

Pour citer ce document, merci d'utiliser la référence suivante :

OCDE 2010, "Améliorer le rapport coût-efficacité des systèmes de santé", OCDE Département des Affaires Économiques, Note de politique économique, n° 2.

**NOTE DE POLITIQUE ÉCONOMIQUE n° 2 DU  
DÉPARTEMENT DES AFFAIRES ÉCONOMIQUES**

# **AMÉLIORER LE RAPPORT COÛT-EFFICACITÉ DES SYSTÈMES DE SANTÉ**



## Améliorer le rapport coût-efficacité des systèmes de santé

L'OCDE a recueilli de nouvelles données comparatives sur les politiques de santé et l'efficacité des systèmes de soins de santé dans ses pays membres. L'objectif consiste à déterminer les points forts et les points faibles des systèmes de santé de chaque pays et à évaluer les gains potentiels d'efficacité ainsi que les réformes pour les concrétiser. Les principales conclusions sont les suivantes :

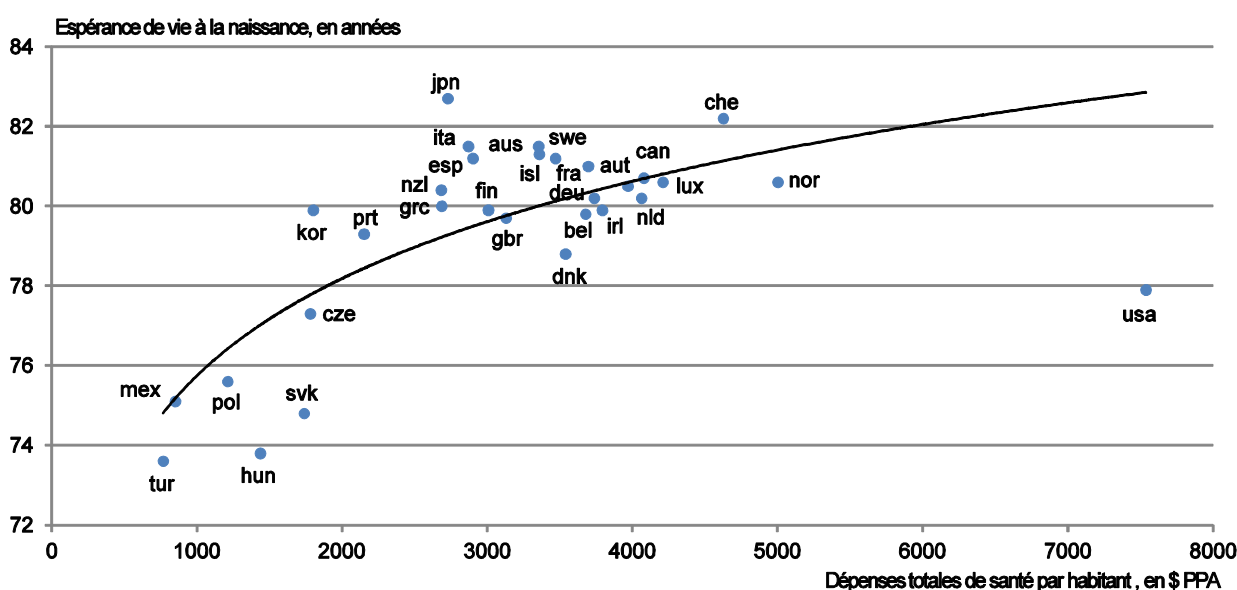
- ⇒ Dans tous les pays étudiés, l'efficacité des dépenses de santé peut être améliorée.
- ⇒ En moyenne dans la zone OCDE, l'espérance de vie à la naissance pourrait être allongée de plus de deux ans tout en maintenant les dépenses de santé au même niveau, à condition que tous les pays deviennent aussi performants que les meilleurs dans ce domaine. À titre de comparaison, une hausse de 10 % des dépenses de santé, en l'absence de réforme, n'aboutirait qu'à un allongement de l'espérance de vie de trois à quatre mois seulement.
- ⇒ Aucun système de santé n'offre systématiquement un meilleur rapport coût-efficacité. Plutôt que le type de système, c'est davantage la manière dont il est géré qui importe. Les systèmes fondés sur le marché et les systèmes dirigistes centralisés présentent à la fois des avantages et des inconvénients.
- ⇒ On observe de fortes disparités entre les individus en matière de santé et ces inégalités peuvent être réduites sans nuire à l'efficacité. Les inégalités sont généralement relativement faibles dans les pays dotés d'un système fondé sur l'assurance privée bien réglementé. Les systèmes centralisés peuvent également aboutir à de bons résultats sur le plan de l'équité, tout en limitant les dépenses.
- ⇒ Il n'existe pas d'approche unique pour réformer les systèmes de santé. Les pouvoirs publics doivent s'efforcer de garantir la cohérence des paramètres de l'action publique, en s'inspirant des meilleures pratiques observées dans les différents systèmes de santé en vigueur dans la zone OCDE et en les adaptant aux conditions locales.
- ⇒ L'amélioration de l'efficacité des systèmes de santé se traduirait par une économie importante de dépenses publiques, de près de 2% de PIB en moyenne pour les pays de l'OCDE.

