Systèmes de santé

EFFICACITÉ ET POLITIQUES

OCDE

Systèmes de santé

EFFICACITÉ ET POLITIQUES

Isabelle Joumard
Peter Hoeller
Christophe André
Chantal Nicq

OCDE

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les interprétations exprimées ne reflètent pas nécessairement les vues de l'OCDE ou des gouvernements de ses pays membres.

Merci de citer cet ouvrage comme suit :
OCDE (2011), *Systèmes de santé : Efficacité et politiques*, Éditions OCDE.
http://dx.doi.org/10.1787/9789264094925-fr

ISBN 978-92-64-09491-8 (imprimé)
ISBN 978-92-64-09492-5(PDF)

Les corrigenda des publications de l'OCDE sont disponibles sur : *www.oecd.org/editions/corrigenda*.

© OCDE 2011

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*
contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) *info@copyright.com*
du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) *contact@cfcopies.com*

Avant-propos

Il ressort des enquêtes auprès des ménages qu'être en bonne santé est un déterminant important du bien-être de la population. Généralement, les personnes en bonne santé bénéficient aussi d'un meilleur accès au système éducatif et sont plus productives durant une période plus longue de leur vie, ce qui favorise la croissance économique. Être en bonne santé dépend en partie des choix de mode de vie et de facteurs socioéconomiques. Mais il est aussi très important de traiter les maladies de manière efficace et les ressources médicales sont un déterminant crucial de la longévité. Et celle-ci a augmenté rapidement – de quatre ans en moyenne dans l'OCDE – depuis 1990.

Cependant, l'augmentation des dépenses de santé pèse déjà fortement sur les finances publiques et l'impact budgétaire de la récente crise économique accroît l'urgence de poursuivre les réformes. En outre, le vieillissement de la population et les progrès coûteux de la technologie médicale exerceront une poussée considérable à la hausse sur les dépenses de santé à long terme.

Cet ouvrage présente une évaluation approfondie des performances en matière de dépenses de santé et de leurs liens avec les politiques appliquées dans les pays de l'OCDE. Jusqu'à présent, nous manquions de données comparables à l'échelle internationale sur les politiques de santé. Désormais nous disposons d'un nouvel et large ensemble de données sur les politiques et institutions de santé, couvrant les pays de l'OCDE. Il permet de caractériser les systèmes de santé et, couplé aux indicateurs de résultats, de mettre en lumière leurs points forts et leurs points faibles. L'ouvrage présente aussi des estimations de l'efficience des systèmes de santé. Il classe les pays selon différents modèles de systèmes de santé et conclut qu'aucun modèle n'est supérieur aux autres. Ainsi, des réformes radicales qui feraient passer un système de santé d'un modèle à un autre ne se justifient pas. Au lieu de cela, les pays devraient adopter les meilleures pratiques mises en œuvre par leurs pairs dans le même modèle de système de santé, tout en empruntant à des pays ayant des systèmes différents les éléments les plus appropriés. Les politiques et institutions de la santé conditionnent l'efficacité des dépenses et il existe un grand potentiel de gains d'efficience dans de nombreux pays. L'ouvrage montre aussi que l'amélioration de l'équité en matière de santé à l'intérieur d'un pays et l'élévation du niveau général de l'état de santé de la population ne sont pas contradictoires. En réalité, les populations qui connaissent le moins d'inégalité jouissent souvent d'un bon état général de santé.

Ces travaux ont été conduits en étroite coopération avec la Division de la santé de la Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales. Dans leurs premiers stades, ils ont bénéficié des contributions d'Olivier Chatal, Thai-Thanh Dang, Robert Price et Arthur Sode. Susan Gascard a apporté un excellent soutien éditorial. Comme à l'accoutumée, des versions préliminaires du rapport ont été soumises à l'examen des représentants des gouvernements de l'OCDE. Ceux-ci ont apporté nombre de commentaires utiles, mais cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétariat de l'OCDE.

Pier-Carlo Padoan
Chef économiste

Table des matières

Acronymes 9

Résumé 11

Chapitre 1. Santé : résultats et dépenses 17

Introduction 18
Une amélioration notable de la santé au cours des dernières décennies 18
Les dépenses de santé : de fortes pressions qui vont encore s'accroître 34

Annexe 1.A1. Définitions et sources 39

Chapitre 2. Mesures de l'efficacité des systèmes de santé 47

Introduction 48
Définir l'efficacité : le concept et trois approches 48
Déterminants de l'état de santé : prendre en compte le mode de vie et les facteurs socioéconomiques 53
Définir une frontière d'efficience et mesurer la distance à cette frontière 68
Compléter les indicateurs d'efficacité agrégés 75

Annexe 2.A1. Informations supplémentaires sur les résultats, les dépenses et l'efficacité des soins médicaux 83
Annexe 2.A2. Aperçu de travaux liant les résultats en matière de santé à leurs déterminants 87
Annexe 2.A3. Spécification et résultats empiriques des régressions de panel 95

Chapitre 3. Institutions et politiques de la santé – Un nouvel ensemble d'indicateurs 101

Introduction 102
Les politiques vues sous l'angle des indicateurs 102
Orienter la demande et l'offre de soins : indicateurs des mécanismes de marché et de la réglementation. 103
Promouvoir l'équité dans l'accès aux soins médicaux : indicateurs de la couverture médicale 115
Maîtriser les dépenses publiques : indicateurs des principes budgétaires et de gouvernance 116

Annexe 3.A1. Défaillances et imperfections du marché dans les systèmes de santé 121
Annexe 3.A2. Codage des indicateurs des institutions et politiques de la santé – exemples 125
Annexe 3.A3. Analyse en composantes principales et classification hiérarchique 129
Annexe 3.A4. Analyse en composantes principales des principes budgétaires et de gouvernance 133

Chapitre 4. Examiner les liens entre efficacité des systèmes de santé et politiques de la santé 135

Introduction 136
Caractériser les systèmes de santé 136
Examiner les liens entre performances et politiques 144
Effectuer des comparaisons et mettre en évidence les points forts et les points faibles 151
Enseignements pour les réformes suggérées par les comparaisons internationales 154

Annexe 4.A1. Profils nationaux 187

Bibliographie 221

Tableaux

1.1. Mesures de l'état de santé et classement des pays 20
1.2. Corrélations entre différentes mesures de l'état de santé 25
2.1. Contributions des principales variables explicatives aux changements de l'état de santé 56
2.2. Contributions des principales variables explicatives aux différences d'espérance de vie à la naissance entre les pays 57
2.A1.1. Corrélations bilatérales entre les indicateurs d'efficience relatifs au volume et à la qualité des soins 85
2.A2.1. Quelques travaux empiriques : approches et principaux résultats 88
2.A3.1. Déterminants de l'état de santé, avec le personnel de santé parmi les inputs 98
2.A3.2. Déterminants de l'état de santé, avec les dépenses parmi les inputs 99
3.1. Panorama des indicateurs des institutions et des politiques de la santé 105
3.2. Analyse en composantes principales sur les indicateurs des mécanismes du marché et de la réglementation 114
3.A2.1. Calcul du score pour le degré de choix des patients 125
3.A2.2. Calcul du score pour l'indicateur du système de médecin référent 126
3.A4.1. Analyse en composantes principales sur les indicateurs budgétaires et de gouvernance 133
4.1. Avantages et inconvénients des indicateurs composites 139
4.2. Analyse en composantes principales sur l'ensemble complet des indicateurs des politiques de la santé 140
4.3. Caractéristiques des groupes de pays 146
4.4. Scores d'efficacité tirés de l'AED : moyennes et variances à l'intérieur et entre les groupes de pays 148
4.5. Principales caractéristiques ressortant des comparaisons à l'intérieur des groupes 158

Graphiques

0.1. Groupes de pays partageant des institutions similaires 15
1.1. Évolution de différentes mesures de l'état de santé 19
1.2. Mortalité évitable : comparaisons internationales fondées sur deux listes différentes 26
1.3. Le volume des soins est à peine corrélé avec les résultats 28
1.4. Mortalité à l'hôpital après un infarctus aigu du myocarde 29
1.5. Les arrêts maladie sont peu corrélés avec les mesures classiques de l'état de santé 31
1.6. Satisfaction de la population et espérance de vie ajustée pour la santé 31
1.7. Inégalités en matière de santé 33

1.8. Dépenses de santé : évolution et niveau 35
1.9. Activité médicale et niveaux de rémunération : comparaisons internationales 36
1.10. Dépenses publiques de santé et de soins de longue durée : projections de croissance par pays 37
2.1. Des inputs aux résultats, en passant par l'activité des services de santé 49
2.2. Évolution des déterminants de l'état de santé – exemples de pays de l'OCDE 58
2.3. Nombre de médecins et d'infirmières : comparaison internationale et évolution 63
2.4. Médecins : densité et niveaux de rémunération 65
2.5. Régressions sur donnés de panel : nombre d'années de vie que n'explique pas le modèle général 67
2.6. La frontière d'efficience et la mesure des gains potentiels d'efficacité 69
2.7. Les scores d'efficacité obtenus par l'analyse d'enveloppement des données (AED) sont assez stables 71
2.8. Comparaison des résultats de l'AED et des régressions sur données de panel 72
2.9. Des gains d'efficacité permettraient à terme de limiter les dépenses 73
2.10. Exemples d'indicateurs d'efficacité fondés sur le volume d'activité – comparaisons internationales 76
2.11. Exemples d'indicateurs de la qualité des soins – comparaisons internationales 81
2.A1.1. Dépenses publiques de santé par tranche d'âge 83
2.A1.2. Scores d'efficacité pour 2007 obtenus par une AED et leurs intervalles de confiance 84
3.1. Organisation logique des indicateurs des institutions et des politiques de la santé 104
3.2. Signaux de marché et réglementations affectant le comportement des usagers 107
3.3. Signaux de marché et réglementations affectant le comportement des prestataires 108
3.4. Signaux de marché et réglementations affectant le comportement des assureurs 111
3.5. Utilisation des mécanismes de marché et de la réglementation pour orienter la demande et l'offre de soins. 113
3.6. Niveau de la couverture de l'assurance maladie 116
3.7. Principes budgétaires et de gouvernance – Établissement et allocation de l'enveloppe budgétaire 117
3.8. Principes budgétaires et de gouvernance – Décentralisation et délégation 119
3.A2.1. Choix du prestataire par les patients 126
3.A2.2. Système de médecin référent 127
3.A2.3. Signaux de prix pour les usagers 128
3.A3.1. Dendogramme 131
3.A4.1. Principes budgétaires et de gouvernance visant à maîtriser les dépenses publiques 134
4.1. Indicateurs des institutions et politiques de santé : résultats d'une ACP 142
4.2. Groupes de pays partageant des institutions similaires 145
4.3. Scores d'efficacité entre groupes de pays et à l'intérieur de ces groupes 148
4.4. Résultats des services de santé et niveaux des dépenses : comparaison entre groupes de pays et à l'intérieur de ces groupes 150
4.5. Une sélection d'indicateurs pour la France et la Finlande 153

Acronymes

ACP	Analyse en composantes principales
AED	Analyse d'enveloppement des données
AFS	Analyse de frontière stochastique
APVP	Années potentielles de vie perdues
AVCI	Années de vie corrigées de l'incapacité
AVCQ	Années de vie corrigées de la qualité
DMS	Durée moyenne de séjour
DTC	Diphtérie, tétanos et coqueluche
EV	Espérance de vie
EVCI	Espérance de vie corrigée de l'incapacité
EVCS	Espérance de vie corrigée de l'état de santé
EVSI	Espérance de vie sans incapacité
GHM	Groupes homogènes de malades
HMD	Human Mortality Database (base de données de la mortalité humaine)
HMO	Health Maintenance Organisation (réseau de soins coordonnés)
IAM	Infarctus aigu du myocarde
IRM	Unités d'imagerie par résonance magnétique
MCG	Moindres carrés généralisés
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NOx	Oxydes d'azote
OMS	Organisation mondiale de la santé
PIB	Produit intérieur brut
PISA	Programme international pour le suivi des acquis des élèves
PPA	Parité de pouvoir d'achat
QVLS	Qualité de vie liée à la santé
SCN	Système de comptabilité nationale
SESC	Indice du statut économique, social et culturel
SS	Sécurité sociale

Abréviations des pays (codes ISO)

Allemagne	deu	France	fra	Nouvelle-Zélande	nzl
Australie	aus	Grèce	grc	Pays-Bas	nld
Autriche	aut	Hongrie	hun	Pologne	pol
Belgique	bel	Irlande	irl	Portugal	prt
Canada	can	Islande	isl	République slovaque	svk
Corée	kor	Italie	ita	République tchèque	cze
Danemark	dnk	Japon	jpn	Royaume-Uni	gbr
Espagne	esp	Luxembourg	lux	Suède	swe
États-Unis	usa	Mexique	mex	Suisse	che
Finlande	fin	Norvège	nor	Turquie	tur

Résumé

Améliorer les systèmes de santé tout en endiguant les coûts est un objectif essentiel dans la plupart des pays de l'OCDE. La crise économique et financière récente pèse lourdement sur les situations budgétaires – avec une dette publique brute qui, d'après les projections, devrait dépasser 100 % du PIB dans la zone de l'OCDE en 2011 – et a accru la nécessité d'améliorer l'efficience des dépenses publiques. Les dépenses publiques de santé, qui représentent en moyenne 6 % du PIB, sont un des chapitres de dépenses les plus importants. En outre, le coût des soins de santé augmente rapidement, sous l'effet du vieillissement de la population, de l'augmentation des prix relatifs de ce secteur et des progrès coûteux de la technologie médicale. On estime que les dépenses publiques de santé pourraient augmenter de 3.5 à 6 points de pourcentage du PIB d'ici 2050 dans la zone de l'OCDE. Dans ce contexte, il sera essentiel d'exploiter des gains d'efficience pour répondre à la croissance rapide de la demande de soins sans entraîner les finances publiques sur une voie insoutenable.

L'OCDE a réuni de nouvelles données comparatives sur les performances des systèmes de santé et les politiques de santé. Ces éléments permettent de mettre en lumière les points forts et les points faibles du système de santé de chaque pays et les politiques qui favoriseront l'efficience. Le premier chapitre de ce livre passe en revue les instruments de mesure existants concernant les résultats et les dépenses de santé ainsi que l'évolution récente de ces variables. Le deuxième chapitre présente deux méthodes pour comparer l'efficience des dépenses de santé entre les pays et analyse les liens entre ces indicateurs d'efficacité et les indicateurs de performance existants. Le troisième chapitre donne un aperçu des principaux instruments de la politique de santé et des caractéristiques institutionnelles qui influent sur l'efficience des systèmes de santé et il présente des indicateurs construits sur la base d'un questionnaire qui a été rempli par 29 pays de l'OCDE. Le quatrième chapitre distingue empiriquement différents types de systèmes de santé. Il examine ensuite les liens entre les politiques et l'efficience du système de santé. Les principales conclusions de chaque chapitre sont résumées ci-dessous.

