l'allongement des délais d'attente – contraignent tôt ou tard les autorités compétentes à faire machine arrière et à accroître les dépenses, parfois dans de grandes proportions.

Restrictions du côté de l'offre et conséquences pour d'autres objectifs des systèmes de santé (voir tableau 2.1)

Les politiques de maîtrise des dépenses publiques de santé peuvent nuire à d'autres objectifs du système sanitaire, bien que l'ampleur des effets dépende de la période d'application des mesures envisagées : en général, plus les mesures sont appelées à durer, plus elles risquent d'entraîner des effets indésirables. Il peut néanmoins y avoir des effets positifs sur l'efficacité du système, par exemple lorsque l'offre du système de soins de santé est limitée et que les hôpitaux doivent en conséquence faire plus avec moins de ressources. Cependant, même dans ce cas de figure, des problèmes d'accès aux soins et de qualité des soins peuvent se poser. La diminution des ressources peut amener les prestataires à restreindre leur offre de soins ou freiner l'adoption de nouvelles technologies, surtout en cas de réduction des investissements.

Incitations visant à améliorer la performance du côté de l'offre

Comme indiqué par les travaux de l'OCDE (2005) et de Docteur et Oxley (2004), les réformes des systèmes de santé axées sur de meilleures incitations, du côté de l'offre

comme du côté de la demande, suscitent un intérêt grandissant. Cette sous-section porte plus particulièrement sur les réformes à finalité incitative qui sont liées à l'offre, et sur leur impact lorsque les informations sont disponibles. Force est de reconnaître que les mesures censées améliorer le fonctionnement des systèmes de santé du côté de l'offre ont été privilégiées. Mais les paragraphes qui suivent redonnent une certaine importance aux aspects liés à la demande.

Dissociation acheteur/prestataire, achats de soins et contractualisation

La dissociation acheteur/prestataire permet de mieux cerner les responsabilités et les modalités de gouvernance des systèmes de santé. Théoriquement, les acheteurs, qui agissent pour le compte des patients et/ou des administrations publiques, identifient les besoins de soins de santé et passent des contrats avec des prestataires pour y répondre. Ils peuvent également vérifier dans quelle mesure les objectifs des systèmes de santé sont atteints, et proposer des actions correctives dans le cas contraire. Les systèmes d'assurance (sociale) se prêtent à de multiples formes d'achat et de contractualisation. Ce type de modèle s'est cependant de plus en plus imposé dans les pays à système intégré (Italie, Nouvelle-Zélande, quelques pays nordiques, Espagne et Royaume-Uni, par exemple).

La dissociation acheteur/prestataire est un modèle intéressant pour la réalisation des objectifs des systèmes de santé. Néanmoins, il s'agit aussi d'une démarche difficile à mener à bien (Figueras *et al.*, 2005). Tout d'abord, les acheteurs ont besoin d'une information sur les besoins en santé : or, le plus souvent, ces informations n'existent pas, ou ne peuvent être obtenues qu'à un coût prohibitif. Les achats peuvent être sans grand rapport avec les objectifs du système de santé dès lors que la responsabilité de l'acheteur n'englobe pas nécessairement tous les besoins de la population en matière de soins ; par exemple, dans certains pays, il peut arriver que les organismes d'achat ne couvrent que les dépenses de soins, si bien que les dépenses de prévention sont parfois trop faibles¹⁸. Le processus de contractualisation peut également être long et onéreux, et la vérification du respect des obligations contractuelles nécessite une masse d'informations actualisées, ainsi que des compétences techniques parfois coûteuses.

Malgré ces difficultés, le modèle de base a toute sa place dans une approche plus pragmatique de l'organisation des soins. On peut fixer des objectifs de soins de santé, estimer les besoins de ressources et évaluer la performance du système. Cependant, les administrations nationales devront étudier de près la marche à suivre pour encourager la contractualisation et créer les systèmes d'information nécessaires, en particulier pour mesurer la performance.

Déploiement plus efficace des ressources dans le secteur ambulatoire

La part croissante des soins ambulatoires pose également des problèmes d'organisation, et plus précisément de rémunération du personnel. S'il n'existe pas de règle absolue, les prestataires indépendants exerçant seuls et payés à l'acte constituent probablement la forme d'organisation la moins propice au traitement optimal d'un nombre croissant de patients atteints de maladies chroniques. Aux États-Unis, par exemple, la maison médicale dans laquelle le médecin suit le patient au fil du temps et coordonne ses besoins est une idée qui fait son chemin ; en Allemagne et en France, comme indiqué plus haut, les initiatives récentes axées sur un filtrage partiel de l'accès aux soins laissent présager des systèmes de gestion coordonnée des soins. Il faudra encore

innover dans ce domaine, mais les évolutions dans les différents pays dépendront des points forts de chaque démarche nationale (voir chapitre 5).

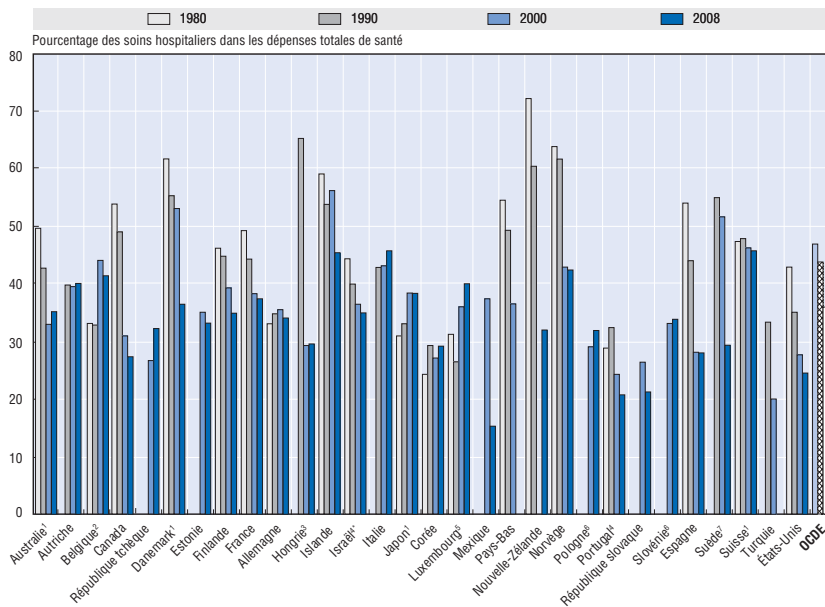
Aussi les modalités d'organisation des soins ambulatoires sont-elles très diverses. L'explication tient peut-être en partie à la difficulté de concevoir des systèmes de rémunération qui, sans encourager l'excès d'offre (comme dans le paiement à l'acte), évitent la baisse du niveau de satisfaction des consommateurs, liée par exemple aux listes d'attente pour des consultations de spécialistes ou des interventions chirurgicales sans caractère d'urgence, ce phénomène étant plus courant dans les systèmes où les prestataires sont soit rémunérés à la capitation, soit salariés. Mais quel que soit le système, la capacité à aiguiller les patients et à coordonner les soins n'a guère évolué ces dernières années, et la quasi-totalité des pays de l'OCDE y voient l'un des principaux aspects à améliorer (Hofmarcher *et al.*, 2007)¹⁹.

S'agissant des modes de rémunération, certains pays ont évolué vers des systèmes mixtes associant le paiement à l'acte, la capitation et diverses formes de salaires, dont on pense qu'ils sont plus performants que l'utilisation d'un mode de rémunération unique²⁰. En Angleterre, par exemple, les cabinets de groupe jouent un rôle limité en tant qu'acheteurs, et une part importante de leur rémunération repose sur la réalisation d'objectifs de santé publique et de qualité. Toutefois, les systèmes mixtes suscitent également des difficultés et supposent que les autorités s'assurent, au moyen d'une surveillance, que les objectifs globaux du système de santé sont atteints, notamment en ce qui concerne la réactivité aux besoins des patients et l'accès aux soins spécialisés ou aux soins hospitaliers s'il y a lieu.

Améliorer le rapport coût-efficacité dans le secteur hospitalier

Si, dans la plupart des pays de l'OCDE, le secteur des soins hospitaliers et des soins aigus continue de travailler sous contrat, il occupe toujours à lui seul la plus large place dans les dépenses de santé (graphiques 2.6 et 2.7)²¹. C'est également un domaine qui laisse entrevoir des perspectives de gains d'efficacité sans doute très importantes, compte tenu notamment du recours croissant à la chirurgie ambulatoire et du raccourcissement des séjours hospitaliers. Une série de réformes majeures ont été entreprises dans ce secteur. Pendant un certain temps, les systèmes hospitaliers, en particulier ceux gérés par les systèmes de santé nationaux, n'ont eu le plus souvent qu'une marge de manœuvre limitée face aux contraintes budgétaires. Leurs capacités de gestion ont récemment été accrues, de même que leur autonomie et les obligations de rendre des comptes pour les gestionnaires hospitaliers (Italie, Espagne, Royaume-Uni et Pays-Bas) (à des degrés divers). Les cycles budgétaires ont également été allongés, et les éventuels excédents peuvent être employés de manière plus souple – ils peuvent être utilisés par les hôpitaux et non plus récupérés par les autorités budgétaires. Cette plus grande autonomie de gestion conduit les hôpitaux à externaliser davantage les services non essentiels. Bien que les coûts liés à la surveillance du respect des objectifs de qualité ne soient pas négligeables, de l'avis général, l'externalisation peut conduire à une baisse des coûts dans la mesure où la concurrence pour ces services est suffisante (OCDE, 2006).