### ***Il est indispensable de contenir les dépenses publiques consacrées aux soins de santé***

1. Tous les pays de l'OCDE ont comme objectif d'améliorer le rapport coût-efficacité de leur système de santé. Depuis le début des années 90, les dépenses de santé par habitant ont progressé de plus de 70 % en valeur réelle. Ces investissements massifs se sont traduits par une population en meilleure santé, comme en témoignent l'allongement de l'espérance de vie et la baisse de la mortalité pour certaines maladies comme le cancer. Ainsi, l'espérance de vie a augmenté en moyenne d'environ un an tous les 4 ans depuis le début des années 90. Toutefois, compte tenu de leur forte hausse, les dépenses totales de santé représentent désormais plus de 9 % du PIB en moyenne dans la zone OCDE, avec d'importantes variations entre les pays. En outre, les pays qui dépensent le plus ne sont pas nécessairement ceux qui affichent les meilleurs résultats en matière de santé (graphique 1), ce qui permet de penser qu'il est possible d'améliorer le rapport coût-efficacité.

2. Il est impératif d'améliorer l'efficacité des dépenses de santé, faute de quoi la demande de soins fragilisera les finances publiques. La crise récente et son impact sur les budgets publics ont intensifié les pressions en faveur des réformes et exacerbé leur caractère d'urgence. Les dépenses publiques de santé figurent parmi les principaux postes budgétaires des finances publiques : elles représentaient 15 % des dépenses publiques totales en moyenne en 2007 (soit plus de 6 % du PIB), contre 12 % en 1995. Par ailleurs, le vieillissement de la population, la hausse rapide des prix des soins de santé et les progrès coûteux des technologies médicales accentuent les pressions sur les budgets. Selon les estimations de l'OCDE, les dépenses publiques de santé devraient augmenter de 3.5 à 6 points de pourcentage du PIB d'ici à 2050 dans l'ensemble des pays membres.

Graphique 1. De fortes disparités d'espérance de vie et de dépenses de santé persistent dans la zone OCDE 2008<sup>1</sup>