Évaluer les résultats en matière de santé dans les pays de l'OCDE et au cours du temps

Les dépenses de santé par habitant ont augmenté de plus de 70 % en termes réels dans la zone de l'OCDE depuis le début des années 90. Dans quelle mesure cela a-t-il contribué à améliorer les résultats de la santé ? Il est difficile de définir les résultats de la santé de façon univoque étant donné que la politique de santé poursuit de nombreux objectifs, notamment réduire la mortalité prématurée et la prévalence des maladies et de l'incapacité ainsi que promouvoir l'équité. On peut en outre mesurer les résultats en matière de santé au niveau du système (par exemple, la longévité), au niveau des maladies (par exemple, les taux de survie pour des cancers particuliers) ou au niveau des sous-secteurs (par exemple, le nombre de sorties d'hôpital). D'autre part, beaucoup de

facteurs influent sur l'état de santé de la population – en particulier des facteurs socioéconomiques et des facteurs liés au mode de vie – qu'il faut prendre en compte quand on évalue l'efficience des dépenses de santé. Il ressort de cet ouvrage que :

- L'état de santé de la population a connu une progression spectaculaire au cours des dernières décennies dans la zone de l'OCDE. L'espérance de vie, par exemple, a augmenté d'environ un an tous les quatre ans depuis le début des années 90. La mortalité prématurée et infantile a aussi baissé rapidement et il en est de même pour les taux de mortalité après des diagnostics particuliers comme le cancer ou l'infarctus aigu du myocarde.
- Il subsiste toutefois d'importantes différences de l'état de santé entre les pays, et les pays qui dépensent le plus ne sont pas nécessairement ceux qui obtiennent les meilleurs résultats. Ainsi, le Japon a des dépenses de santé par habitant inférieures à celles de la majorité des pays de l'OCDE mais les japonais ont un niveau de santé très élevé. Cela laisse penser qu'il existe un potentiel d'amélioration de l'efficacité-coût des dépenses.
- Il n'y a en général pas de contradiction entre améliorer l'équité en matière de santé et élever le niveau de santé moyen de la population. En fait, les pays qui montrent le moins d'inégalité jouissent généralement d'un état de santé moyen élevé, comme on le constate par exemple en Islande, en Suède et en Italie.

Comparer l'efficacité du système de santé entre les pays

Les dépenses de santé n'ont cessé d'augmenter au cours des dernières décennies mais tous les pays transforment-ils avec autant d'efficience les ressources médicales mobilisées en une amélioration de l'état de santé ? Peut-on identifier des pratiques modèles et des gains d'efficience potentiels ? Un des moyens d'évaluer l'efficacité des dépenses de santé consiste à prendre l'espérance de vie comme résultat de ces dépenses. L'espérance de vie ne reflète pas seulement les dépenses de santé mais aussi des choix de mode de vie comme la consommation de tabac ou d'alcool ainsi que d'autres facteurs comme le niveau d'études. Ces facteurs ont été pris en compte dans l'évaluation de l'efficience des dépenses de santé. Diverses méthodes et hypothèses concernant l'effet des dépenses de santé sur l'espérance de vie ont été testées et les résultats sont robustes. Ils indiquent de manière générale que :

- À dépenses de santé constantes, il serait possible d'augmenter l'espérance de vie à la naissance de plus de deux ans en moyenne dans la zone de l'OCDE, si tous les pays devenaient aussi performants que les plus efficients. Par comparaison, une augmentation de 10 % des dépenses de santé augmenterait l'espérance de vie de seulement trois à quatre mois si le degré d'inefficacité restait inchangé.
- Malgré l'incertitude entourant les estimations de l'efficacité des dépenses de santé, il semble que l'Australie, la Corée, le Japon et la Suisse réussissent le mieux à transformer les moyens mobilisés en résultats de santé. Les pays qui, à dépenses constantes, recèlent les marges d'amélioration des résultats les plus grandes sont le Danemark, les États-Unis, la Grèce, la Hongrie et la République slovaque.

- Dans plus d'un tiers des pays de l'OCDE, l'exploitation de gains d'efficacité dans le secteur de la santé permettrait d'obtenir une amélioration de l'état de santé de la population équivalente à celle de la décennie précédente tout en maintenant les dépenses constantes. Les gains d'efficience potentiels sont importants, avec des estimations indiquant que les dépenses publiques économisées pourraient représenter près de 2 % du PIB d'ici à 2017 en moyenne pour la zone de l'OCDE et de plus de 3 % pour la Grèce, l'Irlande et le Royaume-Uni.

Construire des indicateurs des politiques et institutions de santé

Pour évaluer l'influence des politiques et institutions de santé sur l'efficience du système de soins, un ensemble unique d'informations sur ces politiques et institutions a été recueilli auprès de 29 pays de l'OCDE. Cet ensemble de données couvre les incitations et les réglementations influant sur le comportement des prestataires, usagers et assureurs, la couverture d'assurance ainsi que le degré de décentralisation et les approches budgétaires adoptées pour endiguer les dépenses. Il révèle que :

- La couverture d'assurance de base – mesurée par la population couverte, les services inclus et la part restant à la charge des patients – est substantielle et assez similaire d'un pays de l'OCDE à l'autre. Les États-Unis, le Mexique et la Turquie font exception, avec une forte part de la population non encore couverte en 2009.
- Certains pays de l'OCDE s'appuient principalement sur des systèmes dirigistes centralisés pour orienter la demande et l'offre des services de santé, tandis que dans quelques pays des mécanismes de marché réglementés, comme le paiement à l'acte, la concurrence découlant du choix offert aux patients et l'assurance privée, jouent un rôle prédominant. Toutefois, un nombre croissant de pays associent ces deux approches. Les mécanismes de marché et les réglementations sont souvent présentés comme deux modèles distincts mais, dans la pratique, les incitations et les réglementations sont plus souvent combinées qu'utilisées isolément.
- Certains instruments ont tendance à s'appliquer simultanément, ce qui signale des complémentarités potentielles. Par exemple, les pays qui recourent largement à l'offre de soins privée sont aussi généralement ceux où les prestataires de soins sont rémunérés sur la base de l'activité et qui laissent aux usagers un choix parmi les prestataires.
- Certains instruments, au contraire, sont utilisés indépendamment des autres réglementations ou mécanismes de marché. La part des paiements à la charge du patient en est un exemple. Lors de la fixation des paiements à la charge des patients, les considérations d'économie politique, de budget et/ou d'équité peuvent jouer un plus grand rôle que l'objectif de cohérence des politiques.

Caractériser les systèmes de santé et évaluer le lien entre l'efficience et les politiques

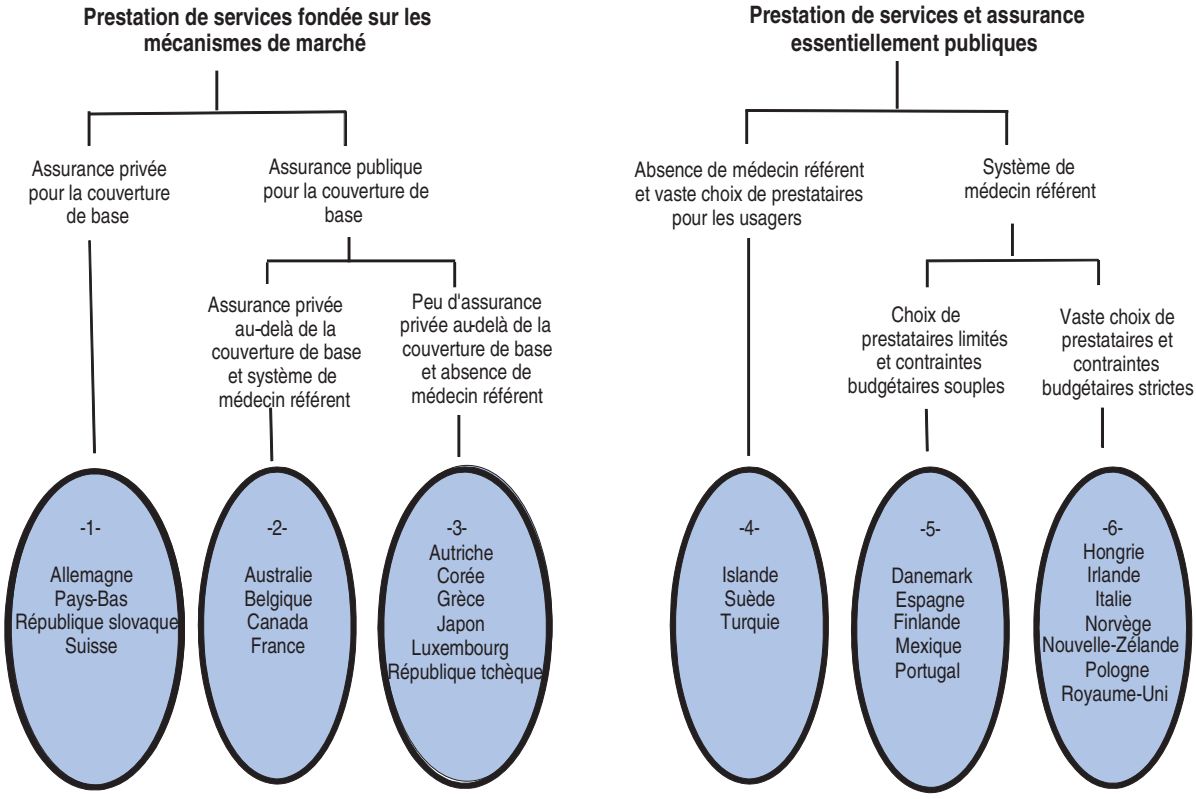
Une contribution majeure de cet ouvrage est de fournir une caractérisation empirique des systèmes de santé, qui va au-delà des classifications reposant sur quelques traits institutionnels. Cette caractérisation prend en compte la complexité des caractéristiques

institutionnelles et leurs complémentarités. On identifie des groupes de pays partageant des institutions à peu près similaires et on compare les performances entre ces groupes et à l'intérieur de chacun d'entre eux. On en tire ensuite pour chaque pays quelques suggestions de réformes susceptibles d'accroître l'efficience des dépenses dans le secteur de la santé. Les principales conclusions peuvent se résumer comme suit :

- Six groupes de pays partageant des institutions à peu près similaires ont été identifiés (graphique 0.1) : un des groupes de pays recourt largement aux mécanismes de marché pour réguler aussi bien la couverture d'assurance que la fourniture des services ; deux groupes se caractérisent par une couverture d'assurance de base publique et un fort recours aux mécanismes de marché pour réguler la fourniture de soins, mais ils se différencient par l'utilisation de dispositifs de médecin référent et par le degré de recours à l'assurance maladie privée pour couvrir les dépenses au-delà du panier de base ; un groupe où les patients ne sont pas contraints par les réglementations quant à leur choix parmi les prestataires, sans médecin référent mais avec une offre privée extrêmement limitée ; et deux groupes de systèmes publics très réglementés, différenciés par le degré de rigueur des dispositifs de médecin référent et par le degré de contrainte budgétaire.
- Les estimations de l'efficacité varient plus à l'intérieur des groupes de pays partageant des caractéristiques institutionnelles similaires qu'entre ces groupes. Cela laisse penser qu'aucun modèle général de système de santé ne réussit uniformément mieux qu'un autre à améliorer l'état de santé de la population avec un bon rapport efficacité-coût. Cependant, les comparaisons intragroupes permettent de discerner les points forts et les points faibles de chaque pays et de mettre en lumière les domaines où une plus grande cohérence dans les politiques serait susceptible de générer des gains d'efficience.
- Certaines suggestions de réforme s'appliquent à de nombreux pays, indépendamment de leur groupe. En particulier, un meilleur établissement des priorités, une cohérence accrue de l'attribution des responsabilités entre les niveaux d'administration publique ou autres organismes, une meilleure information des usagers sur la qualité et le prix des services de santé et un meilleur équilibrage des modes de paiement des prestataires de soins seraient des options de réformes à envisager dans de nombreux pays de l'OCDE.
- Pour certains instruments d'action, les options de réformes varient d'un pays à l'autre, étant donné que l'objectif d'accroître la cohérence des politiques conduit à mettre en œuvre des approches différentes. Ainsi, il peut être nécessaire d'assouplir les réglementations concernant le nombre et la rémunération des personnels et équipements hospitaliers dans certains pays et de les renforcer dans d'autres.
- Les coûts administratifs sont généralement plus élevés dans la plupart des pays qui recourent à des mécanismes de marché pour la couverture d'assurance de base (Allemagne, Pays-Bas et Suisse). Toutefois, ils sont aussi largement supérieurs à la moyenne dans d'autres pays (Belgique, France, Luxembourg, Mexique et Nouvelle-Zélande), ce qui indique un potentiel de réduction des dépenses.

- Les inégalités face à l'état de santé sont relativement modérées dans trois des quatre pays qui ont un système basé sur l'assurance privée – l'Allemagne, les Pays-Bas et la Suisse. Ce résultat *a priori* surprenant indique que les dispositifs de réglementation et de péréquation peuvent contribuer à remédier aux effets pervers des mécanismes de marché qui peuvent soulever des préoccupations en matière d'équité, comme les faibles incitations à assurer et/ou traiter les individus malades ou peu fortunés.

Graphique 0.1. **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 appartiennent au même groupe : la réglementation en Islande, en Suède et en Turquie par exemple permet un vaste choix de prestataires pour les usagers, 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.

Source : OCDE.

Chapitre 1

Santé : résultats et dépenses

Ce chapitre présente les principales tendances de l'état de santé dans les pays de l'OCDE et examine les avantages et inconvénients de l'utilisation de différents indicateurs de résultats du système de santé. Il décrit ensuite l'évolution récente et les différences entre les pays en ce qui concerne les ressources investies dans le secteur de la santé, mesurées soit par les dépenses, soit par des indicateurs de volume ou d'activité.

Introduction

L'efficience des dépenses dans le secteur de la santé est un objectif important dans tous les pays de l'OCDE. Les dépenses de santé par habitant ont augmenté de plus de 70 % en termes réels depuis le début de la décennie 1990. Cela se traduit par une amélioration notable de l'état de santé de la population comme le montrent l'augmentation de l'espérance de vie et la baisse de la mortalité pour des maladies comme les cancers. En fait, l'espérance de vie a augmenté en moyenne de plus d'une année tous les quatre ans depuis le début de la décennie 1990. Cependant, les dépenses ont fortement augmenté, de telle sorte que le total des dépenses de santé absorbe maintenant en moyenne plus de 9 % du PIB de l'OCDE, avec toutefois de larges différences d'un pays à l'autre. En outre, les pays qui dépensent le plus ne sont pas nécessairement ceux qui obtiennent les meilleurs résultats, ce qui laisse penser qu'il existe une marge d'amélioration pour le rapport efficacité-coût des dépenses.

Une amélioration notable de la santé au cours des dernières décennies

Il est très difficile de trouver une mesure appropriée pour les résultats du système de santé. Il existe divers indicateurs qui ont tous des inconvénients. Cependant, leurs messages sont généralement concordants : l'état de santé de la population s'est notablement amélioré au cours des dernières décennies et les comparaisons entre les pays ne dépendent pas significativement du choix de l'indicateur. On examine ci-après six groupes d'indicateurs :

- Indicateurs bruts de mortalité ou de longévité – espérance de vie à divers âges et par sexe ; mortalité infantile ; mortalité prématurée
- Indicateurs de la mortalité qui aurait pu être évitée en présence de soins médicaux efficaces dispensés à temps
- Indicateurs de mortalité corrigés de la prévalence de maladies, de l'incapacité et/ou de la qualité de vie
- Indicateurs du volume de soins (par exemple, nombre de traitements médicaux)
- Taux de survie après certaines maladies
- Autres indicateurs relatifs à la santé, comme les congés de maladie ou la satisfaction du public à l'égard du système de santé.