Graphique 2.6. Pourcentage des soins avec hospitalisation dans les dépenses totales de santé, 1980, 1990, 2000 et 2008



Note : Données non disponibles pour le Chili, la Grèce, l'Irlande et le Royaume-Uni.

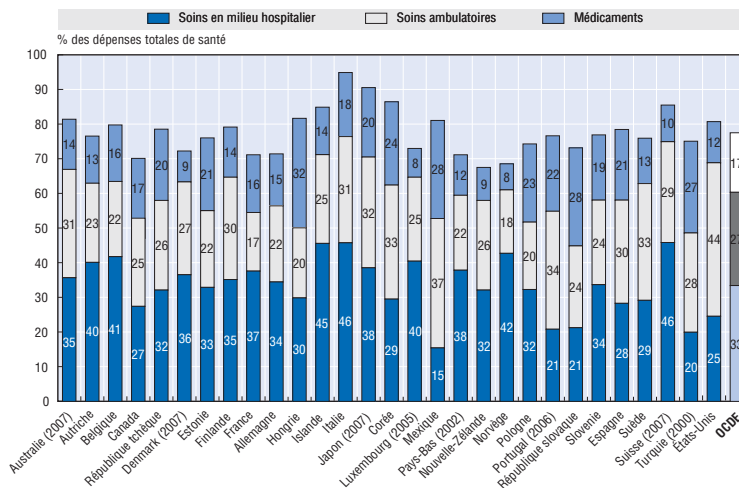
1. Données de 2007 au lieu de 2008; 2. Données de 2003 au lieu de 2000; 3. Données de 1991 au lieu de 1990; 4. Données de 2006 au lieu de 2008; 5. Données de 2005 au lieu de 2008; 6. Données de 2002 au lieu de 2000; 7. Données de 1993 au lieu de 1990.

* Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Source : OCDE (2010a).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932331562>

Graphique 2.7. Dépenses de santé, par composante, 2008 (ou année la plus récente)



Note : Données non disponibles pour le Chili, la Grèce, l'Irlande, Israël et le Royaume-Uni.

Source : OCDE (2010a).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932331581>

Tableau 2.9. Mesures prises pour contrôler le volume de soins

| | Existence de politiques de contrôle du volume de soins | | |
|------------------|---|--|--|
| | L'activité des prestataires de soins de santé est-elle réglementée/contrôlée? | La publicité directe auprès du consommateur des produits pharmaceutiques est-elle autorisée? | La rémunération des médecins est-elle liée à des objectifs de volume ? |
| Allemagne | Non | Oui pour certains médicaments | Non |
| Australie | Non | Oui pour certains médicaments | Oui, honoraires réduits ¹ |
| Autriche | Oui, contrôle du niveau d'activité, retour d'information, objectifs de prescription/budgets | Oui pour certains médicaments | Oui, honoraires réduits |
| Belgique | Oui, contrôle du niveau d'activité, retour d'information, objectifs de prescription/budgets | Oui pour certains médicaments | Non |
| Canada | Oui, contrôle du niveau d'activité | Oui pour certains médicaments | Oui, honoraires réduits |
| Corée | Oui, contrôle du niveau d'activité, retour d'information | Oui pour certains médicaments | Oui, honoraires réduits |
| Danemark | Oui, contrôle du niveau d'activité | Oui pour certains médicaments | Oui, honoraires réduits |
| Espagne | Oui, contrôle du niveau d'activité, retour d'information, objectifs de prescription/budgets | Oui pour certains médicaments | Non |
| Finlande | Oui, retour d'information | Oui pour certains médicaments | Oui, remboursement |
| France | Oui, retour d'information | Oui pour certains médicaments | Non |
| Grèce | Non | Oui pour certains médicaments | Non |
| Hongrie | Oui, contrôle du niveau d'activité, retour d'information | Oui pour certains médicaments | Non |
| Irlande | Non | Oui pour certains médicaments | Non |
| Islande | Oui, contrôle du niveau d'activité | Oui pour certains médicaments | Non |
| Italie | Oui, contrôle du niveau d'activité, retour d'information | Oui pour certains médicaments | Oui, remboursement |
| Japon | Non | Oui pour certains médicaments | Non |
| Luxembourg | Oui, retour d'information | Oui pour certains médicaments | Non |
| Mexique | Non | Oui pour certains médicaments | Non |
| Norvège | Oui, contrôle du niveau d'activité | Oui pour certains médicaments | Non |
| Nouvelle-Zélande | Non | Oui pour tous les médicaments | Non |
| Pays-Bas | Non | Oui pour certains médicaments | Non |
| Pologne | Oui, contrôle du niveau d'activité | Oui pour certains médicaments | Non |
| Portugal | Oui, objectifs de prescription/budgets | non | Non |
| Rép. slovaque | Oui, contrôle du niveau d'activité | Oui pour certains médicaments | Non |
| Rép. tchèque | Oui, contrôle du niveau d'activité, retour d'information, objectifs de prescription/budgets | Oui pour certains médicaments | Oui, remboursement |
| Royaume-Uni | Oui, contrôle du niveau d'activité, retour d'information | Oui pour certains médicaments | Oui, honoraires réduits |
| Suède | Oui, retour d'information, objectifs de prescription/budgets | Oui pour certains médicaments | Non |
| Suisse | Oui, contrôle du niveau d'activité, retour d'information | Oui pour certains médicaments | Oui, honoraires réduits |
| Turquie | Oui, contrôle du niveau d'activité, objectifs de prescription/budgets | non | Non |

1. Dans certaines parties du pays (État de Victoria, par exemple).

Source : Paris *et al.* (2010).

Le mode de financement des services hospitaliers revêt une importance primordiale dans l'évaluation des possibilités d'améliorer l'efficacité. Les dispositifs utilisés auparavant dans de nombreux pays pour rémunérer les hôpitaux n'ont pas encouragé l'efficacité, et ont même pu avoir l'effet inverse, par exemple lorsque les coûts étaient remboursés *a posteriori* ou lorsque les tarifs pratiqués étaient sans rapport avec le coût sous-jacent de l'offre en raison du progrès technologique ou de la baisse du prix des équipements. Comme indiqué plus haut, les plafonds budgétaires ont souvent été fixés en fonction des coûts passés, figeant ainsi les performances médiocres des prestataires inefficaces sans récompenser l'efficacité des autres.

Les pays sont de plus en plus nombreux à se tourner vers les systèmes de paiement prospectif par pathologie, tels que ceux utilisant les groupes homogènes de malades (GHM), pour fixer, avant la fourniture des prestations, les rémunérations en fonction du coût estimé des soins hospitaliers pour un épisode donné. Ces systèmes encouragent les hôpitaux à accroître le volume des traitements ; ils ont aussi pour avantage d'encourager les prestataires à réduire le coût de chaque épisode de soins. Toutefois, en cas d'offre excédentaire, ils peuvent conduire à des dépassements budgétaires si les prestataires sont à même d'induire une demande additionnelle ou s'il existe une demande contenue. En conséquence, beaucoup de pays assurent désormais un suivi de l'offre et fournissent des informations en retour quant aux plafonds budgétaires en vigueur. Des raisonnements et mesures comparables s'appliquent à d'autres secteurs du système de santé, notamment aux prestations des médecins (tableau 2.9).

Pour les hôpitaux, la décentralisation du processus de décision et une plus grande indépendance administrative sont souhaitables lorsqu'elles vont de pair avec un renforcement des capacités d'encadrement, une autonomie de décision accrue et une transparence plus poussée en matière de coûts. L'indépendance de gestion peut donner lieu à un déploiement plus efficace des ressources humaines, par exemple en cas de changement des règles relatives au champ d'activité des professionnels de santé.

Concurrence sur les marchés de l'assurance et des prestataires

Dans un souci d'efficacité accrue, un certain nombre de pays ont mis en place des mécanismes de marché ou de type marché au niveau des assureurs ou des prestataires (Allemagne, Pays-Bas et Suisse). Dans le premier cas, l'objectif est d'encourager les assureurs à devenir plus efficaces au plan administratif, à offrir de meilleurs services à leurs clients et, en fin de compte, à rechercher des prestataires de meilleure qualité et plus efficaces. Toutefois, les retombées de la pression concurrentielle pour le marché des prestataires varient considérablement d'un pays à l'autre, en raison, notamment, de la diversité des cadres réglementaires.