1. Ou dernière année disponible.  
Source : ECO-Santé OCDE 2010.

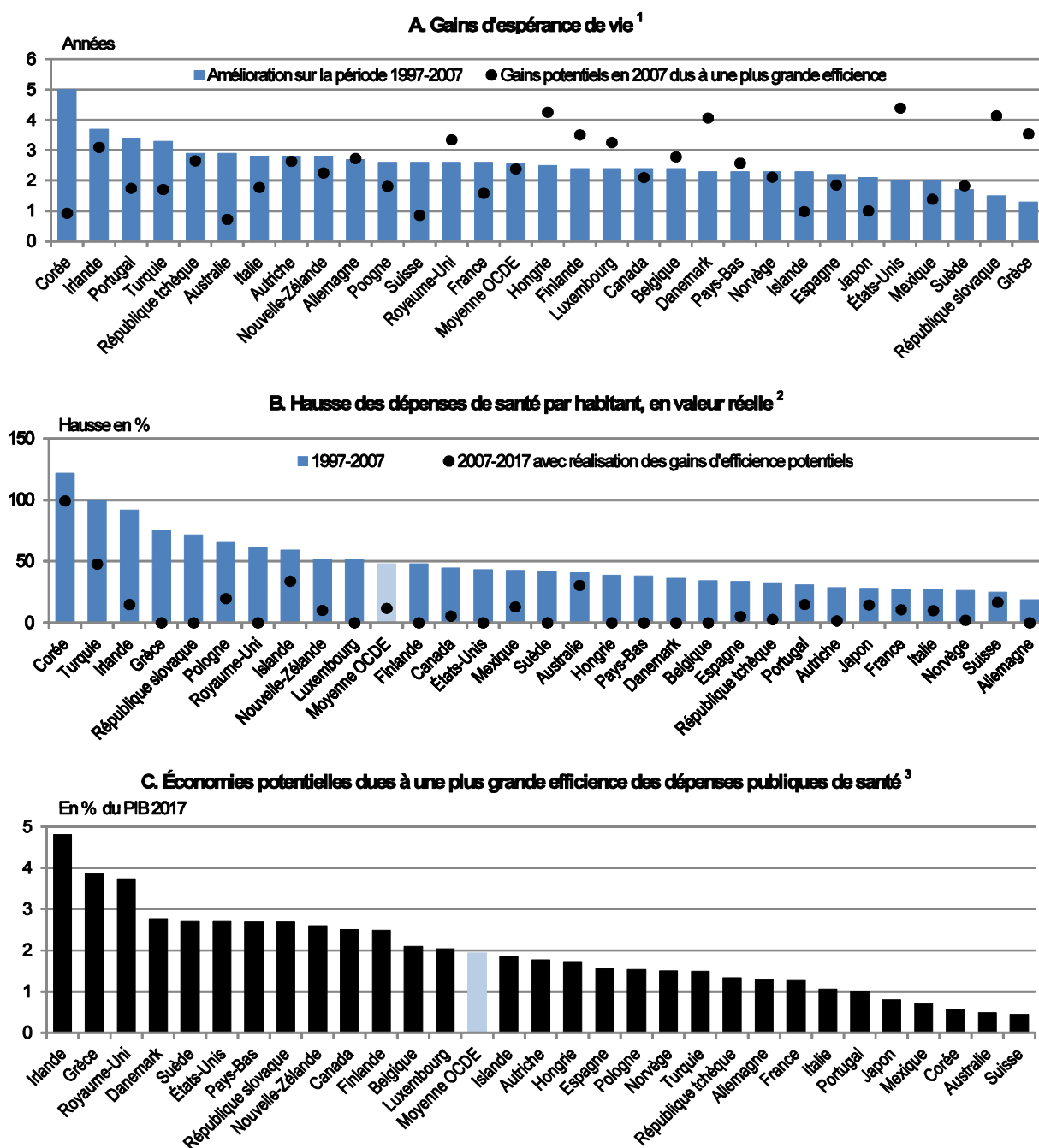
### ***L'efficacité des systèmes de santé pourrait être considérablement renforcée, afin de contribuer à l'assainissement des finances publiques***

3. Les pouvoirs publics sont préoccupés à la fois par l'état de santé de la population et par la soutenabilité budgétaire. S'il ne fait aucun doute qu'une population en meilleure santé est essentielle pour la prospérité de l'économie, serait-il possible d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé tout en jugulant la hausse des dépenses ? De nouvelles recherches laissent à penser que l'efficacité des dépenses de santé pourrait augmenter dans tous les pays de l'OCDE. L'un des moyens d'évaluer l'efficacité de ces dépenses consiste à considérer l'espérance de vie comme le résultat des dépenses de santé. Certes, il ne s'agit que d'un indicateur partiel, qui ne reflète pas la prévalence des maladies, ni l'invalidité ou la qualité de vie, et les contraintes induites par les données sont importantes. Néanmoins, comme le montrent les travaux de Joumard *et al.* (2008), il existe une forte corrélation entre l'espérance de vie et d'autres indicateurs de l'état de santé, comme de faibles taux de mortalité infantile

et de mortalité prématurée et une amélioration de la qualité de vie au moyen de traitements médicaux plus performants. Il convient aussi de reconnaître que l'espérance de vie n'est pas uniquement le reflet des dépenses de santé mais également des choix relatifs au style de vie, comme la consommation de tabac ou d'alcool, et du niveau d'instruction. Ces facteurs ont été pris en compte pour évaluer l'efficacité des dépenses de santé. Plusieurs méthodes et hypothèses relatives à l'incidence des dépenses de santé sur l'espérance de vie ont été testées et les résultats obtenus sont robustes. Dans l'ensemble, ils permettent d'aboutir aux conclusions suivantes :