L'amélioration de l'état de santé est généralisée mais il persiste d'importantes différences entre les pays

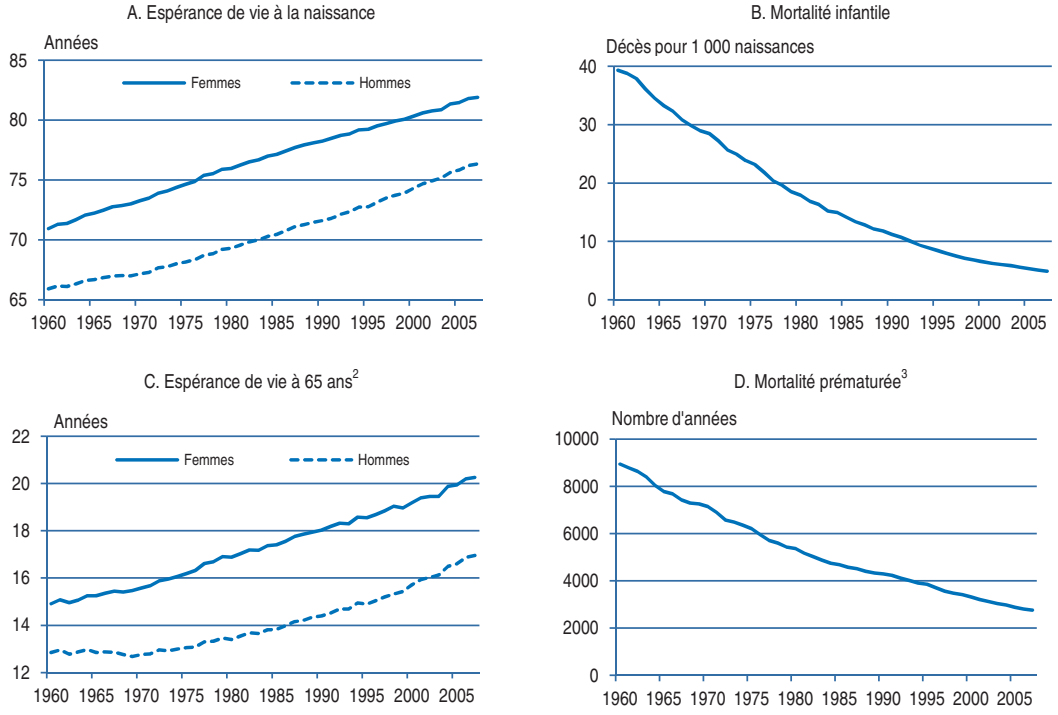
Les indicateurs de longévité et de mortalité envoient généralement des messages concordants

L'amélioration de l'état de santé – mesurée par l'augmentation de l'espérance de vie ou la baisse de la mortalité prématurée ou infantile (encadré 1.1) – a été notable dans les

pays de l'OCDE. L'espérance de vie à la naissance a atteint en moyenne 79.1 ans en 2007 dans les pays de l'OCDE, soit une progression de plus de 10 ans depuis 1960 (graphique 1.1). En 2007, le Japon avait l'espérance de vie la plus élevée (82.6 ans à la naissance), la Hongrie et la Turquie se situant à l'autre bout de l'échelle. Les femmes bénéficient d'une espérance de vie supérieure à celle des hommes dans tous les pays de l'OCDE. Environ la moitié de l'augmentation dans la zone de l'OCDE résulte de la progression de l'espérance de vie après 65 ans. Cependant, la mortalité infantile a été divisée par huit entre 1960 et 2007 et la mortalité prématurée (c'est-à-dire avant 70 ans) a poursuivi sa tendance à la baisse. Un autre point intéressant est le rattrapage rapide de la plupart des pays qui présentaient un état de santé relativement bas dans les années 1960, en particulier la Corée, le Mexique et la Turquie. Globalement, l'écart de l'état de santé entre les pays de l'OCDE s'est nettement resserré. Par exemple, l'espérance de vie à la naissance variait entre 73.3 ans en Hongrie et 82.6 ans au Japon en 2007 (tableau 1.1, partie A) alors que l'écart était beaucoup grand en 1960, avec une différence de 25 ans entre les deux extrêmes.

Graphique 1.1. **Évolution de différentes mesures de l'état de santé**

Moyenne OCDE[1]



1. Moyenne non pondérée des pays de l'OCDE.
2. Corée non-comprise.
3. Nombre d'années potentielles de vie perdues pour 100 000 habitants entre 0 et 69 ans, non-compris les décès qui peuvent être attribués à des causes extérieures (accidents de la route, chutes accidentelles, agressions et suicides). Cette moyenne ne comprend pas la Belgique, la Corée, le Mexique, la République slovaque, la République tchèque et la Turquie.

Source : Eco-Santé OCDE 2009.

Tableau 1.1. **Mesures de l'état de santé et classement des pays**

2007 ou dernière année disponible[1]

Partie A. Niveaux

	Espérance de vie à la naissance			Espérance de vie à 65 ans		Mortalité prématurée ajustée (APVP) [2]			Mortalité infantile	Espérance de vie ajustée pour la santé (EVAS)			Mortalité évitable	Taux de mortalité à l'hôpital à 30 jours après admission		
	Total	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes		Total	Femmes	Hommes		Infarctus aigu du myocarde	Accident ischémique cérébral	Hémorragie cérébrale
	Années			Années		pour 100 000 habitants entre 0 et 69 ans			pour 1 000 naissances	Années			pour 100 000 habitants	Taux normalisés par âge et par sexe		
Australie	81.4	83.7	79.0	21.6	18.5	2 531	2007	3051	4.2	74.0	75.0	72.0	59.2	..	..	..
Autriche	80.1	82.9	77.3	20.8	17.4	2 500	1 832	3 181	3.7	72.0	74.0	70.0	59.8	4.5	3.7	10.8
Belgique	79.8	82.6	77.1	21.0	17.3	..	..	..	4.0	72.0	74.0	70.0	..	..	..	..
Canada	80.7	83.0	78.4	21.4	18.2	2 710	2 228	3 194	5.0	73.0	75.0	71.0	64.1	4.2	7.6	23.2
République tchèque	77.0	80.2	73.8	18.5	15.1	3 262	2 163	4 385	3.1	70.0	72.0	68.0	106.3	5.3	6.2	24.0
Danemark	78.4	80.6	76.2	19.2	16.5	2 974	2 260	3 680	4.0	72.0	73.0	70.0	74.3	2.9	3.1	16.7
Finlande	79.5	83.1	76.0	21.3	17.0	2 857	1 834	3 871	2.7	72.0	75.0	70.0	66.9	4.9	3.2	9.5
France	81.0	84.4	77.5	22.3	18.0	2 824	1 963	3 708	3.8	73.0	76.0	71.0	50.4	..	..	..
Allemagne	80.0	82.7	77.4	20.7	17.4	2 689	2 001	3 372	3.9	73.0	75.0	71.0	69.7	..	3.8	14.5
Grèce	79.5	82.0	77.0	19.6	17.4	2 644	1 762	3 531	3.6	72.0	74.0	71.0	67.7	..	..	..
Hongrie	73.3	77.3	69.2	17.3	13.4	5 611	3 641	8 358	5.9	66.0	69.0	62.0	167.2	..	..	..
Islande	81.2	82.9	79.4	20.6	18.3	1 943	1 498	2 262	2.0	74.0	75.0	73.0	52.8	2.1	2.3	19.8
Irlande	79.7	82.1	77.4	20.1	17.1	2 585	2 061	3 099	3.1	73.0	74.0	71.0	69.8	5.1	6.6	19.4
Italie	81.4	84.2	78.5	21.8	17.9	2 261	1 688	2 841	3.7	74.0	76.0	73.0	56.2	4.0	3.7	17.2
Japon	82.6	86.0	79.2	23.6	18.6	1 998	1 494	2 505	2.6	76.0	78.0	73.0	56.5	..	..	..
Corée	79.4	82.7	76.1	20.5	16.3	2 644	1 764	3 530	4.1	73.0	75.0	71.0	74.5	8.1	2.4	11.0
Luxembourg	79.4	82.2	76.7	20.3	16.4	2 487	1 861	3 102	1.8	71.0	74.0	68.0	63.9	6.6	5.6	30.3
Mexique	75.0	77.4	72.6	18.2	16.8	5 760	4 683	6 873	15.7	67.0	69.0	65.0	121.9	..	..	..
Pays-Bas	80.2	82.3	78.0	20.5	17.0	2 398	2 060	2 729	4.1	73.0	74.0	72.0	59.1	6.6	5.9	25.2
Nouvelle-Zélande	80.2	82.2	78.2	20.7	18.1	2 737	2 257	3 224	4.8	73.0	74.0	72.0	73.1	3.3	6.3	23.8
Norvège	80.6	82.9	78.3	20.8	17.5	2 398	1 852	2 929	3.1	73.0	74.0	72.0	59.8	3.2	3.3	13.7
Pologne	75.4	79.7	71.0	18.9	14.6	4 744	2 939	6 653	6.0	67.0	70.0	64.0	117.7	4.5	..	..
Portugal	79.1	82.2	75.9	20.2	16.8	3 634	2 520	4 808	3.4	71.0	73.0	69.0	92.3	..	..	..
République slovaque	74.3	78.1	70.5	17.1	13.4	4 746	3 057	6 550	6.1	67.0	70.0	64.0	160.2	7.6	7.5	29.3
Espagne	81.0	84.3	77.8	22.0	17.8	2 682	1 793	3 579	3.7	74.0	76.0	71.0	60.6	6.1	6.5	24.2
Suède	81.0	83.0	78.9	20.7	17.8	2 129	1 703	2 543	2.5	74.0	75.0	72.0	58.2	2.9	3.9	12.8
Suisse	81.9	84.4	79.5	22.2	18.6	2 276	1 814	2 736	3.9	75.0	76.0	73.0	..	..	..	..
Turquie	73.4	75.6	71.1	15.8	13.9	..	..	..	20.7	66.0	67.0	64.0	..	..	..	..
Royaume-Uni	79.5	81.7	77.3	20.1	17.4	3 010	2 405	3 621	4.8	72.0	73.0	71.0	74.0	6.3	9.0	26.3
États-Unis	78.1	80.7	75.4	20.3	17.4	3 924	3 128	4 731	6.7	70.0	72.0	68.0	88.6	5.1	4.2	25.5
Moyenne	79.1	81.9	76.4	20.3	16.9	3 034	2 224	3 880	4.9	71.7	73.6	69.7	78.7	4.9	5.0	19.8
Maximum/Minimum	1.13	1.14	1.15	1.49	1.39	2.96	3.13	3.69	11.5	1.15	1.16	1.18	3.32	3.9	3.9	3.2
Coefficient de variation	0.03	0.03	0.04	0.08	0.09	0.34	0.32	0.39	0.79	0.04	0.03	0.04	0.39	0.3	0.4	0.3

1. Espérance de vie : 2006 pour le Canada, les États-Unis, l'Italie et le Royaume-Uni. APVP : 2003 pour le Portugal ; 2004 pour l'Autriche et le Canada ; 2005 pour l'Espagne, les États-Unis, la Hongrie, le Luxembourg, la Nouvelle-Zélande et la République slovaque; 2006 pour l'Allemagne, la Corée, le Danemark, la France, l'Italie, le Mexique, la Norvège, la Pologne, la Suède et la Suisse. EVAS : 2007 pour tous les pays. Mortalité évitable : 2003 pour le Portugal ; 2004 pour l'Australie et le Canada; 2005 pour l'Espagne, les États-Unis, la Hongrie, le Luxembourg, la Nouvelle-Zélande et la République slovaque; 2006 pour l'Allemagne, la Corée, le Danemark, la France, l'Italie, le Mexique, la Norvège, la Pologne et la Suède. Taux de mortalité à l'hôpital : 2006 pour l'Autriche, les États-Unis, l'Italie et le Luxembourg; 2005 pour les Pays-Bas.
2. Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont calculées en excluant les morts par accidents de la route, chutes accidentelles, suicides et agressions. Les données APVP ne sont pas disponibles pour la Belgique et la Turquie.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; OMS, *Statistiques de l'Organisation mondiale de la santé 2010.*

Tableau 1.1. **Mesures de l'état de santé et classement des pays** (suite)

2007 ou dernière année disponible[1]

Partie B. Classement (rangs des pays)

	Espérance de vie à la naissance			Espérance de vie à 65 ans		Mortalité prématurée ajustée			Mortalité infantile	Espérance de vie ajustée			Mortalité évitable	Taux de mortalité à l'hôpital à 30 jours après admission		
	Total	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes		Total	Femmes	Hommes		Infarctus aigu du myocarde	Accident ischémique cérébral	Hémorragie cérébrale
	Années			Années	pour 100 000 habitants entre 0 et 69 ans				pour 1 000 naissances	Années			pour 100 000 habitants	Taux normalisés par âge et par sexe		
Australie	3	6	4	6	3	10	15	8	21	3	6	5	7	..	..	..
Autriche	13	10	15	10	12	9	9	11	11	16	13	18	8	8	7	2
Belgique	15	15	17	9	17	..	..	..	17	16	13	18	..	..	..	..
Canada	9	8	7	7	5	16	19	12	24	8	6	10	12	7	19	11
République tchèque	25	25	25	26	26	22	18	22	6	24	24	23	23	13	14	13
Danemark	23	24	20	24	23	20	21	19	17	16	21	18	19	3	3	7
Finlande	17	7	22	8	19	19	10	21	5	16	6	18	13	10	4	1
France	6	2	12	2	7	18	13	20	14	8	2	10	1	..	..	..
Allemagne	14	13	13	12	12	15	14	14	15	8	6	10	15	..	8	6
Grèce	17	21	18	23	12	12	5	16	10	16	13	10	14	..	..	..
Hongrie	30	29	30	28	29	27	27	28	25	29	28	30	27	..	..	..
Islande	5	10	2	15	4	1	2	1	2	3	6	1	2	1	1	10
Irlande	16	20	13	21	18	11	17	9	6	8	13	10	16	11	17	9
Italie	3	5	6	5	8	4	3	6	11	3	2	1	3	6	6	8
Japon	1	1	3	1	1	2	1	2	4	1	1	1	4	..	..	..
Corée	20	13	21	16	25	12	6	15	19	8	6	10	20	19	2	3
Luxembourg	20	17	19	18	24	8	12	10	1	22	13	23	11	17	12	19
Mexique	27	28	26	27	21	28	28	27	29	26	28	26	25	..	..	..
Pays-Bas	11	16	10	16	19	6	16	4	19	8	13	5	6	16	13	15
Nouvelle-Zélande	11	17	9	12	6	17	20	13	22	8	13	5	17	5	15	12
Norvège	10	10	8	10	11	6	11	7	6	8	13	5	9	4	5	5
Pologne	26	26	28	25	27	25	24	26	26	26	26	27	24	9	..	..
Portugal	22	17	23	20	21	23	23	24	9	22	21	22	22	..	..	..
République slovaque	28	27	29	29	29	26	25	25	27	26	26	27	26	18	18	18
Espagne	6	4	11	4	9	14	7	17	11	3	2	10	10	14	16	14
Suède	6	8	5	12	9	3	4	3	3	3	6	5	5	2	9	4
Suisse	2	2	1	3	1	5	8	5	15	2	2	1	..	..	..	..
Turquie	29	30	27	30	28	..	..	..	30	29	30	27	..	..	..	..
Royaume-Uni	17	22	15	21	12	21	22	18	22	16	21	10	18	15	20	17
États-Unis	24	23	24	18	12	24	26	23	28	24	24	23	21	12	10	16

1. Espérance de vie : 2006 pour le Canada, les États-Unis, l'Italie et le Royaume-Uni. APVP : 2003 pour le Portugal ; 2004 pour l'Autriche et le Canada ; 2005 pour l'Espagne, les États-Unis, la Hongrie, le Luxembourg, la Nouvelle-Zélande et la République slovaque; 2006 pour l'Allemagne, la Corée, le Danemark, la France, l'Italie, le Mexique, la Norvège, la Pologne, la Suède et la Suisse. EVAS : 2007 pour tous les pays. Mortalité évitable : 2003 pour le Portugal ; 2004 pour l'Australie et le Canada; 2005 pour l'Espagne, les États-Unis, la Hongrie, le Luxembourg, la Nouvelle-Zélande et la République slovaque; 2006 pour l'Allemagne, la Corée, le Danemark, la France, l'Italie, le Mexique, la Norvège, la Pologne et la Suède. Taux de mortalité à l'hôpital : 2006 pour l'Autriche, les États-Unis, l'Italie et le Luxembourg; 2005 pour les Pays-Bas.
2. Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont calculées en excluant les morts par accidents de la route, chutes accidentelles, suicides et agressions. Les données APVP ne sont pas disponibles pour la Belgique et la Turquie.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; OMS, *Statistiques de l'Organisation mondiale de la santé 2010*.