En général, les assureurs se font concurrence sur la base d'une prime universelle obligatoire pour un ensemble de soins de base, souvent avec en option la couverture des éléments non couverts dans l'offre de base. Les assureurs doivent accepter tous les demandeurs et appliquer une tarification commune. Étant donné que les schémas de risques diffèrent entre assureurs, des mécanismes de péréquation en fonction du risque ont été mis en place pour donner des chances égales aux concurrents sur ce marché. Cependant, comme la correction en fonction du risque ne peut jamais être totale, les assureurs ont intérêt à pratiquer un « écrémage » pour attirer les bons risques et éviter les mauvais, ce qui peut être lourd de conséquences en termes d'accès (Smith, 2009).

Pour profiter au mieux d'un marché concurrentiel, les assureurs doivent être en mesure de passer contrat avec les prestataires de manière sélective, ce qui permet de cumuler une efficacité accrue et une amélioration de la qualité de l'offre de soins ; aux États-Unis, le système de gestion coordonnée des soins y est parvenu jusqu'à un certain point. Mais, dans d'autres pays (comme la Suisse et les Pays-Bas) qui cherchent à introduire plus de concurrence sur les marchés de l'assurance sociale, ce n'est que partiellement le cas et, dans plusieurs systèmes de santé, les prix sont fixés à l'issue de négociations bilatérales entre assureurs et prestataires ou directement par les autorités. Avec l'élargissement progressif du champ des services ouverts à la négociation aux Pays-Bas, l'avenir dira si ces approches ont abouti à une plus grande maîtrise des coûts²².

Même sans introduire la concurrence sur les marchés de l'assurance, l'achat collectif de services de santé, dans lesquels un acheteur cherche à passer contrat pour des services de santé donnés et pour un groupe de population bien déterminé, peut permettre aux acheteurs de faire pression sur les prestataires de soins. Les acheteurs peuvent prendre diverses formes : régime d'assurance par le biais de l'employeur aux États-Unis, assureurs sociaux (du type de ceux évoqués précédemment), administrations locales, services de santé nationaux ou régionaux. Mais la pression concurrentielle ne peut jouer que s'il existe une certaine flexibilité quant au niveau auquel les contrats sont passés et un contrôle des structures dans lesquelles les patients peuvent obtenir les soins dont ils ont besoin.

Toutefois, les gains potentiels dépendent du cadre réglementaire, de la situation du marché et de la capacité de l'acheteur à passer des contrats et à en contrôler l'exécution. En pratique, la concurrence peut être limitée par la présence d'un fournisseur unique, la complexité du processus de passation des marchés et la disponibilité des informations nécessaires pour contrôler le respect des contrats, en particulier en ce qui concerne la réactivité aux besoins des patients et la qualité clinique. Ces difficultés peuvent imposer de recourir à d'autres formes de concurrence, passant notamment par le *benchmarking* et la concurrence par comparaison.

Améliorer les systèmes de données et la communication des informations pour promouvoir la qualité des soins

Les études réalisées dans un certain nombre de pays, et notamment aux États-Unis (Institute of Medicine, 2001) ont mis en évidence des problèmes généraux de qualité des soins de santé ; des dysfonctionnements de ce type ont été également constatés dans un grand nombre d'autres pays. De l'avis général, les problèmes de qualité peuvent avoir un impact significatif sur les budgets de la santé et des soins médicaux en raison du coût à supporter pour remédier aux erreurs – hospitalisation à la suite d'un traitement inadéquat, par exemple. Le manque de coordination et de communication, entre prestataires comme entre prestataires et patients, est une cause majeure des insuffisances qualitatives observées. Une meilleure qualité des soins contribuerait à réduire ce gaspillage, et pourrait directement déboucher sur une amélioration significative de la santé et du bien-être des populations.

Le défi semble difficile à relever en l'absence de données statistiques permettant de mieux cerner le problème. Au demeurant, une utilisation plus large des TIC s'impose pour que les informations soient transmises rapidement aux organismes de surveillance (Klazinga et Ronchi, 2009 ; OCDE, 2010b ; et chapitre 7 du présent rapport). L'amélioration de la qualité des soins passe également par des systèmes qui récompensent les bonnes performances et par de nouveaux modes de rémunération des prestataires qui prennent en compte la qualité des soins. La rémunération à la

performance répond à cette préoccupation (voir chapitre 4). Les progrès de l'information médicale et de la manière dont elle est transmise – des patients aux prestataires, entre prestataires, et des prestataires au payeur – peuvent également resserrer la coordination des soins, réduire l'offre de services redondants, faire baisser les coûts administratifs, assurer un retour d'information aux prestataires et ouvrir la voie à un développement du système mieux planifié.

Mais s'il existe bien un potentiel de réduction des coûts et d'amélioration de la santé publique, les coûts de mise en place et de maintien des systèmes de TIC correspondants se révèlent plus élevés que prévu : les technologies de l'information ont une forte intensité capitalistique, et les coûts doivent être mis en regard des gains escomptés. Comme pour un certain nombre d'autres programmes, il faudrait en savoir davantage sur le rapport coût-efficacité de ces programmes.

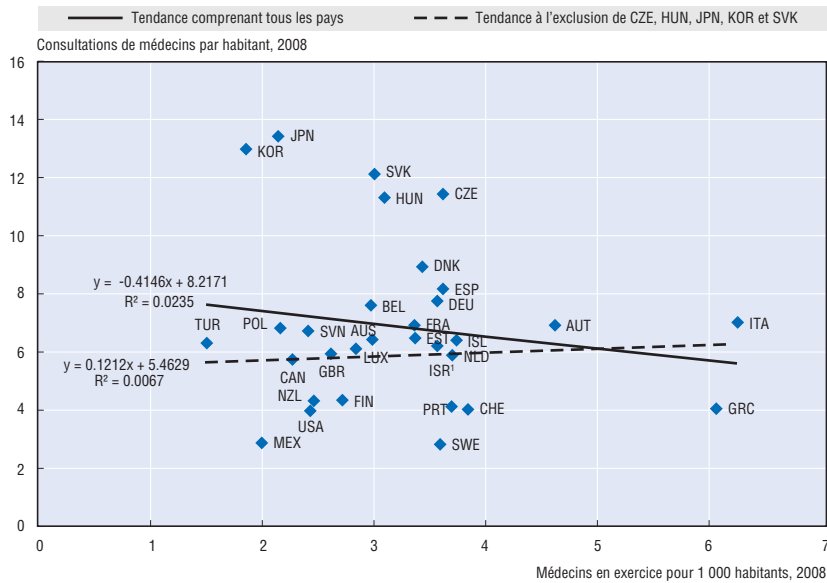
On s'accorde à penser que les augmentations des dépenses de santé sont largement imputables au progrès technologique, et qu'une partie de ces dépenses n'a eu qu'un effet marginal en termes de résultats sur le plan de la santé. De fortes disparités subsistent entre les pays en ce qui concerne l'offre d'équipements de haute technologie (l'imagerie, par exemple), mais elles ne se font guère sentir sur les résultats sanitaires (OCDE, 2009). En tout état de cause, il faut voir si les nouveaux matériels et actes médicaux répondent aux critères de coût-efficacité définis par chaque pays. À cet égard, nombreux sont ceux qui s'intéressent à l'évaluation des technologies de la santé (ETS) comme moyen de faire ressortir les techniques, les médicaments et les équipements les plus avantageux par rapport au coût. Si des organismes tels que le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) peuvent se prononcer sur les coûts et les avantages potentiels, c'est à la puissance publique qu'il appartient finalement de choisir, selon sa capacité et son consentement à payer (voir chapitre 3).

4. Enjeux et mesures du côté de la demande

Le manque d'efficacité peut être observé aussi bien du côté de la demande que du côté de l'offre, encore que ces deux aspects des systèmes de santé soient souvent difficiles à distinguer²³. Concernant la demande de soins, l'OCDE (2004) note une grande variation des taux de cardiopathies ischémiques entre les pays membres, sans qu'une corrélation puisse être établie avec les niveaux de certains traitements (revascularisation coronarienne, par exemple). Des problèmes analogues se posent pour d'autres maladies. Ainsi, les pratiques sont trop disparates à l'intérieur des pays comme entre les pays (Mulley, 2009). Un plus grand respect des protocoles de soins généralement reconnus pourrait améliorer la qualité des soins tout en réduisant le coût global des traitements. De même, on constate des différences marquées en matière de consommation de médicaments, allant de 350-420 USD PPA au Danemark, en Nouvelle-Zélande et en Suisse à 888 USD PPA en France (d'après OCDE, 2008b, graphique 1.11)²⁴.