- ⇒ En moyenne dans la zone OCDE, l'espérance de vie à la naissance pourrait être allongée de plus de deux ans – sans augmenter les dépenses de santé – si tous les pays alignaient leur niveau d'efficacité sur celui des pays les plus performants dans ce domaine. À titre de comparaison, une hausse de 10 % des dépenses de santé n'aboutirait qu'à un allongement de l'espérance de vie de trois à quatre mois seulement.
- ⇒ Toutefois, les gains potentiels d'efficacité varient considérablement entre les pays, de moins d'une année supplémentaire d'espérance de vie en Australie à plus de quatre ans en Hongrie (graphique 2, partie A). L'Australie, la Corée, l'Islande, le Japon et la Suisse affichent le meilleur rapport coût-efficacité dans le domaine de la santé.
- ⇒ Dans plus d'un tiers des pays de l'OCDE, les gains d'efficacité dans le secteur des soins de santé permettraient d'améliorer les résultats en matière de santé dans les mêmes proportions que lors de la précédente décennie, tout en maintenant les dépenses constantes (graphique 2, partie B). L'Allemagne, les États-Unis et le Royaume-Uni font partie de ce groupe. Toutefois, dans la majorité des pays de l'OCDE, l'amélioration continue des résultats de santé nécessiterait une hausse des dépenses, quoique dans une proportion moindre qu'au cours de la décennie précédente.
- ⇒ L'amélioration de l'efficacité du système de santé permettrait de diminuer sensiblement les dépenses publiques par rapport à un scénario d'absence de réforme : de l'ordre de près de 2 % du PIB 2017 en moyenne dans la zone OCDE, voire de plus de 3 % en Grèce, en Irlande et au Royaume-Uni (graphique 2, partie C).
- ⇒ Il n'y a pas d'arbitrage à opérer dans les pays entre plus d'équité en matière de santé et l'amélioration de l'état de santé moyen de la population. En effet, les pays où les inégalités sont les plus faibles en matière de santé tendent aussi à afficher un meilleur état de santé moyen, comme c'est le cas en Islande, en Italie et en Suède.

Graphique 2. Des gains d'efficacité permettraient de limiter les dépenses à long terme



1. Les gains potentiels sont calculés au moyen d'une analyse par enveloppement des données (AED) réalisée sur la base d'un résultat (espérance de vie à la naissance) et de 2 inputs (dépenses de soins de santé et indicateur composite de l'environnement socioéconomique et des facteurs liés au mode de vie). Ils sont mesurés par le nombre d'années de vie épargnées si l'efficacité du pays i était améliorée pour s'aligner sur le niveau implicite de la frontière d'efficacité, tout en maintenant les ressources constantes et dans l'hypothèse de rendements d'échelle constants.
2. Pour la période 2007-17 : dans l'hypothèse où les pays tirent profit des gains d'efficacité potentiels, l'espérance de vie sur la période 2007-17 pourrait augmenter dans les mêmes proportions qu'au cours des 10 années précédentes, pour un coût nettement inférieur dans de nombreux pays.
3. Les économies potentielles représentent l'écart entre un scénario où aucune réforme n'est menée et un scénario où les pays deviennent aussi efficaces que les pays les plus performants dans ce domaine.