Encadré 1.1. **Indicateurs de mortalité, de longévité, de mortalité évitable et de qualité des soins**

Indicateurs de mortalité bruts

Il existe de nombreux indicateurs de longévité et de mortalité bruts, qui ont le principal avantage d'être disponibles sur de longues périodes. Pour des raisons analytiques et méthodologiques, neuf ont été choisis pour l'analyse, parmi ceux d'Eco-Santé OCDE (L'Annexe 1.A1 donne plus d'informations sur la définition de ces indicateurs) :

- *Espérance de vie (EV) à la naissance, pour les femmes, les hommes et l'ensemble de la population*. L'EV à la naissance est une des mesures les plus utilisées pour résumer l'état de santé de la population. Dans la mesure du possible, on a maintenu la distinction entre les femmes et les hommes pour cet indicateur, ainsi que pour d'autres, étant donné qu'un certain nombre d'études empiriques aboutissent à la conclusion que les systèmes de santé contribuent plus à l'amélioration de l'état de santé des femmes qu'à celui des hommes.*

- *Espérance de vie à 65 ans, pour les femmes et pour les hommes*. L'EV à un âge relativement avancé donne des informations utiles pour au moins deux raisons. Premièrement, la plupart des autres mesures de l'état de santé ne couvrent pas les tranches de population relativement âgées (par exemple, la mortalité prématurée, la mortalité maternelle et périnatale), alors que l'état de santé de ces catégories a connu récemment une amélioration rapide. En outre, l'EV à un âge relativement avancé est beaucoup plus variable d'un pays à l'autre que l'EV à la naissance. Deuxièmement, les données indiquent que les dépenses de santé sont souvent concentrées dans les tranches relativement âgées, au moins en ce qui concerne la composante de dépenses publiques.

- *Mortalité prématurée, pour les femmes, les hommes et l'ensemble de la population*. La mortalité prématurée, mesurée par le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) avant l'âge de 70 ans, a été utilisée dans quelques études comme principal indicateur des résultats de santé (par exemple, Or, 2000*a* et 2000*b*). Un des grands avantages est que l'on possède des données sur la mortalité prématurée avec une décomposition entre ses principales causes. Ainsi, on peut effectuer une correction neutralisant les décès spécifiquement attribuables à des « causes externes » (accidents de transport terrestre, chutes accidentelles, agressions et suicides) – ce qui est utile étant donné que la mortalité prématurée due à ces causes varie notablement d'un pays à l'autre, représentant moins de 12 % de la mortalité prématurée totale au Royaume-Uni, contre plus de 21 % en Corée, aux États-Unis, en Finlande, au Japon, au Luxembourg et en Nouvelle-Zélande. C'est ce qui a été fait dans les travaux empiriques réalisés ici avec les « APVP corrigées ». L'indicateur de la mortalité prématurée a toutefois certains inconvénients pour une analyse de l'efficience des systèmes de santé. En particulier, il ne tient pas compte de la survie après une limite d'âge arbitrairement fixée, actuellement 70 ans dans Eco-Santé OCDE, alors que les dépenses de santé se concentrent souvent fortement dans la catégorie des plus de 70 ans. Eurostat a choisi un plafond de 65 ans et l'Australie, le Canada et les États-Unis un plafond de 75 ans.

- *Mortalité infantile*. Cet indicateur reflète la capacité du système de santé d'éviter les décès dans le plus jeune âge, période de la vie où les dépenses de santé sont aussi relativement élevées. On a aussi avancé que la mortalité infantile est plus pertinente pour une analyse de l'efficience que l'EV elle-même, étant donné qu'elle est moins influencée par des facteurs extérieurs au système de santé tels que l'éducation ou la consommation de tabac (Nixon et Ullman, 2006).

Mortalité évitable

Par mortalité évitable, on entend les décès qui pourraient être évités en présence de soins médicaux efficaces dispensés à temps. On la mesure par des taux de mortalité dans une tranche d'âge donnée et pour une cause de décès donnée (par exemple, l'asthme avant 45 ans). Toutefois, il n'y a pas de norme universelle quant au choix des causes de décès et les plafonds d'âge varient souvent d'une étude à l'autre. D'après l'étude de Nolte et McKee (2008), qui couvre 19 pays de l'OCDE, la mortalité évitable représente une importante proportion de la mortalité totale avant 75 ans : de 15 % pour les hommes en France à 36 % pour les femmes en Grèce et au Portugal.

Indicateurs de longévité corrigés de la prévalence des maladies et/ou de l'incapacité

- *Espérance de vie corrigée de l'état de santé (EVCS).* Cet indicateur produit par l'OMS pour 2002 et 2007 vise à refléter le nombre d'années que l'on peut s'attendre à vivre, pourrait-on dire, en « équivalents pleine santé ». Dans les pays considérés, la corrélation entre l'EVCS et l'EV brute est très forte et significative.
- *Espérance de vie sans incapacité (EVSI).* Cet indicateur, produit par Eurostat pour la plupart des pays de l'Union européenne, reflète le nombre d'années que l'on peut s'attendre à vivre sans aucune incapacité. Du fait qu'il traite de la même manière les incapacités graves ou non, cet indicateur apparaît comme moins pertinent que l'EVCS.

Indicateurs de la qualité des soins

Beaucoup de pays de l'OCDE publient des indicateurs de la qualité des soins mais les données internationalement comparables restent limitées. Pour remédier à ce manque de données, le Projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé, lancé en 2001, a pour objet d'élaborer un ensemble d'indicateurs (Garcia Armesto *et al*., 2007 ; Kelley *et al*., 2007 ; Mattke *et al*., 2006). L'édition 2009 du Panorama de la santé présente une sélection de 23 indicateurs de la qualité des soins, notamment les taux de dépistage, de survie et de mortalité pour certains cancers, les taux de vaccination, les taux d'hospitalisation évitable pour plusieurs maladies chroniques et les taux de mortalité à l'hôpital après infarctus aigu du myocarde (IAM) ou accident vasculaire cérébral. Cependant, les différences de définitions, de sources et de méthodes brouillent souvent les comparaisons internationales. En outre, les données continuent de manquer pour beaucoup de ces indicateurs dans au moins un tiers des pays de l'OCDE. À titre d'exemple, pour une même année, on ne possède des données sur les taux de survie de certains cancers que pour 11 pays, dans le meilleur des cas. Les taux de survie de cancer ayant rapidement augmenté ces dix dernières années, des comparaisons internationales reposant sur ces données pourraient souffrir de distorsions importantes.

* Voir Or (2000*a* et 2000*b*) et Elola *et al*. (1995). Asiskovitch (2010) parvient à une conclusion opposée.

La plupart des indicateurs de mortalité et de longévité souffrent toutefois de certains inconvénients. Dans l'idéal, les indicateurs de l'état de santé devraient refléter la prévalence et la gravité des maladies et de l'incapacité fonctionnelle. En outre, bien que les soins médicaux soient un facteur clé, le mode de vie et l'environnement socioéconomique jouent aussi un rôle important (voir ci-après).

Les comparaisons de l'état de santé entre les pays ne dépendent pas significativement du choix de l'indicateur

Les indicateurs de mortalité et de longévité existants sont fortement corrélés, ce qui donne à penser que les comparaisons entre les pays ne dépendent pas outre mesure du choix de l'indicateur. Les coefficients de Pearson de tous ces indicateurs sont élevés et significatifs, ce qui indique que les valeurs de ces indicateurs dans les pays considérés sont fortement corrélées. Les rangs des pays varient quelque peu suivant les indicateurs (tableau 1.1, partie B), en particulier quand on considère la mortalité infantile au lieu de l'espérance de vie. Cependant, dans la plupart des cas, les rangs des pays sont assez stables. Par exemple, le Japon se place systématiquement entre le premier et le quatrième rang tandis que la Hongrie, la République slovaque et la Turquie sont toujours à l'autre extrémité de l'échelle. Les coefficients de corrélation de Spearman (tableau 1.2) confirment cette grande similarité des classements afférents aux différentes mesures de l'état de santé.

La mortalité évitable est un concept prometteur mais les données sont encore en cours d'élaboration

La mortalité évitable – c'est-à-dire les décès qui pourraient être évités en présence de soins médicaux efficaces dispensés à temps – est une autre approche pour mieux cibler l'impact des soins sur l'état de santé de la population. Ce n'est toutefois pas une panacée. *Premièrement,* on ne possède pas de données pour la Suisse et la Turquie, ni pour la Belgique après 1999. *Deuxièmement,* il n'y a pas de consensus entre les études sur les causes de décès que l'on peut considérer comme sensibles aux soins ni sur les limites d'âge associées – nommées ci-après « listes ». Le graphique 1.2 présente des estimations récentes de l'OCDE pour la mortalité évitable avec deux listes différentes. Les résultats sont à peu près similaires pour la plupart des pays, malgré des différences sensibles dans certains cas (par exemple, pour les États-Unis et le Mexique). En outre, la définition peut changer au cours du temps avec les progrès médicaux et l'apparition probable de nouvelles maladies. *Troisièmement,* la mesure est sensible aux différences concernant les critères de diagnostic, l'établissement des certificats de décès et le codage des causes de décès. Cela peut nuire à la comparabilité entre les pays. *Quatrièmement*, la mortalité évitable, comme les indicateurs de longévité, ne rend pas compte des interventions de santé destinées à améliorer la qualité de vie de la population, quelquefois malade.

Tableau 1.2. **Corrélations entre différentes mesures de l'état de santé**

Coefficients communs (Pearson) et de rang (Spearman) pour 2007[1]

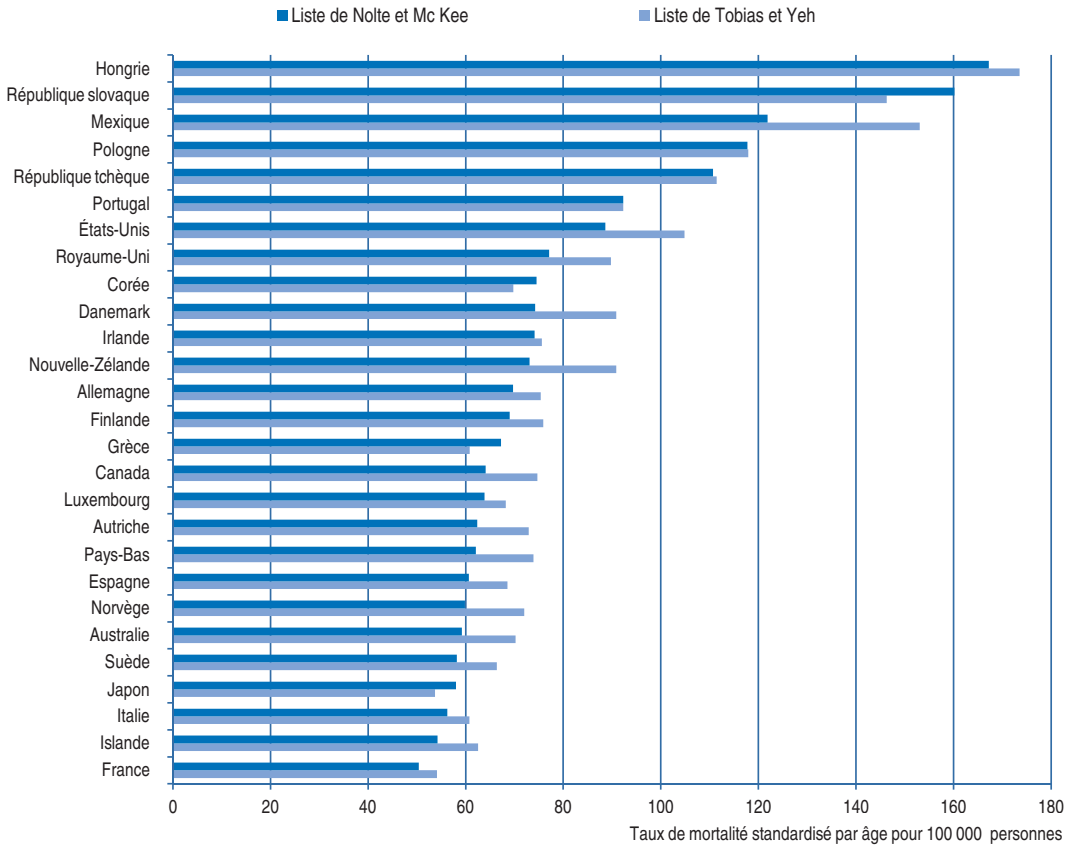
	Espérance de vie					Mortalité prématurée ajustée (APVP)[2]			Mortalité infantile	Espérance de vie ajustée pour la santé (EVAS)			Mortalité évitable[3]
	à la naissance			à 65 ans									
	Total	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes		Total	Femmes	Hommes	
Indicateurs bruts de mortalité													
Espérance de vie à la naissance, population totale	1.00	0.97 **	0.98 **	0.94 **	0.92 **	-0.93 **	-0.83 **	-0.94 **	-0.67 **	0.98 **	0.96 **	0.96 **	-0.96 **
Espérance de vie à la naissance, femmes	0.91 **	1.00	0.89 **	0.97 **	0.84 **	-0.88 **	-0.85 **	-0.86 **	-0.74 **	0.94 **	0.98 **	0.89 **	-0.89 **
Espérance de vie à la naissance, hommes	0.97 **	0.81 **	1.00	0.86 **	0.94 **	-0.92 **	-0.77 **	-0.96 **	-0.58 **	0.96 **	0.90 **	0.97 **	-0.95 **
Espérance de vie à 65 ans, femmes	0.89 **	0.97 **	0.78 **	1.00	0.88 **	-0.77 **	-0.70 **	-0.77 **	-0.64 **	0.90 **	0.95 **	0.84 **	-0.86 **
Espérance de vie à 65 ans, hommes	0.92 **	0.80 **	0.91 **	0.82 **	1.00	-0.74 **	-0.55 **	-0.81 **	-0.44 *	0.88 **	0.83 **	0.89 **	-0.89 **
APVP ajustées, population totale[2]	-0.82 **	-0.71 **	-0.85 **	-0.64 **	-0.64 **	1.00	0.95 **	0.98 **	0.76 **	-0.94 **	-0.91 **	-0.93 **	0.91 **
APVP ajustées, femmes[2]	-0.74 **	-0.76 **	-0.68 **	-0.66 **	-0.55 **	0.86 **	1.00	0.87 **	0.89 **	-0.84 **	-0.87 **	-0.81 **	0.79 **
APVP ajustées, hommes[2]	-0.83 **	-0.66 **	-0.90 **	-0.61 **	-0.68 **	0.97 **	0.75 **	1.00	0.64 **	-0.94 **	-0.88 **	-0.95 **	0.94 **
Mortalité infantile	-0.47 **	-0.52 **	-0.45 *	-0.39 *	-0.31	0.65 **	0.72 **	0.55 **	1.00	-0.66 **	-0.74 **	-0.60 **	0.54 **
Indicateurs ajustés pour la santé													
EVAS, population totale	0.95 **	0.87 **	0.94 **	0.81 **	0.85 **	-0.83 **	-0.76 **	-0.84 **	-0.47 **	1.00	0.91 **	0.95 **	-0.82 **
EVAS, femmes	0.89 **	0.96 **	0.81 **	0.91 **	0.77 **	-0.73 **	-0.82 **	-0.68 **	-0.53 **	0.91 **	1.00	0.80 **	-0.83 **
EVAS, hommes	0.92 **	0.76 **	0.95 **	0.71 **	0.84 **	-0.84 **	-0.72 **	-0.88 **	-0.44 *	0.95 **	0.80 **	1.00	-0.80 **
Autres indicateurs													
Mortalité évitable[3]	-0.92 **	-0.87 **	-0.87 **	-0.82 **	-0.77 **	0.85 **	0.79 **	0.82 **	0.57 **	-0.82 **	-0.83 **	-0.80 **	1.00