Parallèlement, on observe de grandes différences dans l'utilisation des services de soins de santé par les patients, mesurée par le nombre des consultations de médecins et de sorties d'hôpital. Le nombre de contacts annuels avec un médecin va de quatre environ, voire moins, à plus de dix (pour les groupes de pays d'Asie et d'Europe orientale membres de l'OCDE), tandis que le nombre de sorties d'hôpital varie du simple au triple parmi les pays de l'OCDE. Il n'existe guère de corrélation entre : *i*) les consultations et le nombre de médecins ; et *ii*) le nombre de sorties d'hôpital et l'offre de lits (graphiques 2.8 et 2.9)²⁵.

Graphique 2.8. Consultations de médecins et densité de médecins, 2008

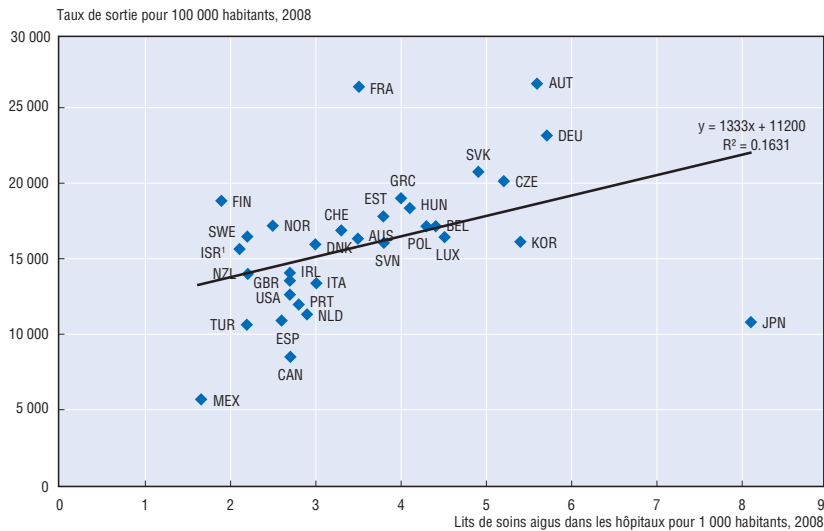


1. Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Source : OCDE (2010a).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331600>

Graphique 2.9. Sorties d'hôpital et nombre de lits par rapport à la population, 2008



1. Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Source : OCDE (2010a).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331619>

Aucun de ces écarts ne peut être directement attribué à un facteur donné du côté de l'offre ou de la demande et, en pratique, ils tiennent sans doute à la fois aux normes institutionnelles, aux mécanismes incitatifs (modalités de rémunération) et aux schémas de comportement des patients²⁶. Néanmoins, les responsables de l'élaboration des politiques doivent évaluer les raisons expliquant que le système soit si diversement utilisé, et voir s'il est possible, en réduisant les écarts, d'améliorer l'efficacité par rapport aux coûts sans compromettre les résultats sur le plan de la santé ni la qualité des soins.

Accroître la participation des ménages aux dépenses totales de santé

On peut faire baisser le niveau des dépenses *publiques* de santé en amenant les ménages à prendre davantage en charge les risques liés à la santé. La démarche peut prendre diverses formes :

- *Réduire la part de l'État dans le « panier de prestations »* : par exemple, la plupart des régimes publics ne couvrent pas certaines interventions chirurgicales, ou ne prennent pas toujours en charge des traitements ou des médicaments dont l'intérêt thérapeutique est limité ou nul (France, Espagne) ;
- *Déplacer les coûts des soins de santé pour certains risques* (soins dentaires, par exemple) de l'assurance publique à l'assurance privée supplémentaire ou complémentaire ; et
- *Obliger les patients à payer une part plus importante des soins de santé qu'ils reçoivent*. Cette participation aux coûts se traduit de différentes manières, allant du paiement forfaitaire pour chaque consultation médicale ou séjour hospitalier au paiement du ticket modérateur pour les médicaments.

La plupart des pays de l'OCDE offrent une couverture universelle ou presque pour un ensemble de services essentiels de santé. Toutefois, cela ne rend pas véritablement compte de la situation. En effet, là où des services comme les soins dentaires ou certains médicaments sont exclus de la liste des prestations de base ou couverts dans de très faibles proportions (Canada et France), le degré de participation aux coûts peut être plus important qu'il n'y paraît. Dans ces cas, les patients peuvent avoir à déboursier des sommes considérables, sauf à être couverts par une assurance mutuelle ou privée. En revanche, certains groupes vulnérables peuvent être largement exonérés du ticket modérateur, non sans augmenter, de manière parfois substantielle, la part des coûts de santé prise en charge par les systèmes publics (tableau 2.10)²⁷. Ces mesures peuvent aussi sensiblement accroître les frais d'administration des systèmes de participation aux coûts.

Bien qu'il soit difficile de dégager des tendances claires, on observe une légère augmentation, en moyenne, de la part à la charge des patients dans les dépenses totales de santé au cours des années 90 ; cette part a augmenté dans 13 des 22 pays pour lesquels les données ont pu être recueillies (graphique 2.10)²⁸. Le phénomène semble toutefois s'être inversé à la marge dans la décennie en cours, la part des dépenses à la charge des patients dans les dépenses totales ayant diminué dans 24 pays, sur les 32 pays pour lesquels on dispose de données^{29,30}. L'augmentation de la participation aux coûts a concerné principalement les médicaments ; pour les soins avec hospitalisation et les consultations de médecins, elle a été moins répandue (Allemagne, France, Italie et Suède). La liste des médicaments non remboursés s'est allongée ; il s'agit le plus souvent de médicaments dits « de confort » ou sans valeur thérapeutique prouvée. Dans un certain nombre de cas, des systèmes de participation forfaitaire par prescription ont été mis en place (Allemagne, France, République tchèque et Royaume-Uni). Ailleurs, des systèmes de prix de référence

ont été instaurés (Allemagne, Canada, France). Ces dispositifs augmentent la participation aux coûts pour les personnes qui utilisent des produits de marque ou d'un prix plus élevé, tout en assurant l'accès aux génériques.

Tableau 2.10. Exemptions de la participation aux coûts

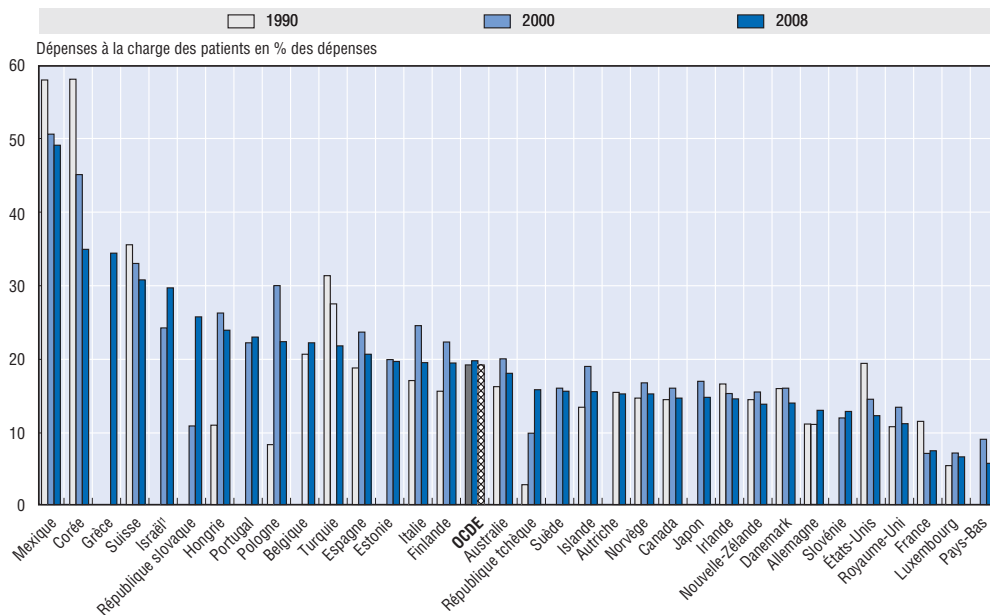
| Si des exemptions existent : | | | | | | | | |
|--|---|--|--|------------------|------------------|---------------------------|---|----------------|
| Est-il prévu des exemptions de la participation aux coûts? | pour les personnes ayant certaines pathologies ou handicaps | pour les personnes dont les revenus sont inférieurs aux seuils fixés | pour les bénéficiaires de prestations sociales | pour les seniors | pour les enfants | pour les femmes enceintes | pour les personnes ayant atteint une limite supérieure de dépenses à la charge des patients | autres |
| Allemagne | Oui | X | X | X | | X | | |
| Australie | Oui | | | | | | | X ¹ |
| Autriche | Oui | X | X | | | | X | |
| Belgique | Oui | X | X | X | X | | X | X ² |
| Canada | Oui | X | X | X | X | | | |
| Corée | Oui | X | X | X | X | X | X | |
| Danemark | Oui | X | | | X | X | X | |
| Espagne | Oui | X | | | X | | | |
| Finlande | Oui | | | | | X | X | |
| France | Oui | X | X | X | | | | X ³ |
| Grèce | Oui | X | X | X | | | X | |
| Hongrie | Oui | X | | | | | | |
| Irlande | Oui | X | X | X | | X | X | |
| Islande | Oui | X | | X | X | X | X | |
| Italie | Oui | X | X | | X | X | X | |
| Japon | Oui | X | | | X | X | X | X ⁴ |
| Luxembourg | Oui | X | | | | | X | X |
| Mexique | - | | | | | | | |
| Norvège | Oui | | | | | X | X | X |
| Nouvelle-Zélande | Oui | X | X | X | | X | X | X |
| Pays-Bas | Oui | X | | | | X | | X ⁵ |
| Pologne | Oui | X | | | | X | | X ⁶ |
| Portugal | Oui | X | X | X | X | X | X | |
| République slovaque | Oui | X | X | X | X | X | X | |
| République tchèque | Oui | X | X | X | X | X | X | X |
| Royaume-Uni | Oui | X | X | X | X | X | X | |
| Suède | Oui | X | | | | X | | X |
| Suisse | Oui | X | X | X | X | X | X | X |
| Turquie | Non | - | - | - | - | - | - | - |

- : sans objet.