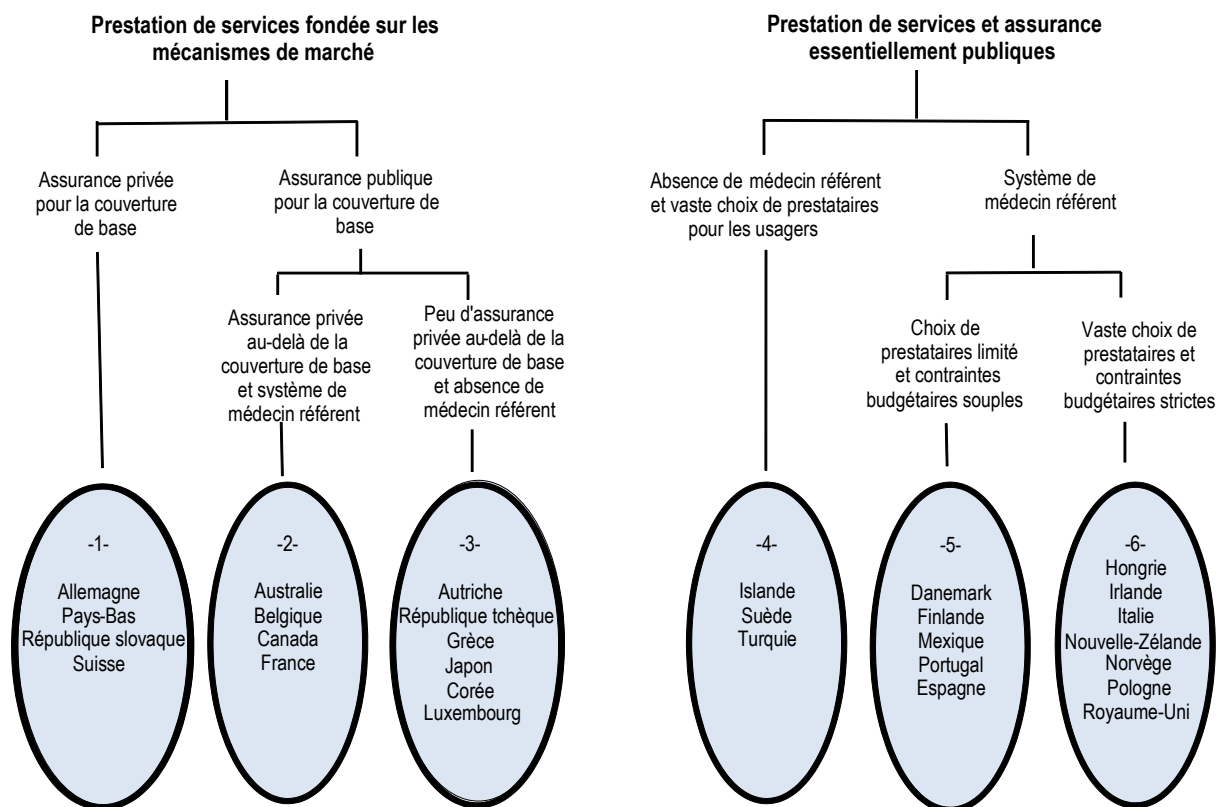
Source : Eco-Santé OCDE, 2009 ; estimations de l'OCDE.

## ***Les politiques et les institutions visant à orienter l'offre et la demande de services de santé varient***

4. Le nouvel ensemble de données sur les politiques et les institutions de santé révèle les éléments suivants :

- ⇒ La couverture de l'assurance maladie de base – mesurée par la population couverte, les services inclus et le niveau de remboursement – est relativement similaire dans tous les pays. Seuls le Mexique, la Turquie et les États-Unis font exception avec une forte proportion de leur population non couverte en 2009.
- ⇒ Certains pays de l'OCDE s'appuient fortement sur des systèmes dirigistes centralisés pour orienter l'offre et la demande de services de santé, tandis que dans quelques pays, des mécanismes de marché réglementés, comme le paiement à l'acte, la concurrence induite par le choix des utilisateurs et l'assurance privée, prédominent. Toutefois, les pays tendent de plus en plus à conjuguer ces deux approches.
- ⇒ Différents instruments d'action s'avèrent souvent complémentaires : par exemple, les pays qui ont recours aux paiements à l'acte s'appuient également sur des prestataires privés, alors que les systèmes dirigistes où les médecins sont salariés s'appuient sur des normes et des règles, comme les médecins référents qui jouent le rôle de portes d'accès au système de santé dans son ensemble ou les quotas pour les étudiants en médecine.
- ⇒ Les recherches ont permis d'identifier six groupes de pays partageant des institutions – ou des systèmes de soins de santé – relativement similaires (graphique 3).