1. Les coefficients de Pearson, qui apparaissent au dessus de la diagonale, mesurent la corrélation linéaire entre les niveaux de différentes mesures de l'état de santé dans les pays de l'OCDE en 2007 (ou dernière année la plus proche pour laquelle les données sont disponibles). Les coefficients de Spearman, dans la partie ombrée, mesurent la corrélation entre les rangs des pays classés selon la valeur des variables. Les coefficients avec ** sont significatifs à moins de 1%. Ceux avec * sont significatifs entre 1 et 10%. Ceux sans * ne sont pas significatifs sous un seuil de 10%. La disponibilité des variables varie, affectant le degré de significativité des coefficients estimés.
2. Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont calculées en excluant les décès dus aux accidents de la route, aux chutes accidentelles, aux suicides et aux agressions. Ces données ne sont pas disponibles pour la Belgique et la Turquie.
3. Taux de mortalité évitable standardisé par âge pour 100 000 personnes. Les données pour la Belgique, la Suisse et la Turquie ne sont pas disponibles.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; OMS, *Statistiques de l'Organisation mondiale de la santé 2010*.

Graphique 1.2. **Mortalité évitable : comparaisons internationales fondées sur deux listes différentes**[1]

Toutes causes confondues, 2006 ou dernière année disponible



1. Les listes de mortalité évitable indiquent à la fois les causes du décès et les limites d'âge spécifiques pour chaque cause. Plusieurs listes existent. Les résultats ci-dessus utilisent celles développées par Nolte et Mc Kee (2008) et par Tobias et Yeh (2009).

Source : Estimations de l'OCDE.

La prise en compte de la prévalence de maladies ou de l'incapacité ne change pas radicalement le tableau

Un certain nombre d'organisations, notamment l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et Eurostat, ont conduit des travaux pour élaborer des variables relatives à l'état de santé reflétant à la fois la mortalité et la prévalence de maladies et/ou de l'incapacité (c'est-à-dire la morbidité). Les indicateurs les plus couramment utilisés sont l'espérance de vie corrigée de l'état de santé (EVCS) et l'espérance de vie sans incapacité (EVSI). Les corrélations entre l'EVCS et les indicateurs bruts de longévité ou de mortalité parmi les pays considérés sont très fortes et significatives (tableau 1.2). Elles sont moindres pour l'EVSI mais cet indicateur apparaît moins pertinent, du moins dans le contexte de ce travail. Cependant, le manque de données chronologiques pour l'EVCS et la couverture limitée des pays pour l'EVSI sont de sérieux obstacles à leur utilisation dans les travaux empiriques.

Les indicateurs du volume d'activité ne donnent pas une bonne approximation des résultats en termes de santé

Du fait de la difficulté de mesurer les résultats des soins, on utilise quelquefois des indicateurs de l'activité médicale comme approximation. Des données sur la production de soins sont en cours d'élaboration et on les utilise de plus en plus dans les comptes nationaux pour mesurer les gains de productivité (encadré 1.2), principalement sur la base du nombre de consultations et du nombre de traitements hospitaliers. Dans la pratique, le nombre de consultations de médecins par habitant est très variable d'un pays à l'autre, de moins de 4 aux États-Unis, au Mexique et en Suède et à de plus de 10 en Corée, en Hongrie, au Japon, en République slovaque et en République tchèque en 2007. La dispersion est encore plus grande pour le nombre d'interventions hospitalières par habitant. Toutefois, si l'on compare les indicateurs de l'activité médicale aux indicateurs de l'état de santé, il est évident que ces mesures de la production ne donnent pas une bonne approximation des résultats (graphique 1.3).

Encadré 1.2. **Mesurer la production de soins dans les comptes nationaux : évolution récente**

Jusqu'à une époque récente, la plupart des pays de l'OCDE mesuraient le volume des services non marchands – les soins médicaux et l'éducation figurant parmi les plus importants – par la méthode dite des intrants. On estimait les volumes de production en fonction des volumes des ressources utilisées correspondantes. Il a été reconnu que cette méthode des intrants présente de sérieux inconvénients, en particulier pour les comparaisons intertemporelles et internationales. Notamment, elle suppose que la productivité est constante dans le temps et entre les pays.*

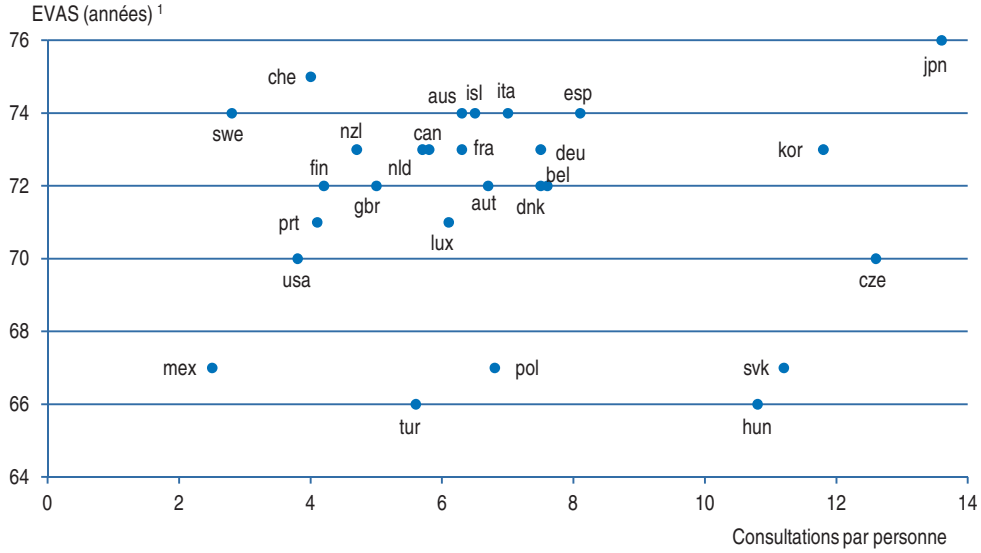
Pour remédier à ces défauts de la méthode des intrants, des travaux ont été menés dans un certain nombre de pays de l'OCDE, ainsi que par Eurostat et par l'OCDE, pour établir dans les Comptes nationaux une mesure plus cohérente de la production dans les secteurs de la santé et de l'éducation. Le Système de comptabilité nationale (SCN93) et Eurostat ont recommandé que les mesures des volumes reposent sur un flux de fourniture de services observable. Pour les services de santé, Eurostat (2001) considère que les méthodes les plus appropriées répondent à la description suivante : « la production des services de santé est la quantité de soins médicaux reçue par les patients, corrigée de la qualité des services fournis, pour chaque type de soins. Les quantités doivent être pondérées à l'aide des données sur les coûts ou les prix des soins fournis. La quantité de soins reçue par les patients doit être mesurée en termes de traitements complets ». Dans la pratique, la plupart des pays ont adopté des méthodes dans lesquelles la production est mesurée par les volumes des différents services (activités) pondérés par leur coût unitaire moyen. Par exemple, la production de soins hospitaliers peut être mesurée au moyen des GHM. Le « Manuel » de l'OCDE (Schreyer et al., 2010) définit l'unité de base de service par le nombre de traitements d'une maladie donnée corrigé de la qualité. Il reconnaît toutefois que cette approche est beaucoup plus difficile à appliquer pour les services ambulatoires, les soins aux personnes âgées et les soins de longue durée où il est difficile de désigner les maladies et où les traitements sont souvent difficiles à délimiter dans le temps. Dans la pratique, il propose de retenir une production hospitalière agrégée au moyen des GHM et corrigée de la qualité et, pour les soins ambulatoires, des mesures rudimentaires comme le nombre de consultations de médecins, d'examens de laboratoire par grande catégorie et d'ordonnances exécutées par type.

* À titre d'exemple, le Royaume-Uni s'est orienté depuis 1998 vers une mesure directe (sur la base de la production) des variations de la production des administrations publiques pour environ deux tiers de leur consommation finale. Du fait de ce changement, entre 1995 et 2003, le PIB à prix constants a augmenté de 2.75 % par an, contre 3 % si l'on avait continué à mesurer la production des administrations publiques au moyen des intrants (Atkinson, 2005).

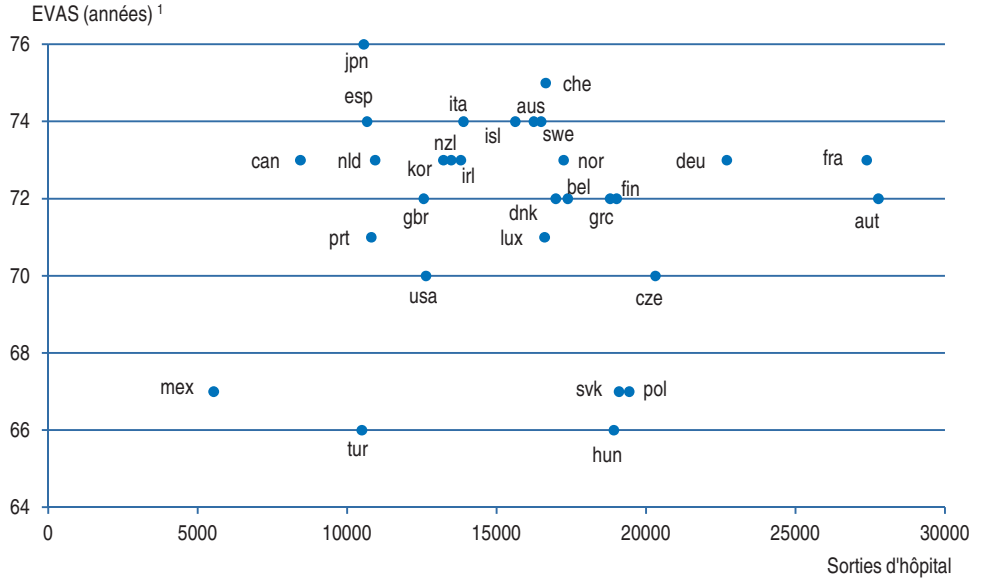
Graphique 1.3. **Le volume des soins est à peine corrélé avec les résultats**

2007 ou dernière année disponible

A. Consultations de médecins par tête *versus* EVAS [1]



B. Sorties d'hôpital *versus* EVAS [1]



1. Espérance de vie à la naissance ajustée pour la santé (EVAS).

Source : OMS, *Statistiques sanitaires mondiales 2010* ; Eco-Santé OCDE 2009.

Il y a diverses raisons pour lesquelles les indicateurs de l'activité médicale ne donnent guère de renseignements sur les résultats en termes de santé. Les services qui sont fournis, et mesurés, ne sont peut-être pas les plus efficaces pour l'augmentation de l'espérance de vie et l'amélioration de la qualité de vie. La composition des soins a une importance – de bons soins préventifs devraient permettre de réduire le volume des soins curatifs tout en améliorant les résultats. De même, un faible nombre d'admissions à l'hôpital pour certaines affections chroniques (comme l'asthme ou l'insuffisance

cardiaque congestive) reflète dans une grande mesure l'existence de services de soins ambulatoires efficaces (Mattke *et al*., 2006 ; Garcia Armesto, 2007). La qualité des soins joue également et des volumes de soins similaires peuvent ne pas avoir le même impact sur l'état de santé de la population s'ils ne sont pas de même qualité.

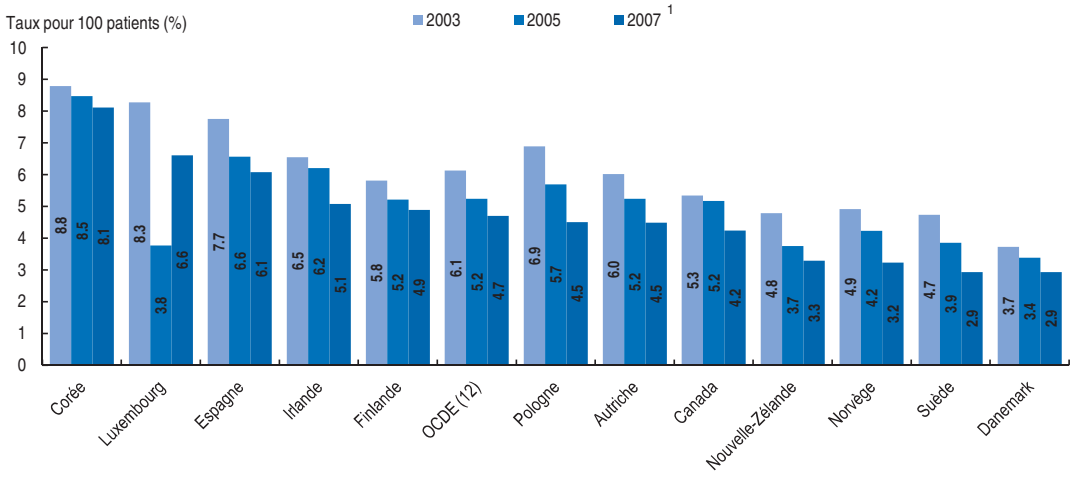
Globalement, un grand volume de soins peut signaler soit un système de soins peu efficient consacrant trop peu de ressources aux soins préventifs, soit un système efficient qui répond à des besoins impossibles à prévenir.