1. Australie : pas d'exemption universelle, mais exemptions partielles ou complètes et filets de sécurité pour différentes parties du système de santé.
2. Maladies chroniques.
3. Accidents du travail.
4. Bénéficiaires de l'aide publique.
5. Visites de généralistes.
6. Invalides de guerre, soldats des contingents.

Source : Paris *et al.* (2010).


Graphique 2.10. Dépenses à la charge des patients en pourcentage des dépenses totales de santé, 1990, 2000 et 2008



1. Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Note : Estimation des auteurs pour la Grèce. Données non disponibles pour le Chili.

Source : OCDE (2010a).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932331638>

Le souci des pouvoirs publics d'assurer un accès généralisé aux soins explique peut-être l'augmentation modérée de la participation aux coûts. Mais indépendamment du motif, étant donné les réformes très minimales apportées à cet égard au cours des dernières décennies dans la plupart des pays (graphique 2.10), et les exemptions généralement accordées aux groupes vulnérables³¹, les effets sur la demande de soins ont été vraisemblablement limités (tableau 2.10). Quoi qu'il en soit, on ne peut établir de corrélation entre la grande disparité des pays en matière de participation aux coûts et les différences en termes d'état de santé. Une participation accrue aux coûts peut contenir la demande de soins de santé, mais l'ampleur du changement à apporter pour influencer sensiblement sur cette demande nuirait sans doute à l'accès aux soins (Smith, 2009). Cependant, l'augmentation de la part à la charge des patients pourrait figurer dans une palette plus large de mesures visant à réduire la pression sur les finances publiques, à condition d'être contrebalancée par une protection des groupes vulnérables.

Réduire les besoins de soins par la prévention des maladies et la promotion de la santé

Les programmes publics de promotion de la santé et de prévention des maladies représentent approximativement 5 % des dépenses de santé dans la zone OCDE. Au premier abord, l'investissement accru dans des politiques de prévention semble être un bon moyen de faire baisser tôt ou tard le coût des soins. De fait, il est amplement

démontré qu'un certain nombre de programmes types de prévention, comme la vaccination contre les maladies contagieuses, ont un rapport coût-efficacité élevé. Toutefois, bien que les pays de l'OCDE aient multiplié les interventions dans ce domaine, en particulier au cours des cinq dernières années, les éléments restent insuffisants sur la portée réelle de ces interventions, sans parler de leur efficience et de leurs effets redistributifs (OCDE, 2010b).

Étant donné la longueur et le caractère aléatoire des délais qui séparent les dépenses et les résultats, et la nécessité de prendre en compte de larges groupes de population, rien ne permet d'affirmer qu'il est moins coûteux de prévenir que de guérir. Par exemple, avant le début des récents travaux de l'OCDE sur la prévention de l'obésité, les éléments disponibles étaient très limités, notamment en ce qui concerne l'efficience et les effets redistributifs. Cependant, de nouvelles données probantes obtenues grâce aux micro-simulations réalisées par l'OCDE montrent que les interventions analysées vont dans le bon sens en termes de coût-efficacité et de redistribution (OCDE, 2010b).

Utilité d'une meilleure communication entre patients et prestataires de soins

Un meilleur dialogue entre les médecins et leurs patients concernant le coût (humain) et les avantages potentiels d'un traitement pourrait être bénéfique et conforme à la tendance actuelle vers un consumérisme plus actif dans le domaine des soins de santé. Il y a lieu de penser (Mulley, 2009) que s'ils sont plus conscients des chances de succès et/ou des risques d'effets secondaires graves à long terme, les patients seront peut-être moins disposés que leur médecin à choisir des formes de traitement très invasives et intensives. Des outils d'aide à la décision plus satisfaisants permettraient sans doute aux patients et aux prestataires de réduire les écarts injustifiés dans l'offre de soins. Un deuxième avis peut être utile à cet égard, et les médecins généralistes ont aussi un plus grand rôle à jouer en aidant les patients à adopter une position éclairée.

L'élévation du niveau d'instruction de la population et l'augmentation du nombre de maladies chroniques devraient donner plus de possibilités d'auto-consommation des soins et de prévention que par le passé. Encore faudrait-il que les patients perçoivent mieux à quel moment ils doivent s'adresser au système de santé – ce qui suppose une meilleure éducation sanitaire et une large diffusion des informations sur les signes avant-coureurs. Toutefois, les mesures en la matière devraient s'articuler avec des efforts plus généralement axés sur la prévention des maladies, l'éducation à la santé et la promotion de la santé. Pour les problèmes mineurs, les services d'assistance téléphonique, de même que la mise à disposition sur Internet d'informations soigneusement sélectionnées, peuvent avoir leur utilité³².

Perspectives de réduction de besoins coûteux par la coordination plus étroite des soins et le filtrage de l'accès

Sachant que les services de soins sont très majoritairement utilisés par une part relativement faible de la population, il serait possible de réduire la demande de soins en veillant à maintenir, autant que faire se peut, ces usagers en dehors de structures institutionnelles coûteuses (voir chapitre 5 et Hofmarcher *et al.*, 2007)³³. Les enjeux liés à la réduction des besoins de soins coûteux ont pris davantage d'importance du fait que la prévalence accrue des maladies chroniques (voire des maladies chroniques multiples) augmente avec le vieillissement démographique. Les obstacles à une meilleure coordination semblent être d'ordre institutionnel :

- Le financement des soins de santé est fragmenté (surtout entre les soins médicaux, d'une part, et les services sociaux et la prise en charge à long terme, d'autre part) ;
- La complexité va en augmentant (spécialisation accrue, par exemple) au sein des systèmes de santé, alors que la circulation des informations entre les différents niveaux de soins laisse souvent à désirer pour relever les défis liés aux nouveaux besoins.
- Obstacle peut-être le plus important, les activités de coordination n'ont pas d'existence à part entière dans certains systèmes : les professionnels de santé qui en sont chargés n'ont pas de statut explicite, et ces activités sont rarement rémunérées. Parallèlement, il arrive que les règles définissant le champ d'activité empêchent le personnel infirmier et d'autres professionnels de santé de jouer un plus grand rôle dans ce domaine (Hofmarcher *et al.*, 2007).

Pour améliorer la coordination des soins, il faut : faire prévaloir le transfert d'informations, entre les prestataires et entre les niveaux auxquels sont apportées les prestations ; et reconfigurer les systèmes de prestation de soins (en particulier au niveau des soins primaires) par des incitations appropriées et explicites en faveur de la coordination des soins. Une attention particulière doit aller au passage d'un niveau de soins à un autre (par exemple entre les soins hospitaliers aigus et les soins de longue durée).

Malgré l'importance que semble revêtir la coordination, à en juger par les éléments disponibles, si la qualité des soins a tout à y gagner, rien ne prouve que telle ou telle forme de coordination des soins, comme la gestion thérapeutique, permettra en fin de compte de réaliser des économies (IGAS, 2006). De fait, la mise en place de systèmes d'information avancés (TIC) peut avoir un coût initial élevé. Il en va de même pour le rapport coût-efficacité des programmes axés sur un vieillissement en bonne santé ; ces programmes apparaissent rarement coût-efficaces ou susceptibles d'entraîner une réduction globale des coûts des soins de santé (Oxley, 2009).

Mais quel que soit leur degré d'efficacité, ces mesures prennent probablement tout leur sens en association avec des mécanismes de filtrage dans lesquels un médecin référent de premier recours régule l'accès aux soins spécialisés et aux soins hospitaliers et, plus généralement, joue le rôle d'interlocuteur du patient au sein du système de santé pendant une période donnée³⁴. Le médecin référent peut aider le patient à s'orienter dans le système de santé, ce qui améliore la coordination des soins. Le tableau 2.11 illustre le maillage de ce système dans les différents pays.