Graphique 3. Groupes de pays partageant des institutions similaires



Dans les pays situés à gauche, comme l'Allemagne et les Pays-Bas, les systèmes de santé s'appuient sur des mécanismes de marché, tandis que les pays situés à droite, comme la Finlande et le Royaume-Uni, ont opté pour un système plus dirigiste. Apparemment, des pays différents peuvent appartenir au même groupe : les règles en Islande, en Suède et en Turquie par exemple permettent un vaste choix de prestataires pour les utilisateurs, même si dans la pratique il existe des contraintes d'ordre géographique ou autres. Il convient de noter que les États-Unis n'ont pas participé à cette enquête.

### ***Il n'existe pas de système de santé optimal***

5. Plusieurs différences marquées sont observées entre les groupes de pays sur le plan des résultats et des niveaux de dépenses :

- ⇒ Les dépenses tendent à être élevées dans les pays qui s'appuient le plus sur les mécanismes de marché (groupes 1 et 2). Or si certains de ces pays affichent une espérance de vie relativement longue comme le montre le graphique 1, ils ne sont pas les seuls.
- ⇒ Dans plusieurs pays, on observe de fortes inégalités d'état de santé au sein de la population. Il est intéressant de constater que les inégalités semblent relativement peu marquées dans trois des quatre pays où le système de santé est fondé sur l'assurance privée, à savoir l'Allemagne, les Pays-Bas et la Suisse. Ceci tient peut-être au fait que les réglementations dans ces pays – comme l'obligation pour les assureurs de couvrir toute personne qui en fait la demande ou les dispositifs de compensation des risques entre les assureurs pour les profils de risques trop élevés – limitent les incitations des assureurs à sélectionner les individus les plus riches et à rejeter les risques trop importants (« écrémage »). Ces incitations et autres dérives peuvent survenir sous l'effet des mécanismes de marché en l'absence de réglementations appropriées. Il convient aussi de noter que les inégalités en matière de santé sont souvent causées par des facteurs sans lien avec le système de santé lui-même, comme la situation socioéconomique ou le niveau d'éducation.



⇒ Les coûts administratifs sont généralement plus élevés dans les pays où l'assurance privée prédomine (groupe 1). Ils sont aussi largement supérieurs à la moyenne de l'OCDE en Belgique, en France, au Luxembourg, au Mexique et en Nouvelle Zélande, ce qui permet de penser que ces pays pourraient réduire leurs dépenses de santé.

6. Aucun système de santé n'offre systématiquement un meilleur rapport coût-efficacité des dépenses de santé. En fait, les estimations d'efficience varient davantage au sein des groupes de pays partageant des caractéristiques institutionnelles similaires qu'entre les groupes de pays. En d'autres termes, il n'est pas nécessaire de procéder à des réformes radicales. Il pourrait être en revanche plus judicieux et plus efficace pour chaque pays d'adopter les meilleures pratiques mises en œuvre par les pays de son groupe, tout en empruntant aux autres groupes les éléments les plus appropriés.

### ***L'adoption des meilleures pratiques pourrait se traduire par des gains d'efficience substantiels***

7. Les comparaisons réalisées entre les groupes de pays et au sein de ces groupes permettent d'identifier les points forts et les points faibles, ainsi que les domaines où une meilleure cohérence des paramètres de l'action publique pourrait aboutir à des gains d'efficience (voir l'encadré pour un exemple concret). Les principales conclusions sont les suivantes :

⇒ L'établissement plus systématique des priorités pourrait contribuer à améliorer l'efficience. Une attention particulière dans ce domaine serait nécessaire dans les pays tels que l'Autriche, la Grèce, le Luxembourg, le Mexique et la Suède, qui ne définissent pas précisément le panier des prestations de santé couvert par l'assurance de base et n'ont pas recours à l'évaluation des technologies de santé.

⇒ Une attribution plus cohérente des responsabilités entre l'État et les collectivités territoriales et/ou entre organismes publics permettrait d'éviter les chevauchements et/ou d'optimiser la chaîne de responsabilité en Australie, au Canada, au Danemark, en Italie, au Mexique, au Royaume-Uni, en Suède et en Suisse.

⇒ Des modes de paiement des prestataires plus équilibrés, combinant par exemple la rémunération liée aux performances et les salaires fixes, aboutiraient à une meilleure adéquation entre offre et demande de soins de santé dans de nombreux pays.