Les taux de survie après certaines maladies donnent une information utile mais il convient de poursuivre l'élaboration de ces données

Les informations existantes sur la qualité des soins confirment que de meilleurs traitements médicaux ont contribué à améliorer l'état de santé de la population. Les maladies coronariennes restent la première cause de décès dans la plupart des pays de l'OCDE mais une grande partie de la réduction des taux de mortalité depuis les années 1970 est attribuable à la moindre mortalité de l'infarctus aigu du myocarde (IAM) (OCDE, 2009*a*). En fait, le nombre de personnes décédant dans les 30 jours après un IAM a été réduit en moyenne d'un quart entre 2003 et 2007 dans les 12 pays de l'OCDE pour lesquels on possède des données (graphique 1.4). De même, les taux de survie après un accident vasculaire cérébral ischémique ou hémorragique ont notablement augmenté ces dix dernières années, en grande partie grâce aux unités hospitalières spécialisées dans la prise en charge de l'AVC. Les taux de survie de cancers sont aussi révélateurs.

Graphique 1.4. **Mortalité à l'hôpital après un infarctus aigu du myocarde**

Dans les 30 jours après l'admission à l'hôpital



1. Ou année la plus récente.

Source : Données du Projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé 2009 (OCDE). Les taux sont normalisés par rapport à l'âge et au sexe selon la structure de la population (de 45 ans et plus) des pays de l'OCDE en 2005.

Il est toutefois difficile d'utiliser les taux de survie concernant une maladie donnée pour effectuer des comparaisons internationales, pour au moins deux raisons. *Premièrement,* les données disponibles restent limitées et les différences de méthodologie

peuvent brouiller ces comparaisons. Par exemple, pour une même période, on ne possède des données sur les taux de survie de certains cancers que pour 11 pays de l'OCDE, dans le meilleur des cas. Les taux de survie de cancer ayant rapidement augmenté ces dix dernières années, des comparaisons internationales reposant sur les données d'années différentes pourraient souffrir de distorsions importantes. *Deuxièmement,* chacun de ces indicateurs est partiel et il peut donc être trompeur si on le considère isolément. En particulier, le classement des pays varie considérablement d'un indicateur à un autre. Par exemple, parmi les pays de l'OCDE pour lesquels on possède des données internationalement comparables (19 pays), la Corée a la valeur la plus élevée en 2007 pour le taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours après l'admission pour IAM. La même année, la Corée enregistre un des meilleurs résultats pour les AVC ischémiques et pour les AVC hémorragiques.

La satisfaction du public et les congés de maladie peuvent difficilement servir à des comparaisons internationales des résultats de santé

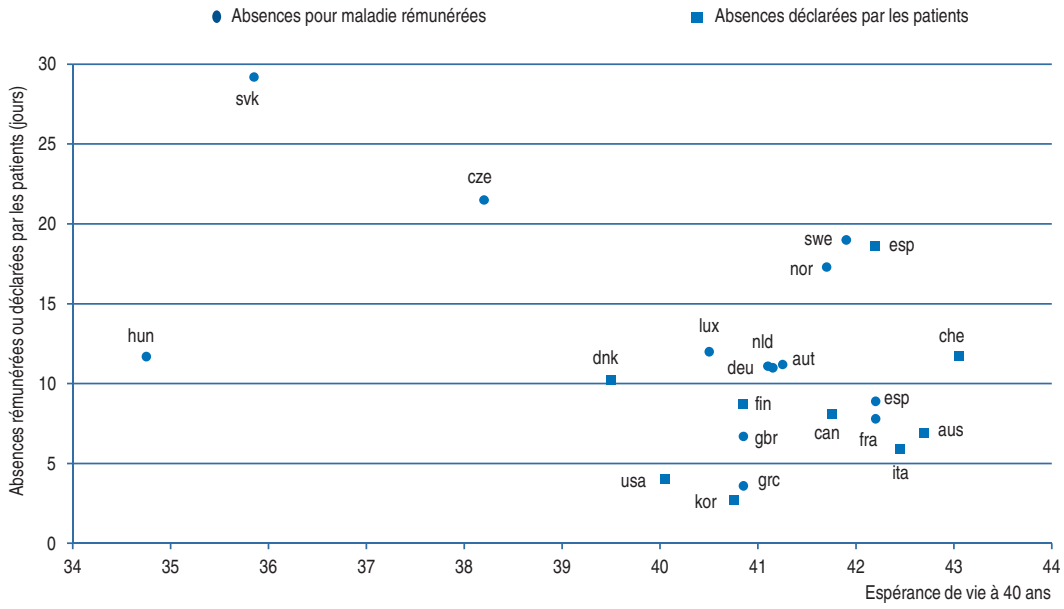
Le volume de congés de maladie pourrait en principe être considéré comme un résultat du système de santé. On peut s'attendre à ce que les soins, en prévenant la maladie ou en la soignant rapidement, réduisent le volume et la durée des congés de maladie, améliorant ainsi l'apport de main-d'œuvre et la production potentielle de l'économie. Toutefois, en contribuant à maintenir en vie plus longtemps les personnes malades, les soins médicaux peuvent aussi augmenter les congés de maladie. Des études précédentes ont en outre indiqué que les congés de maladie reflètent en grande partie l'évolution macroéconomique et divers aspects du cadre institutionnel (comme la générosité des indemnités de maladie, le type de contrat de travail ou la rigueur de la législation de protection de l'emploi)[1]. L'impact global des soins sur les congés de maladie peut ainsi être ambigu et marginal. Les quelques données que l'on possède montrent que, parmi les pays considérés, les congés de maladie indemnisés sont peu corrélés avec les mesures « classiques » de l'état de santé (graphique 1.5). On ne peut donc raisonnablement utiliser les congés de maladie comme indicateur approché pour les comparaisons internationales des résultats de santé.

La satisfaction du public à l'égard du système de soins médicaux pourrait aussi être un critère d'appréciation de ses performances. Toutefois, la satisfaction d'une personne dépend non seulement de ce qu'elle a vécu dans le système de santé mais aussi de ce qu'elle en attendait, ce qui est susceptible de varier sensiblement d'un pays à l'autre et au cours du temps. En fait, il apparaît que la satisfaction du public n'est que très faiblement corrélée avec l'EVCS dans les pays de l'OCDE (graphique 1.6). Même à l'intérieur d'un pays, Adang et Borm (2007) montrent que les variations des performances du système de santé ne sont pas associées à des variations de la satisfaction du public – à un certain moment, les gens peuvent être insatisfaits mais, si leurs attentes diminuent, il se peut que la satisfaction augmente alors que les performances restent constantes ou même baissent.

1. Voir Osterkamp et Röhn (2007) pour des comparaisons internationales, Grignon et Renaud (2007) pour la France et Askildsen *et al.* (2000, 2002) pour la Norvège.

Graphique 1.5. **Les arrêts maladie sont peu corrélés avec les mesures classiques de l'état de santé**

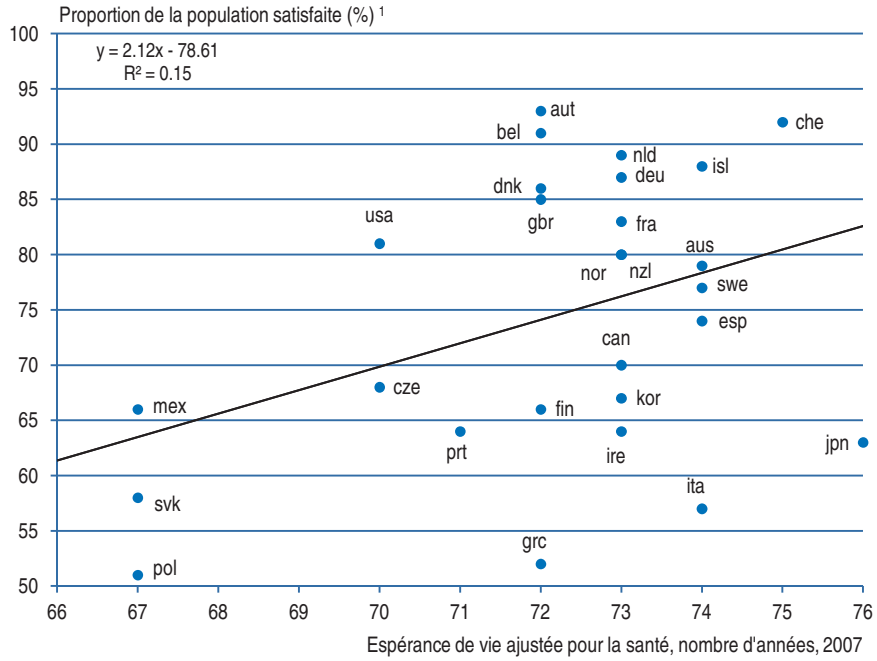
2007 ou dernière année disponible[1]



1. Absences rémunérées : 2006 pour l'Allemagne et la Suède ; 2005 pour la Grèce et 2003 pour la République slovaque. Absences déclarées par les patients : 2005 pour la Corée, le Danemark et l'Italie ; 2004 pour l'Australie et 2003 pour l'Espagne.

Source : Eco-Santé OCDE 2009.

Graphique 1.6. **Satisfaction de la population et espérance de vie ajustée pour la santé**



1. Proportion de la population satisfaite de la disponibilité de soins de qualité, 2008.
Source : OMS, *Statistiques sanitaires mondiales 2010* ; Eco-Santé OCDE 2009.

L'équité va de pair avec l'amélioration de l'état de santé moyen

L'équité est souvent un objectif politique essentiel et c'est aussi le cas dans le domaine de la santé. Toutefois, on a peu de données internationalement comparables sur les inégalités de santé – c'est-à-dire les écarts apparents sur le plan de la mortalité ou de la longévité et de la prévalence de la morbidité[2]. La dispersion de l'âge au décès entre les individus peut être un indicateur approché des inégalités de santé (Edwards et Tuljapurkar, 2005 ; OCDE, 2006*a*) ; cette dispersion varie sensiblement d'un pays à l'autre[3]. En 2006, la dispersion de l'âge au décès était maximum aux États-Unis, suivis par la Hongrie et la Pologne, et minimum aux Pays-Bas et en Suède. Les principaux avantages de cet indicateur sont sa simplicité et la disponibilité de données pour la plupart (26) des pays de l'OCDE. Un inconvénient majeur est le fait que cet indicateur ne reflète pas les inégalités sur le plan de la morbidité. Cependant, pour beaucoup de pays de l'OCDE, on ne possède pas de données cohérentes sur la dispersion des indicateurs de longévité corrigés de la morbidité ou de l'incapacité (EVCI, EVSI ou EVCS).

Les données existantes indiquent qu'il n'y a pas de contradiction entre élever le niveau de santé moyen de la population et réduire la dispersion de l'état de santé (graphique 1.7, partie A). Il peut même y avoir une complémentarité, bien qu'il soit difficile de tirer une conclusion définitive en raison du manque d'indicateurs disponibles. Le fait que les dépenses de santé aient des rendements d'échelle décroissants pourrait en partie expliquer pourquoi une faible inégalité va de pair avec un état de santé moyen plus élevé : la concentration des dépenses sur une petite catégorie de population produit moins d'années de vie supplémentaires pour la société qu'une répartition des dépenses plus équitable[4]. Le fait de ne pas couvrir une partie de la population par l'assurance maladie pourrait avoir pour conséquence que ce groupe souffre de graves problèmes de santé qui pourraient finalement être traités mais à un coût élevé.

Des éléments partiels tendent aussi à indiquer que le système de santé n'est pas le facteur principal des inégalités de santé. La plupart des pays de l'OCDE sont parvenus à une couverture quasi universelle de la population pour un panier de base de biens et services de santé, ce qui limite ainsi l'inégalité d'accès. Une certaine inégalité d'accès pourrait néanmoins découler des différences de disponibilité des ressources médicales entre les régions. La corrélation très faible, voire nulle, entre la dispersion des taux de mortalité corrigés de la composition par âge et celle du nombre des médecins praticiens par habitant entre les régions (graphique 1.7, partie B) semble indiquer que l'inégalité d'accès est un facteur mineur des inégalités d'état de santé.

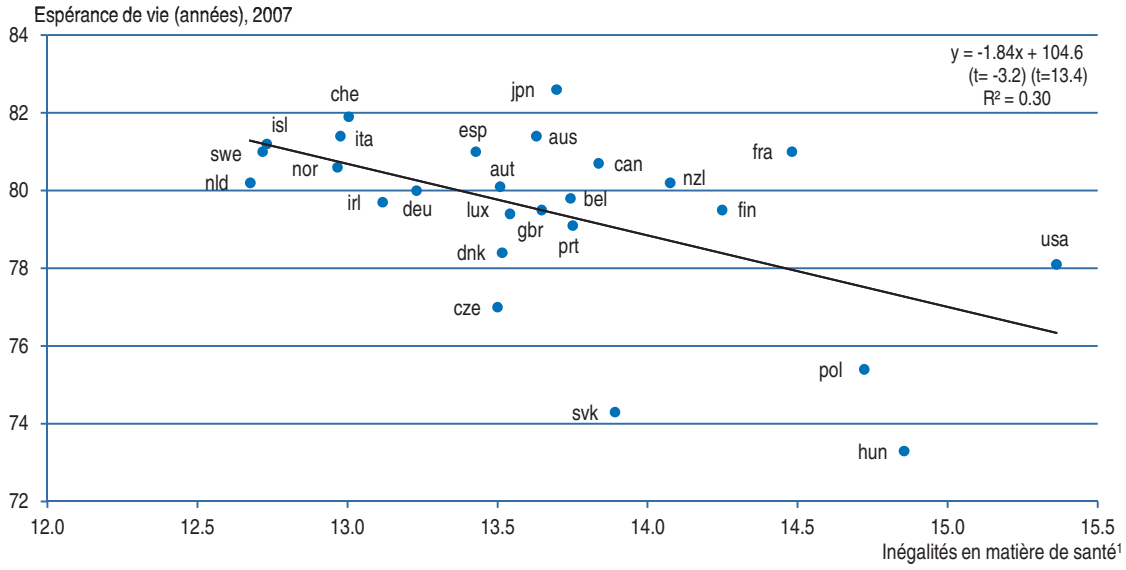
2. De Looper et Lafortune (2009) présentent un exposé instructif sur les données existantes concernant les inégalités de santé et sur les limitations de ces données.

3. On mesure la dispersion de l'âge au décès par l'écart-type de tous les décès au-dessus de l'âge de dix ans pour chaque tranche d'âge pondéré par le nombre de décès observés dans chaque tranche.

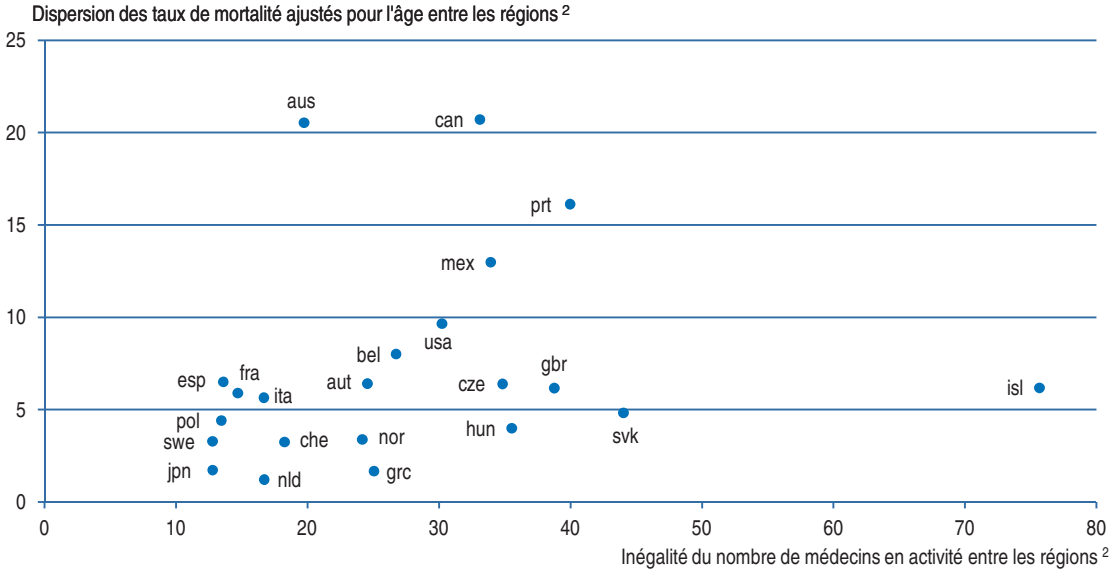
4. Dans le secteur de l'éducation également, les pays ayant les scores PISA moyens les plus élevés – qui mesurent l'aptitude des élèves âgés de 15 ans – se caractérisent généralement par de faibles disparités de ces scores entre les élèves (Sutherland *et al.*, 2007).