Tableau 2.11. Filtrage de l'accès aux soins

| | | Filtrage de l'accès aux soins de second recours par un médecin référent : | | |
|---|--|---|---|--|
| | | Obligatoire | Encouragé par des incitations financières | Ni obligatoire, ni encouragé financièrement |
| Enregistrement auprès d'un médecin de premier recours est : | Obligatoire | Danemark, Espagne, Italie, Norvège, Pays-Bas, Portugal, République slovaque | | |
| | Encouragé par des incitations financières | Hongrie, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni | Allemagne, Belgique, France, Suisse | |
| | Ni obligatoire, ni encouragé financièrement | Canada, Finlande, Mexique, Pologne | Australie, Irlande | Autriche, Corée, Grèce, Islande, Japon, Luxembourg, République tchèque, Suède, Turquie |

Source : Paris et al. (2010).

5. Conclusions

L'amélioration de la performance des systèmes de santé reste un objectif primordial

Les dépenses de santé n'ont cessé de croître dans la zone OCDE depuis quelques décennies, pour atteindre environ 9 % du PIB, en moyenne, en 2008. La santé absorbe une part de plus en plus grande du total des dépenses publiques. En moyenne, les dépenses publiques de santé représentaient 16 % de l'ensemble des dépenses des administrations publiques en 2008, contre 12 % en 1992. L'augmentation des dépenses de santé n'est pas mauvaise en soi, à condition que les avantages supplémentaires qu'on tire soient supérieurs à ceux qui seraient tirés d'une utilisation différente des ressources. Néanmoins, les trois quarts des dépenses de santé étant financées par l'État, l'allocation des ressources et l'efficacité des dépenses sont une source de préoccupation majeure, surtout en période de vaches maigres, lorsque les pouvoirs publics ont des difficultés à financer les déficits du secteur public. Dans ces conditions, la viabilité du système et l'optimisation des dépenses de santé revêtent une importance grandissante. Ce chapitre a passé en revue un large éventail de mesures qui peuvent aider les décideurs à trouver des solutions.

Les pays peuvent réduire rapidement les dépenses en rationnant les intrants et en limitant le coût et le prix de ces intrants

Dans cette perspective, deux grands ensembles de mesures de modération des coûts face aux crises économiques dans le secteur de la santé sont mis ici en évidence : *i)* contrôle des intrants du secteur de la santé et de leur prix et/ou plafonds budgétaires ; et *ii)* amélioration en termes d'efficacité productive et d'efficacité par de meilleures incitations du côté de l'offre et de la demande. Ces deux ensembles de mesures sont étroitement liés. L'amélioration de l'efficacité productive contribuera à atténuer globalement les contraintes financières.

L'expérience des pays et l'ampleur des difficultés budgétaires actuelles donnent à penser que le premier ensemble de mesures sera probablement nécessaire dans les phases initiales de repli. Le contrôle des salaires et des prix aura probablement les effets à court terme les plus importants, en particulier s'ils s'accompagnent de plafonnements budgétaires rigoureux.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, les autorités peuvent contrôler de près l'offre et le prix des intrants. Par conséquent, ils peuvent réduire sensiblement les dépenses sur de courtes périodes, ce qu'ils ont largement fait, quoiqu'à des degrés et avec des succès divers selon les périodes et les pays.

Ces mesures ne sauraient toutefois être maintenues durant de longues périodes

S'en remettre uniquement à des solutions visant à réduire rapidement les coûts est une option qui comporte des risques et nécessite des arbitrages. La contraction de l'offre de professionnels de santé, si elle est prolongée ou poussée à l'extrême, peut faire naître par la suite des pressions à la hausse sur les salaires et des difficultés à augmenter l'offre lorsque la contrainte budgétaire s'assouplit. Les mesures de compression des dépenses à court terme peuvent même entraîner une augmentation des dépenses à long terme – par exemple, si des investissements nécessaires sont différés et si les mesures de prévention jugées souhaitables ne sont pas mises en œuvre.

D'où, peut-être, la nécessité d'envisager des stratégies de sortie avant que les pressions sous-jacentes ne deviennent trop fortes et poussent les autorités compétentes à prendre des décisions politiques sub-optimales sur le plan de la santé. Une piste possible consisterait à lier toute augmentation de salaire ultérieure à des micro-réformes tendant à accroître l'efficacité des prestations, autrement dit à utiliser les hausses de rémunération comme levier du changement. Encore faudrait-il, pour qu'une telle approche soit crédible, que l'évolution des salaires et des rémunérations suive la mise en place des réformes, ce qui sera difficile.

Il sera plus efficace à long terme de revoir les mécanismes incitatifs

Les réserves de productivité ne manquent pas dans les systèmes de santé, et il existe toute une série de mesures propices à une plus grande efficacité. Toutefois, pour optimiser les ressources investies, il faut continuer à combler le déficit d'information sur les mesures susceptibles d'apporter un meilleur rapport qualité-prix. L'évaluation des voies possibles de réforme a mis en avant la dimension offre du système de santé, dans la mesure où c'est là que les perspectives de gains d'efficacité sont sans doute les plus importantes. Cependant, les interventions prometteuses du côté de la demande qui vont au-delà de la question classique de la participation aux coûts devraient également être prises en considération.

L'évolution de la morbidité doit aller de pair avec de nouvelles méthodes d'organisation et de prestation des soins

Les stratégies liées à l'offre ne vont pas de soi et amènent à examiner de près les incitations offertes aux prestataires pour qu'ils proposent des soins efficaces, étant entendu que toute réforme doit prendre en compte le cadre institutionnel en place dans le pays concerné. Comme indiqué plus haut, il existe de très grandes disparités entre les

pays, quant au niveau et au mode d'utilisation des ressources, qui seraient peut-être à étudier plus avant. Les mesures liées à l'offre évoquées ici sont les suivantes :

- La dissociation des fonctions d'acheteur et de prestataire doit être renforcée pour faciliter le suivi de la performance des systèmes. Elle permet de définir plus clairement les responsabilités au sein des systèmes de santé et, potentiellement, d'assurer une meilleure gouvernance. Cela peut aider à recenser les besoins et à voir si les objectifs d'accès aux soins et de qualité des soins sont bien atteints. Néanmoins, ces dispositifs, qui peuvent prendre diverses formes, supposent une grande quantité d'informations pour que la surveillance voulue puisse être assurée.
- La plupart des pays de l'OCDE ne se sont probablement pas tout à fait adaptés à l'évolution de la morbidité vers des maladies chroniques et aux possibilités de traitement ambulatoire. D'où la nécessité d'envisager des modèles de soins primaires ou ambulatoires plus conformes au paysage épidémiologique émergent. Un déploiement plus efficace des ressources dans le secteur ambulatoire s'impose, parallèlement à la définition de nouveaux modes de rémunération – « rémunération à la performance », par exemple.
- Il est grandement possible de réaliser des gains d'efficacité grâce à une meilleure organisation et à une utilisation plus efficace des ressources du secteur hospitalier. Malgré la réduction généralisée du nombre de lits au cours des vingt dernières années, le secteur hospitalier demeure la principale composante des dépenses de santé. L'instauration de systèmes de paiements prospectifs semble devoir aller dans le sens de l'efficacité si elle s'accompagne d'un contrôle rigoureux de l'activité. La conception de modes de rémunération plus efficaces pourrait être déléguée aux acheteurs de soins.
- Par ailleurs, les incitations offertes dans les secteurs ambulatoire et hospitalier pourraient être davantage déterminées par les mécanismes de marché. C'est la tendance observée dans un certain nombre de pays (Allemagne, États-Unis, Pays-Bas et Suisse). Cependant, dès lors qu'un système concurrentiel arrive dans un environnement en proie aux défaillances du marché, on ne saurait affirmer que de telles mesures permettront d'accroître l'efficacité et d'abaisser les coûts.
- L'adoption des technologies de l'information et l'informatisation des pratiques médicales peuvent améliorer l'efficacité des systèmes de santé en augmentant les possibilités de coordonner les soins, en limitant les examens médicaux redondants, en réduisant le coût administratif des demandes de remboursement et, éventuellement, en améliorant la qualité des soins là où celle-ci est mesurée.

Il faut s'intéresser davantage aux aspects liés à la demande

Les grandes disparités internationales en ce qui concerne la participation des usagers aux coûts laissent penser qu'on pourrait aller plus loin dans ce sens, tout du moins dans les pays où la participation aux coûts représente une part minimale du montant total des coûts de la santé et où les groupes vulnérables sont bien protégés. Le coût élevé des services de santé peut également être réduit par une prévention efficace.