⇒ Un secteur de soins ambulatoires de qualité est indispensable pour aboutir à une meilleure efficience dans plusieurs pays (Autriche, Finlande, Hongrie et Pologne). En ciblant les dépenses sur ce secteur, on améliorerait le rapport coût-efficacité en réduisant les coûts élevés d'hospitalisation, dans les cas d'asthme ou d'opérations de la cataracte par exemple.

⇒ La Belgique, la France et l'Irlande, qui ont récemment introduit des systèmes de rémunération à la pathologie pour les hôpitaux, pourraient envisager d'assouplir la réglementation relative au personnel et aux équipements hospitaliers afin d'améliorer la capacité du système à répondre à la demande et à améliorer l'efficience. En revanche, cette réglementation nécessiterait peut-être d'être renforcée dans les pays où les hôpitaux bénéficient de limites budgétaires relativement flexibles, comme la Finlande.

⇒ Au Japon, au Luxembourg, en Pologne et en Suisse, où le choix de prestataires est abondant, l'amélioration de l'information fournie aux utilisateurs sur la qualité et les prix des services de santé permettrait de renforcer la concurrence.

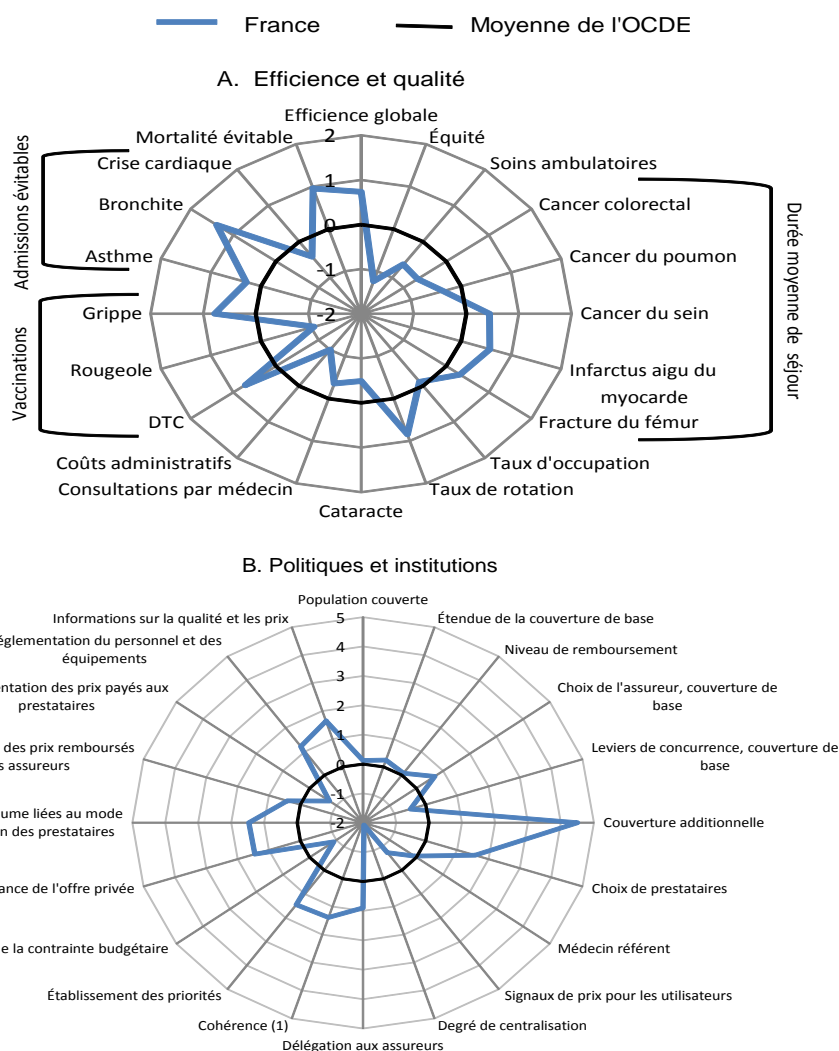
⇒ Un système de médecin référent plus strict aboutirait à une diminution du nombre de consultations dans les pays où celui-ci est particulièrement élevé, comme la Corée, le Japon et la République tchèque, ou à une baisse des dépenses dans le secteur des soins hospitaliers, en Belgique et en Islande par exemple.