Graphique 1.7. **Inégalités en matière de santé**

Partie A. Pas d'arbitrage clair entre l'élévation du niveau général de l'état de santé et la réduction des inégalités



Partie B. Faible corrélation entre inégalités régionales des ressources et des résultats en matière de santé



1. Mesurée par l'écart-type des âges de décès de la population âgée de plus de 10 ans. Les calculs concernent 2007 ou la dernière année disponible.
2. L'inégalité entre les régions des résultats en matière de santé est mesurée par la dispersion des taux de mortalité régionaux exprimée en pourcentage des taux de mortalité nationaux. De la même manière, l'inégalité du nombre de médecins en activité entre les régions est dérivée de la dispersion du nombre de médecins par personne dans chaque région exprimée en pourcentage du nombre de médecins par tête au niveau national. Les données concernent l'année 2004.

Source : Human Mortality Database (HMD), Université de Californie, Berkeley ; Eco-Santé OCDE 2009 ; *Panorama des régions de l'OCDE*, 2007.

Les travaux de recherche concluent souvent que les inégalités de santé résultent en grande partie de facteurs socioéconomiques et ont donc leur origine en dehors du secteur de la santé. D'après de nombreuses études, les catégories à bas revenus, faible niveau d'études ou exerçant une profession sans grand prestige ont généralement une prévalence de morbidité plus élevée et décèdent plus jeunes[5]. Des mesures des inégalités de santé axées sur les facteurs de désavantages socioéconomiques ont été élaborées dans certains pays, mais il est difficile de rassembler des données comparables étant donné que, dans de nombreux pays, les registres de décès ne recueillent pratiquement pas d'informations pouvant servir à déterminer le niveau socioéconomique (De Looper et Lafortune, 2009). L'état de santé autoévalué, l'incapacité autoévaluée et certaines mesures des besoins de soins médicaux insatisfaits sont des indicateurs des inégalités socioéconomiques de l'état de santé et de l'accès aux soins que l'OCDE pourrait facilement recueillir à intervalles réguliers. Toutefois, l'utilisation de mesures de l'état de santé autoévalué pose de sérieuses difficultés pour les comparaisons internationales.

Les dépenses de santé : de fortes pressions qui vont encore s'accroître

Une hausse notable des dépenses de santé au cours des dernières décennies

Les dépenses de santé ont augmenté plus rapidement que le revenu total dans pratiquement tous les pays de l'OCDE depuis le début de la décennie 1970. Les dépenses totales de santé atteignaient 9.5 % du PIB en 2007, contre seulement un peu plus de 5 % en 1970 dans le groupe de 21 pays de l'OCDE pour lesquels on possède des séries historiques comparables (graphique 1.8, partie A). Les dépenses totales de santé par habitant ont augmenté de plus de 70 % en termes réels entre 1990 et 2007. En outre, trois quarts de l'augmentation du rapport dépenses/PIB ont été financés par le secteur public. Les pays qui ont enregistré la plus forte croissance des dépenses de santé par habitant sont ceux qui avaient un niveau relativement bas au début de cette période, comme la Corée, l'Irlande, le Royaume-Uni et la Turquie. Le secteur hospitalier a été le principal moteur de la croissance des dépenses dans beaucoup de pays de l'OCDE, malgré une tendance continue à favoriser les soins ambulatoires par rapport à l'hospitalisation.

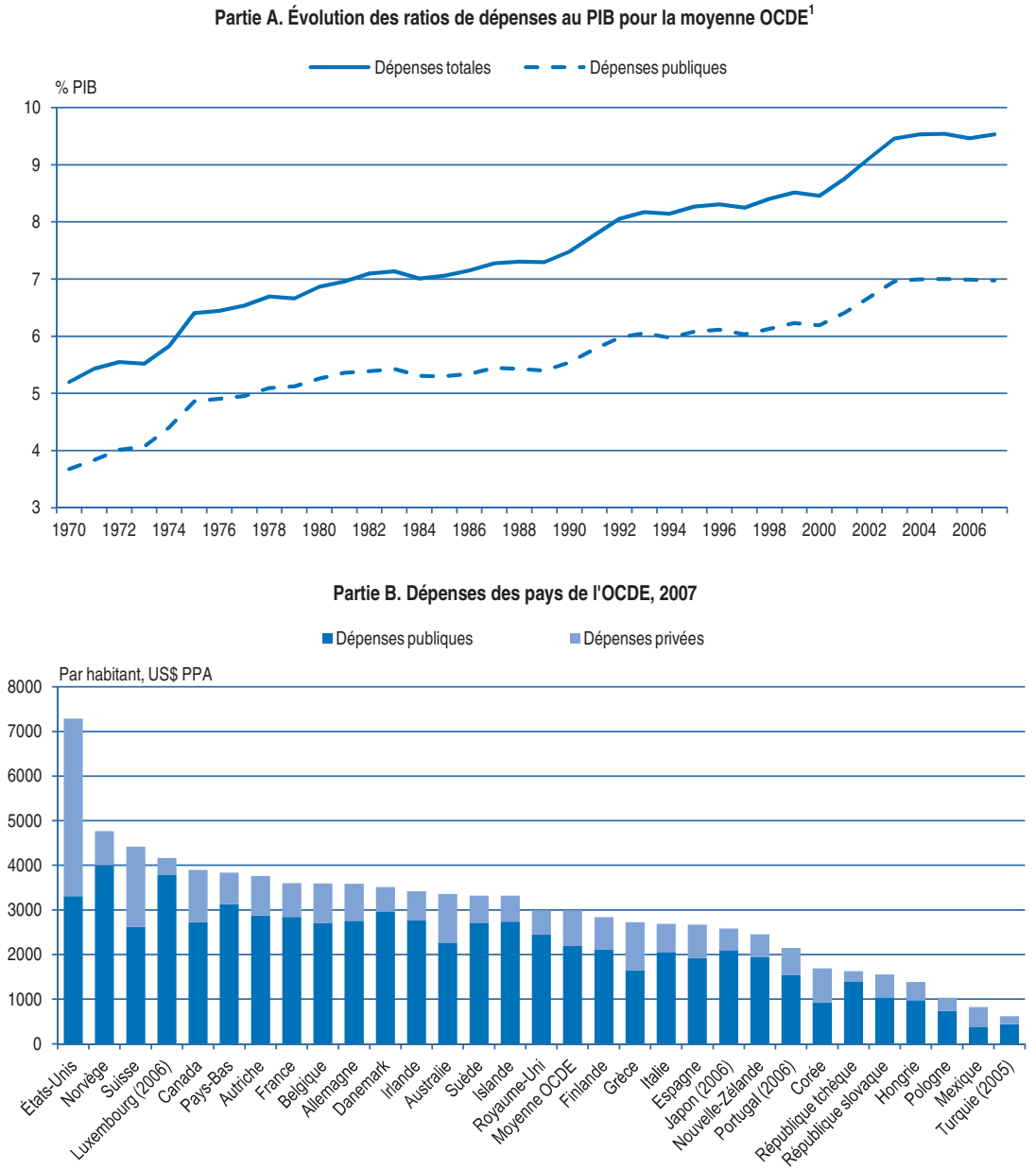
Le niveau des dépenses reste très variable d'un pays à l'autre

Tous les pays ont connu une croissance soutenue de leurs dépenses de santé, mais le niveau des dépenses par habitant reste extrêmement variable d'un pays à l'autre. En 2007, les dépenses de santé par habitant aux États-Unis s'élevaient à 7 290 USD, soit presque 2.5 fois la moyenne de l'OCDE et plus de 7 fois plus qu'en Pologne, au Mexique et en Turquie (graphique 1.8, partie B). Divers facteurs contribuent à expliquer cette grande dispersion, notamment la structure par âge de la population, le profil des maladies, le nombre de professionnels de la santé, l'utilisation de la technologie et l'efficience de l'utilisation des ressources et les coûts administratifs[6].

5. Voir par exemple Conti, Heckman et Urzua (2010).

6. Oxley et Morgan (2009) examinent en détail les facteurs contribuant aux différences du niveau de dépenses de santé par habitant entre les pays de l'OCDE.

Graphique 1.8. **Dépenses de santé : évolution et niveau**



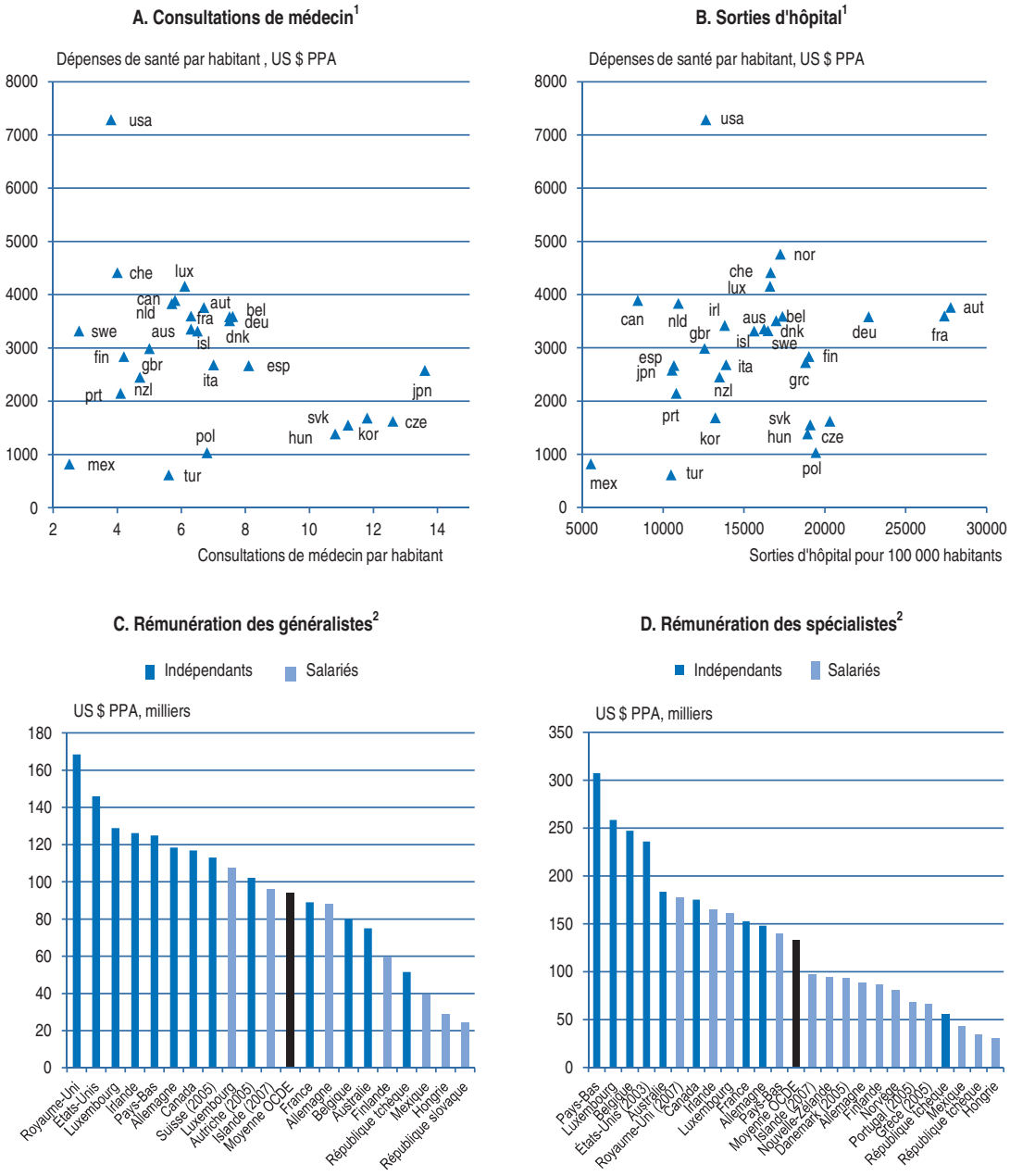
1. Pour un groupe de 21 pays de l'OCDE pour lesquels des données historiques comparables sont disponibles.

Source : Eco-Santé OCDE 2009.

Le degré d'utilisation des services de santé et le niveau de rémunération des professionnels de la santé sont très variables d'un pays à l'autre. En 2007, par exemple, le nombre de consultations de médecins par habitant était au moins trois fois plus élevé en Corée, au Japon et en République tchèque qu'aux États-Unis, au Mexique ou en Suède (graphique 1.9, partie A) et le nombre de sorties d'hôpital était plus du triple en Autriche et en France qu'au Canada (graphique 1.9, partie B). Certains pays à fortes dépenses – comme les États-Unis et les Pays-Bas – se caractérisent par des taux d'utilisation assez

bas mais un niveau de prix élevé pour les soins. Par exemple, les spécialistes libéraux gagnent respectivement 5.6 et 7.6 fois le salaire moyen aux États-Unis et aux Pays-Bas, ce qui est beaucoup plus que dans la plupart des autres pays de l'OCDE.

Graphique 1.9. **Activité médicale et niveaux de rémunération : comparaisons internationales**



1. 2007 ou dernière année disponible.
2. 2006 ou dernière année disponible.