Sont également évoquées dans le corps du texte les disparités surprenantes qui existent entre les pays concernant le recours aux systèmes de santé. Il se pourrait que certains pays assurent une meilleure prévention que d'autres. Une prévention efficace peut être un moyen de réduire les besoins de soins curatifs. Mais des économies supplémentaires sont envisageables, moyennant des mécanismes tels que le filtrage de l'accès aux soins par un médecin référent ou la coordination des soins de façon à aiguiller les patients vers les lieux de soins les mieux adaptés et à éviter des hospitalisations onéreuses.

L'inflexion de la courbe des coûts suppose d'incorporer le progrès technologique de manière avisée

Pour réduire durablement la croissance des dépenses publiques de santé (troisième scénario du graphique 2.1), il faut toutefois prendre en compte le progrès technologique, l'un des principaux facteurs en jeu dans les dépenses médicales. Jusqu'à présent, la majorité des pays ont pu veiller à inclure la plupart des interventions courantes dans leur offre de base de services de santé subventionnés. Si les avancées technologiques s'accroissent, comme certains auteurs le laissent penser (Aaron, 2003), les autorités compétentes devront peut-être se montrer plus sélectives dans la définition des biens et services couverts.

Notes

1. Newhouse (1992) estime que jusqu'à la moitié de l'augmentation des dépenses des États-Unis est liée à la technologie. Des études du Congressional Budget Office (CBO – Service d'études budgétaires du Congrès, 2008) le confirment. Néanmoins, les estimations les plus récentes semblent indiquer que les technologies pourraient être à l'origine de 25 à 50 % de l'accroissement total des dépenses de santé des États-Unis (Smith *et al.*, 2009).
2. Par exemple, les politiques de contrôle de l'offre de personnel de santé peuvent être plus difficiles à mettre en œuvre si le contrôle réglementaire est délégué aux prestataires.
3. Par exemple, la concurrence accrue introduite sur les marchés de prestataires sera renforcée s'il existe des politiques d'information accrue sur les prix et la qualité et le potentiel de contractualisation sélective.
4. Paris *et al.* (2010) sont plus particulièrement cités à cet égard. Des précisions sur l'élaboration d'indicateurs relatifs au cadre institutionnel figurent dans le document de travail correspondant.
5. Des facteurs liés à l'économie politique sont sous-jacents à certaines augmentations de l'offre hospitalière. De nombreux pays ont eu à subir de fortes pressions politiques en faveur d'un accroissement du nombre des hôpitaux dans les villes et communes pour assurer un accès aux services et des emplois au plan local. Ces hôpitaux ont été également d'importants pourvoyeurs d'emplois. De surcroît, les incitations

financières étaient fortes car l'investissement dans un accroissement des capacités a été souvent financé par d'autres niveaux d'administration ou d'institutions.

6. Selon Paris *et al.* (2010), seize pays souffrent d'une pénurie de lits de soins de longue durée et dans cinq pays, les patients font souvent des séjours hospitaliers prolongés dans des lits de soins aigus en attendant des soins de suite appropriés.
7. Par exemple, les généralistes gagnent moins de la moitié de ce que gagnent les spécialistes en Australie, en Belgique et aux Pays-Bas.
8. La féminisation croissante des professions médicales est un facteur qui y contribue car les femmes médecins travaillent généralement moins d'heures que leurs homologues masculins. L'évolution de la réglementation, par exemple la directive européenne sur le temps de travail, qui limite le nombre d'heures de travail dans les hôpitaux de l'Union européenne, en est un autre.
9. Ces données sont à utiliser avec circonspection car les différentes composantes des dépenses de santé peuvent correspondre aux moyens mis en œuvre et non aux réalisations. Elles se rapportent à l'année 2005.
10. Ces travaux étant en cours à l'OCDE, l'évolution des données sur la durée n'est pas encore disponible. Cependant, des études récentes (Farrell *et al.*, 2008) indiquent que l'augmentation des dépenses aux États-Unis sur la période 2004-07 était largement due à la hausse des prix dans le secteur ambulatoire, laquelle s'explique également par la progression persistante de la part des soins ambulatoires, secteur où le contrôle des prix est moins strict, par rapport à celle des soins hospitaliers, secteur où les prix sont plus étroitement contrôlés dans le cadre du système Medicare.
11. Les informations disponibles sont limitées sur l'impact le plus important. Par exemple, des changements opérés récemment en Norvège dans le secteur des soins primaires ont montré un effet revenu minime sur la production de services (Grytten *et al.*, 2008), alors qu'au Japon une réglementation stricte des honoraires des médecins s'est accompagnée de consultations répétées de très courte durée (OCDE, 2009) (voir ci-après).
12. Il peut s'agir, par exemple, d'augmenter les volumes pour compenser la modération des hausses de prix (ou de salaires) (cas des soins ambulatoires en Australie, en France et au Japon et du secteur hospitalier en Suède), en dispensant des services d'un coût plus élevé (par exemple davantage de tests à visée diagnostique sur site) (France, Allemagne et États-Unis), en reclassant les patients dans des catégories à tarification plus élevée (par exemple Medicare aux États-Unis) ou en déplaçant des services dans des secteurs où il n'y a pas de contrôle des prix (États-Unis). Les médecins opérant à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé (Royaume-Uni, Finlande, Grèce et Irlande) peuvent également tenter de déplacer des soins vers le privé où le contrôle exercé par les pouvoirs publics est moins strict.
13. En Grèce, par exemple, les médecins du secteur public ont également tendance à faire venir les patients en consultation privée (Economou et Giorno, 2009).
14. Nonobstant, ces résultats ne vont pas de soi et sont variables selon la période examinée. De manière générale, les plafonds budgétaires ont été moins bien respectés, voire pas respectés du tout, en Grèce, en Italie, au Portugal et en Espagne, alors que ces pays ont des dispositifs institutionnels comparables. Par ailleurs, à certaines périodes, des pays à modèle intégré ont aussi accru délibérément les ressources destinées au secteur de la santé (par exemple, le Canada, la Nouvelle-Zélande et le

- Royaume-Uni très récemment) ou connu un rebond des dépenses après des périodes de restriction budgétaire (Irlande).
15. Les résultats peuvent dépendre de l'ampleur de l'offre excédentaire dans le système. Au Royaume-Uni, par exemple, le service national de santé (NHS) a, de tout temps, été soumis à un plafonnement rigoureux des dépenses. Poussé à améliorer l'efficacité et à réduire les listes d'attente, il a réalisé des gains de productivité considérables dans les années 80 et 90 (Light, 2001).
 16. La France, en revanche, a renforcé son système de contrôle des dépenses en 2004 avec un certain nombre de résultats positifs.
 17. L'enjeu politico-économique l'emporte ici sur les instruments à retenir pour limiter les dépenses de santé.
 18. Il en allait ainsi en France pour les agences régionales de l'hospitalisation créées à la fin des années 90. Leurs missions ont été récemment élargies aux soins ambulatoires et elles ont été renommées « agences régionales de santé ».
 19. D'après l'enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé (Paris *et al.*, 2010), 14 pays ont des systèmes de gestion des soins thérapeutiques et dix pays ont des dispositifs de gestion par cas pour les patients atteints de pathologies complexes. Toutefois, on ne connaît pas l'étendue de ces programmes. La mise en place de processus d'achats de soins nécessite une évaluation des besoins sanitaires qui n'est pas nécessairement disponible dans tous les pays.
 20. Actuellement, le paiement à l'acte est très répandu en Amérique du Nord, ainsi qu'en Autriche, en France, en Allemagne et en Suisse.
 21. Sauf dans les cas suivants : Corée, Espagne, États-Unis, Mexique, République slovaque, Suède et Turquie.
 22. Aux Pays-Bas, les services dont les prix sont négociables couvrent 34 % de l'offre de soins hospitaliers.
 23. D'un côté, il s'agit de canaliser la demande (ou les besoins) de soins de manière à réduire les coûts au minimum ou à porter la performance sanitaire au maximum (filtrage de l'accès aux soins via un médecin référent, par exemple). De l'autre, côté offre, les effets renvoient aux mesures incitatives et réglementaires visant les prestataires qui contribuent à améliorer l'efficacité et l'efficacité de l'offre par rapport aux coûts. On peut citer le jeu des mécanismes du marché (externalisation des services de blanchisserie ou des repas) lorsque les conditions de marché autorisent la concurrence.
 24. Les écarts de prix entre les pays peuvent correspondre à des différences concernant les prix et les gammes de médicaments consommés (voir OCDE, 2008b).
 25. Toutefois, la variation de la part de personnes âgées dans la population peut expliquer en partie certains des écarts observés dans les sorties d'hôpital (OCDE, 2009).
 26. Par exemple, certains de ces écarts s'expliquent par des problèmes de mesure : en Suède et en Finlande, le petit nombre de consultations de médecins tient peut-être au fait que les premiers interlocuteurs du système de soins de santé sont bien souvent les personnels infirmiers (Bourgueil *et al.*, 2006). Les données relatives aux Pays-Bas excluent les contacts liés aux soins maternels et pédiatriques. En ce qui concerne la réglementation, beaucoup de contacts avec les médecins au Japon ont pour objet le renouvellement d'ordonnances, et ne se justifient pas nécessairement en cas d'affections de longue durée. (On notera cependant que la réglementation a pu être

revue récemment à cet égard.) Dans divers pays, la pratique d'activités sportives oblige à passer préalablement une visite médicale, dont le coût reste fréquemment pris en charge par l'assureur (France). Par ailleurs, les médecins payés à l'acte tendent à afficher un taux de consultations supérieur à celui des médecins salariés. Certains des pays où le nombre de contacts est peu élevé sont peut-être soumis à des contraintes du côté de l'offre (cas du Mexique).