## Comment utiliser les nouveaux indicateurs des soins de santé : l'exemple de la France

Les indicateurs montrent que, dans l'ensemble, le système de santé français fonctionne relativement bien. Si les dépenses de santé sont élevées, l'espérance de vie l'est aussi. La France se classe même en première position parmi les pays de l'OCDE du point de vue de la mortalité évitable, c'est-à-dire de la mortalité pouvant être évitée grâce à des soins rapides et efficaces. Sur le plan sectoriel, les performances montrent une qualité élevée des soins ambulatoires et préventifs, comme en témoigne le faible chiffre des hospitalisations évitables (en particulier pour l'asthme et la bronchite chronique). L'efficacité du secteur des soins aigus – mesurée par la durée des hospitalisations par maladie et par le taux de rotation pour les lits de soins aigus – est généralement supérieure à la moyenne de l'OCDE, elle aussi. Toutefois, plusieurs indicateurs (notamment la forte proportion des dépenses consacrées aux soins hospitaliers et la part élevée des opérations de la cataracte réalisées en milieu hospitalier) suggèrent un manque de coordination ou une mauvaise allocation des ressources entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire. Par ailleurs, les inégalités en matière de santé et les coûts administratifs sont élevées par rapport à la moyenne des pays de l'OCDE.

S'agissant des indicateurs relatifs aux politiques et institutions de la santé, la France se distingue par le fait qu'elle s'appuie massivement sur l'assurance santé complémentaire et/ou privée, ainsi que par la multitude des caisses d'assurance maladie fournissant la couverture de base, ce qui peut aboutir à des inégalités et à des coûts administratifs élevés. Dans le secteur hospitalier, les budgets globaux ont été progressivement remplacés par un système de rémunération à la pathologie, qui devrait inciter les établissements hospitaliers à rechercher les gains d'efficacité. Néanmoins, le personnel, et les équipements et les salaires hospitaliers demeurent lourdement réglementés, ce qui pourrait entraver l'allocation des ressources et, partant, limiter la capacité des hôpitaux à tirer profit des gains d'efficacité.

### France: un échantillon des indicateurs de soins de santé



Notes : Dans la Partie A, les points extérieurs au cercle « 0 » indiquent que la France enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE. Les points représentent les écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans la Partie B, les points extérieurs au cercle « 0 » indiquent que le niveau de la variable est plus élevé que la moyenne de l'OCDE (par exemple, la France offre aux usagers un choix plus vaste de prestataires). Ils sont exprimés en écart par rapport à la moyenne de l'OCDE. Pour des informations plus détaillées, voir Jourdain *et al.* (2010).

1. Cohérence dans l'attribution des responsabilités entre les différents échelons de l'administration.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-2009.

## **Références bibliographiques**

- Joumard, I., C. André et C. Nicq (2010), « Health Care Systems: Efficiency and Institutions », *Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE*, n°769, OCDE, Paris.
- Joumard, I., C. André, C. Nicq et O. Chatal (2008), « Health Status Determinants : Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency », *Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE*, n°627, OCDE, Paris.
- Joumard, I., P. Hoeller, C. André, et C. Nicq (2010), *Systèmes de santé : efficacité et politiques*, OCDE, Paris.
- OCDE (2009), *Obtenir un meilleur rapport qualité-prix dans les soins de santé*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé.
- OCDE (2009), *Panorama de la santé*, OCDE, Paris.
- Oliveira Martins, J. et C. de la Maisonneuve (2006), « The Drivers of Public Expenditure on Health and Long-Term Care: an Integrated Approach », *Études économiques de l'OCDE*, n°43/2, OCDE, Paris.
- Paris, V., M. Devaux et L. Wei (2010), « Health Systems Institutional Characteristics: a Survey of 29 OECD Countries », *Document de travail sur la santé*, n°50, OCDE, Paris.

## Notes de politique économique du Département des Affaires économiques

Cette série de Notes de politique économique a été conçue pour mettre à la disposition d'un public plus large certaines des études réalisées par le Département des Affaires économiques.

Les commentaires sur cette Note de politique économique sont les bienvenus et peuvent être adressés à l'OCDE, Département des Affaires économiques, 2 rue André Pascal, 75775 Paris Cedex 16, France, ou par courriel à [isabelle.joumard@oecd.org](mailto:isabelle.joumard@oecd.org).