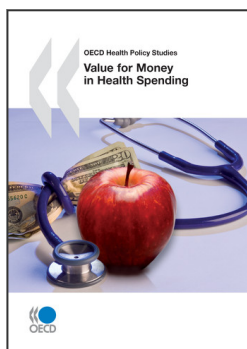
27. Voir Paris *et al.* (2010) pour de plus amples informations sur l'étendue et le niveau de la couverture.
28. La manière de présenter les données a son importance. Les dépenses à la charge des patients ont apparemment augmenté aussi bien dans la période 1990-99 que dans la période 2000-07 lorsqu'elles sont rapportées à la consommation totale des ménages.
29. Notons que les évolutions négatives étaient en général minimales.
30. Les augmentations ont été plus particulièrement marquées dans les pays suivants : Grèce, République slovaque, Hongrie, Suède, Autriche et Japon.
31. Par exemple, plus de la moitié des pays étudiés ont fixé des plafonds pour les personnes ou les ménages ayant atteint la limite supérieure des dépenses à la charge des patients (voir tableau 2.10, avant-dernière colonne).
32. Voir, par exemple, le site Web NHS Direct au Royaume-Uni – www.nhsdirect.nhs.uk. Toutefois, étant donné la diversité et l'origine incertaine d'une grande partie des informations médicales que l'on trouve sur Internet, ces informations doivent être soigneusement passées au crible par les ministères de la Santé.
33. Par exemple, la tranche de 25 % des principaux bénéficiaires du système Medicare aux États-Unis en termes de coûts des soins représentaient 85 % des dépenses annuelles en 2001 et 68 % des dépenses cumulées sur cinq ans sur la période 1997-2001 (CBO, 2005).
34. Le filtrage de l'accès aux soins vise à encourager une bonne utilisation des services de santé. Le principe du médecin de premier recours jouant le rôle d'interlocuteur et de coordonnateur a été mis en avant pour affecter de manière rationnelle des ressources limitées en spécialistes et en hôpitaux face à la complexité grandissante des connaissances et de la spécialisation médicales. Ce mécanisme est censé réduire les coûts de recherche des consommateurs et orienter la demande de services spécialisés de façon à garantir une utilisation appropriée des différents niveaux de soins. Le succès d'une telle organisation dépend de l'aptitude des médecins de premier recours à juger de la qualité, et dans certains cas du coût, des soins dispensés par d'autres prestataires (Paris *et al.*, 2010).

Bibliographie

- Aaron, H. (2003), « Should Public Policy Seek to Control the Growth of Health-care Spending? », *Health Affairs*, janvier.
- Bourgueil, Y. *et al.* (2006), « Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières – L’apport d’expériences européennes et canadiennes », DREES, Série Études, n° 57.
- CBO (2008), *Technological Change and the Growth of Health Care Spending*, Washington, DC.
- Congressional Budget Office (CBO) (2005), *High-Cost Medicare Beneficiaries*, Washington, DC, consultable à l’adresse www.cbo.gov/showdoc.cfm?index=6332&sequence=0.
- Docteur, E. et H. Oxley (2004), « Les systèmes de santé : enseignements tirés de la mise en œuvre des réformes », *Vers des systèmes de santé plus performants : Études thématiques*, Éditions de l’OCDE, Paris.
- Docteur, E. et V. Paris (2009), « Optimiser l’efficacité des dépenses en produits pharmaceutiques », *Obtenir un meilleur rapport qualité-prix dans les soins de santé*, Éditions de l’OCDE, Paris.
- Economou, C. et Claude Giorno (2009), « Improving the Performance of the Public Health Care System in Greece », Documents de travail du Département des affaires économiques, n° 722, Éditions de l’OCDE, Paris.
- Farrell, D. *et al.* (McKinsey Global Institute) (2008) « Accounting for the Cost of U.S. Health Care: A New Look at Why Americans Spend More », consultable à l’adresse www.mckinsey.com/mgi/publications/US_healthcare/index.asp
- Figueras, J., R. Robinson et E. Jakubowski (dir. pub.) (2005), *Purchasing to Improve Health System Performance*, Open University Press et Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.
- Fujisawa, R. et G. Lafortune (2008), « The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries: What are the Factors Explaining Variations across Countries? », Documents de travail de l’OCDE sur la santé, n° 41, Éditions de l’OCDE, Paris.
- Grytten, J., F. Carlsen et I. Skau (2008), « Primary Physicians’ Response to Change in fees », *European Journal of Health Economics*, HEPAC, Health Economics in Prevention and Care, vol. 9, n° 2, pp. 177-125.
- Hofmarcher, M.M. *et al.* (2007), « Improved Health System Performance Through Better Care Coordination », Documents de travail de l’OCDE sur la santé, n° 30, Éditions de l’OCDE, Paris.
- Imai, Y. et H. Oxley (2004), « Managing Public Costs in the Japanese Health and Nursing Care Sector » *Osaka Economic Papers*, vol. 58, n° 2, septembre.
- Inspection générale des affaires sociales (IGAS) (2006), « Améliorer la prise en charge des malades chroniques : les enseignements des expériences étrangères de ‘disease management’ », Rapport présenté par Pierre-Louis Bras, Gilles Duhamel et Étienne Grass, Paris.

- Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America (2001), *Crossing the Quality Chasm, A New Health System for the 21st Century*, National Academy Press, Washington.
- Joumard, I. *et al.* (2008), « Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency », Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 627, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Klazinga, N. et E. Ronchi (2009), « Utiliser les TIC pour suivre et améliorer la qualité des soins de santé », *Obtenir un meilleur rapport qualité-prix dans les soins de santé*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Light, D. (2001), « Managed Competition, Governmentality and Institutional Response in the United Kingdom », *Social Science and Medicine*, vol. 52.
- Mossialos, E. et J. Le Grand (dir. pub.) (1999), *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Aldershot, Ashgate.
- Mulley, A. (2009), « The Need to Confront Variation in Practice », *British Medical Journal*, vol. 339.
- Newhouse, J.P. (1992), « Medical Care Costs: How Much Welfare Loss? », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 6, pp. 3-21.
- OCDE (2004), *Vers des systèmes de santé plus performants*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2004), *Vers des systèmes de santé plus performants : Études thématiques*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2006), « Competition in the Provision of Hospital Services », Document DAF/COMP(2006)20, OCDE, Paris.
- OCDE (2008a), *Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE : Comment répondre à la crise imminente ?*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2008b), *Les prix des médicaments sur un marché global : Politiques et enjeux*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2009), *Panorama de la santé 2009 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2010a), *Eco-Santé OCDE 2010 : Statistiques et indicateurs*, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OECD (2010b), *L'obésité et l'économie de la prévention : Objectif santé*, Éditions de l'OCDE, Paris (à paraître).
- Oxley, H. (2009), « Policies for Healthy Ageing: An Overview », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 42, Éditions de l'OCDE, Paris, février.
- Paris, V. *et al.* (2010), « Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 50, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Rapoport, J., P. Jacobs et E. Jonnson (2009), « Cost Containment and Efficiency in National Health Systems: A Global Comparison » Wiley, Weinheim.
- Schoen, C. (2007) « Bending the Curve: Options for Achieving Savings and Improving Value in Health Spending », communication, The Commonwealth Fund, 18 décembre 2007.

- Shortell, S. (2009), « Bending the Cost Curve: A Critical Component of Health Care Reform », *Journal of American Medical Association*, vol. 302, n° 11, pp. 1223-1224.
- Smith, P. (2009), « Les mécanismes de marché et l'utilisation des ressources dans le secteur de la santé », *Obtenir un meilleur rapport qualité-prix dans les soins de santé* », Éditions de l'OCDE, Paris.
- Smith, S. *et al.* (2009), « Income, Insurance and Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth ? », *Health Affairs*, vol. 28, n° 5, pp. 1276-1284.



Extrait de :
Value for Money in Health Spending

Accéder à cette publication :

<https://doi.org/10.1787/9789264088818-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2010), « Politiques de santé en période de restrictions budgétaires », dans *Value for Money in Health Spending*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264088832-5-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.