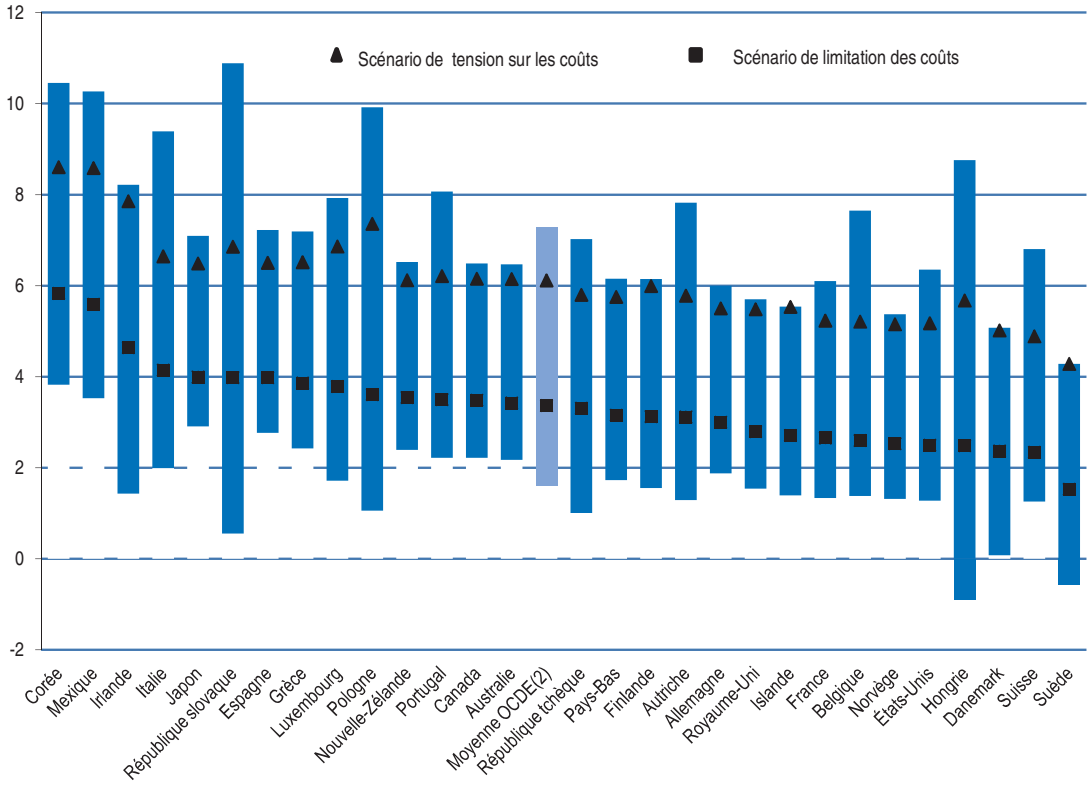
Source : Eco-Santé OCDE 2009 et, pour les États-Unis, Community Tracking Study Physician Survey, 2004-05.

Toujours plus de pression à la hausse des dépenses publiques de santé

Les dépenses de santé sont un des chapitres de dépenses publiques les plus importants – elles absorbaient 15 % du budget public en moyenne dans l'OCDE en 2007 (plus de 6 % du PIB), contre 12 % en 1995. Le vieillissement de la population, l'augmentation rapide des prix des soins et les progrès coûteux de la technologie médicale augmentent la tension des budgets de santé. D'après des projections de l'OCDE, les dépenses publiques de santé pourraient augmenter de 3.5 à 6 points de pourcentage du PIB entre 2005 et 2050, pour la moyenne de l'OCDE (graphique 1.10).

Graphique 1.10. **Dépenses publiques de santé et de soins de longue durée : projections de croissance par pays**

2005-50[1], en points de pourcentage du PIB



1. Les barres verticales correspondent à la fourchette des différents scénarios, en incluant l'analyse de sensibilité. Les pays sont classés en fonction de la hausse des dépenses de 2005 à 2050 dans le scénario de limitation des coûts. La Turquie n'est pas prise en compte, un manque de données empêchant le calcul de l'un des scénarios.
2. Moyenne de l'OCDE à l'exclusion de la Turquie.

Source : Oliveira Martins et de la Maisonneuve (2006).

Annexe 1.A1

Définitions et sources

Indicateurs de l'état de santé [1]

Mortalité prématurée, années potentielles de vie perdues (APVP) et APVP corrigées

Pour mesurer la mortalité prématurée, on considère les années de vie perdues avant l'âge de 70 ans, avec une pondération des décès en fonction de leur prématurité par rapport à 70 ans. Avec cette limite d'âge, le décès d'un nouveau-né (70 années de vie perdues) a un poids 14 fois plus grand que le décès d'une personne de 65 ans (5 années perdues). Cela diffère des taux de mortalité classiques qui attribuent implicitement le même poids à tous les décès quel que soit l'âge.

Pour permettre la comparaison entre les pays et dans le temps, on normalise les années potentielles de vie perdues (APVP, en anglais PYLL) pour chaque pays i et chaque année t comme suit :

$$PYLL_{it} = \sum_{a=0}^{l-1} (l-a)(d_{at} / p_{at})(P_a / P_n) * 100000$$

où a est l'âge, l la limite d'âge supérieure choisie pour la mesure (70 ans dans Eco-Santé OCDE), d_{at} le nombre de décès à l'âge a, p_{at} le nombre de personnes d'âge a dans le pays i l'année t, P_a le nombre de personnes d'âge a dans la population de référence et P_n le nombre total de personnes dans la population de référence. La population totale de l'OCDE en 1980 est prise comme population de référence pour la normalisation pour l'âge.

On possède des données sur la mortalité prématurée pour la plupart des pays de l'OCDE, à l'exception principalement de la Turquie, sur la période 1960-2007. Cependant, des données manquent partiellement dans cette période pour de nombreux pays, notamment la Belgique, la Corée, le Mexique, la République slovaque et la République tchèque.

Les données sur la mortalité prématurée comprennent aussi les décès dus à des facteurs externes comme les accidents de transport terrestre, les chutes accidentelles, les

1. La plupart des informations présentées dans cette Annexe proviennent d'Eco-Santé OCDE.

suicides et les agressions. Dans les travaux empiriques, on a exclu ces causes de décès pour calculer l'indicateur des « APVP corrigées ».

Mortalité infantile

La mortalité infantile reflète la capacité du système de santé d'éviter les décès au plus jeune âge. La mortalité infantile est le nombre des décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes. Des problèmes de définition peuvent compliquer les comparaisons internationales. Certaines variations du taux de mortalité infantile d'un pays à l'autre sont peut-être dues à des différences dans la définition d'une naissance vivante (suivant l'enregistrement comme naissance vivante ou dans la mortalité fœtale) – problème qui serait plus aigu pour la mortalité néonatale. Dans un certain nombre de pays comme les États-Unis, le Canada et les pays nordiques, les grands prématurés ayant des chances de survie relativement faibles sont enregistrés parmi les naissances vivantes – ce qui augmente les taux de mortalité par rapport aux pays qui ne les enregistrent pas dans cette catégorie.

Espérance de vie

On possède plusieurs indicateurs de l'espérance de vie pour tous les pays de l'OCDE sur la période 1960-2007 par sexe et à différents âges (la période couverte peut varier suivant les pays et l'âge). On considère principalement dans ce document l'espérance de vie à la naissance et à 65 ans (étant donné la concentration des dépenses de santé dans la catégorie des 65 ans et plus) pour l'ensemble de la population et par sexe.

Espérance de vie corrigée de l'état de santé

Pour calculer l'espérance de vie corrigée de l'état de santé (EVCS), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pondère les années en mauvaise santé en fonction de la sévérité de l'affection et les soustrait de l'espérance de vie globale pour obtenir des équivalents d'années de bonne santé. Ces données ont été publiées pour la première fois en 2001, puis en 2002 et en 2007. En raison d'améliorations apportées à la méthodologie des enquêtes et de l'utilisation de données épidémiologiques, il convient toutefois d'être prudent dans les comparaisons intertemporelles.

Espérance de vie corrigée de l'incapacité et espérance de vie sans incapacité (EVCI et EVSI)

L'EVCI est définie comme l'espérance de vie corrigée du temps moyen durant lequel une personne a vécu avec une certaine incapacité (pondérée par sa gravité) tandis que l'EVSI est définie par l'absence de limitations fonctionnelles ou incapacité. Du fait qu'elle traite de la même manière les incapacités graves ou non, l'EVSI est une mesure moins pertinente que l'EVCI.

Autres indicateurs des résultats de santé

Congés de maladie

On possède relativement peu de données sur les congés de maladie : 13 pays ont des données sur le nombre de journées de congés de maladie indemnisées sur la période

2000-07 et les informations sur les absences au travail pour cause de maladie autodéclarées sont encore moins complètes.

Mortalité évitable

Le concept des décès évitables – c'est-à-dire qui ne devraient pas se produire en présence de soins médicaux efficaces dispensés à temps – est une autre approche prometteuse pour déterminer le degré de contribution des soins à la santé de la population. Pour mesurer les « décès évitables », il faut établir une liste des affections considérées comme curables par les services de santé et fixer des limites d'âge pour chacune (par exemple, l'asthme au-dessous de 45 ans, le diabète sucré au-dessous de 50 ans et la tuberculose au-dessous de 75 ans). Beaucoup de listes ont été proposées depuis que le Working Group on Preventable and Manageable Diseases aux États-Unis a introduit la notion de « décès prématuré évitable » dans les années 1970. Certaines ont évolué au cours du temps, pour une part en fonction des progrès des connaissances et des technologies médicales. L'OCDE a compilé des données préliminaires pour 27 pays avec deux listes différentes (voir graphique 1.2), avec des résultats à peu près similaires (Nolte et McKee, 2008 et Tobias et Yeh, 2009).

Mesures des inputs (intrants) de la santé

Facteurs de mode de vie

Consommation de tabac

Eco-Santé OCDE contient trois variables qui pourraient servir d'indicateurs approchés pour le tabagisme :

- consommation annuelle de produits du tabac en grammes par personne de 15 ans et plus ;
- nombre moyen de cigarettes par fumeur et par jour ;
- proportion de fumeurs quotidiens dans la population de 15 ans et plus.

Cette dernière variable est la seule disponible par sexe mais elle semble aussi moins pertinente du fait qu'elle ne tient pas compte de la consommation par fumeur. Elle est en fait peu corrélée avec la consommation globale de tabac. Par exemple, la République tchèque est le deuxième pays de l'OCDE pour la consommation de tabac (mesurée en grammes par habitant) mais elle se situe seulement au quatorzième rang pour le pourcentage de fumeurs quotidiens dans la population adulte.

Dans la plupart des régressions de panel, la consommation de tabac est mesurée par la consommation annuelle de tabac en grammes par personne de 15 ans et plus. Toutefois, si l'on remplace la consommation annuelle de tabac par la proportion de fumeurs quotidiens, par sexe, cela ne change pas nos résultats. L'analyse d'enveloppement des données (AED) utilise la proportion des fumeurs occasionnels étant donné que ces données sont disponibles pour tous les pays de l'OCDE – on ne possède des données sur la consommation annuelle de tabac en grammes que pour 23 pays.

Consommation d'alcool

Eco-Santé OCDE contient des données sur la consommation annuelle d'alcool pur en litres par personne âgée de 15 ans et plus. On possède des données pour tous les pays de l'OCDE mais sur des périodes différentes. Toutefois, la consommation moyenne par personne peut ne pas rendre compte d'un mode de consommation particulièrement dangereux – la consommation de grandes quantités d'alcool en une seule fois (« alcool défonce ») – qui est en augmentation dans certains pays et certains groupes sociaux.

Régime alimentaire

Seule une minorité d'études empiriques ont inclus le régime alimentaire dans la fonction de production de la santé et il n'y a pas de consensus dans ces études sur ce qui serait le meilleur indicateur approché du régime alimentaire. Eco-Santé OCDE contient cinq indicateurs pour représenter le régime alimentaire : l'apport calorique, l'apport protéique, l'apport lipidique, la consommation de sucre et la consommation de fruits et légumes frais. L'introduction des quatre premiers indicateurs pose au moins deux problèmes : *i)* l'apport calorique, protéique, lipidique et la consommation de sucre ont probablement un effet non linéaire sur la santé – l'apport est bénéfique jusqu'à un certain niveau mais devient ensuite nuisible ; *ii)* ces variables sont fortement corrélées avec le PIB par habitant, ce qui est susceptible de biaiser les coefficients estimés. La consommation de fruits et légumes frais semble dans une grande mesure échapper à ces problèmes et a été choisie comme indicateur approché pour les travaux empiriques. On a testé d'autres spécifications en remplaçant la consommation de fruits et légumes par l'apport calorique ou l'apport lipidique mais elles ont conduit à des coefficients instables ou incohérents.

Obésité

L'obésité est quelquefois considérée comme un déterminant de l'état de santé de la population parce qu'elle peut apparaître comme indicatrice d'un large éventail d'habitudes nutritionnelles ou d'activité physique. Concrètement, les personnes obèses décèdent généralement à un âge relativement jeune. Toutefois, les données sur l'obésité ne sont pas facilement comparables : 28 pays collectent des données sur l'obésité mais de manière très irrégulière. En outre, dans certains pays, les données correspondent à un état autodéclaré alors que dans d'autres elles sont tirées des tailles et des poids réels. Plus fondamentalement, on peut se demander s'il faut considérer l'obésité comme un déterminant de l'état de santé de la population (c'est-à-dire un terme de droite de l'équation de production de l'état de santé) ou comme une mesure de l'état de santé lui-même (terme de gauche). Il est clair, dans la pratique, que l'obésité est soumise à l'influence de facteurs comme l'éducation, le revenu, le mode de vie et, peut-être dans une moindre mesure, des ressources en soins.

Facteurs socioéconomiques

Pollution

Eco-Santé OCDE contient trois indicateurs relatifs à la pollution atmosphérique : les émissions d'oxydes de soufre, les émissions d'oxydes d'azote (NOx) et les émissions de monoxyde de carbone. Le choix des NOx comme indicateur approché de la pollution dans nos travaux empiriques a été principalement dicté par la difficulté de constituer des séries chronologiques assez longues pour les deux autres mesures. Pour construire des

séries chronologiques pour les NOx, on a combiné des informations contenues dans Eco-Santé OCDE (disponibles pour la plupart des pays de l'OCDE sur la période 1990-2005) avec des données publiées par l'EMEP (Co-operative Programme for Monitoring and Evaluation of the Long-range Transmission of Air Pollutants in Europe). Sur la base des NOx par habitant, l'Australie, le Canada, l'Islande et les États-Unis enregistrent la qualité de l'air la plus basse. Si l'on avait choisi les émissions d'oxydes de soufre pour représenter la pollution, le classement relatif des pays aurait été quelque peu différent. On notera toutefois que l'Australie, le Canada et les États-Unis sont aussi les pays qui ont les plus fortes émissions d'oxydes de soufre par habitant.

Éducation

Eco-Santé OCDE contient deux principaux indicateurs pour l'éducation : le niveau d'études (pourcentage de la population adulte, de 25 à 64 ans, qui a achevé des études d'un certain niveau défini suivant le système de la CITE) et l'espérance de scolarisation (défini comme le nombre d'années de scolarité qu'un enfant peut espérer dans les conditions du moment, calculé au moyen des taux de scolarisation). On peut aussi trouver des données sur la durée effective moyenne de la scolarité dans Bassanini et Scarpetta (2001) et les *Regards sur l'éducation* de l'OCDE. Diverses options ont été choisies dans des études empiriques précédentes. Thornton (2002) et Self et Grabowski (2003) ont utilisé le niveau d'études. Or *et al*. (2005) ainsi que Puig-Junoy (1998) ont utilisé la durée moyenne de la scolarité.

Le choix d'une mesure particulière peut influer notablement sur le classement des pays. Par exemple, en Australie moins de 63 % de la population de 25 à 64 ans a un niveau d'études supérieur ou égal au deuxième cycle du secondaire mais un élève reste en moyenne plus de 12 ans dans le système éducatif, ce qui est un chiffre relativement élevé par rapport aux autres pays. Aussi bien pour le niveau d'études que pour la durée de la scolarité, il existe d'importantes lacunes dans les données. Pour les travaux empiriques, on a considéré le niveau d'études (proportion de la population de niveau supérieur ou égal au deuxième cycle du secondaire) comme le meilleur indicateur pour représenter la contribution du capital humain à la santé. Eco-Santé OCDE fournit des données pour tous les pays mais seulement à partir de la fin de la décennie 1990. Pour obtenir des séries chronologiques plus longues, on a utilisé une base de données historique de l'OCDE antérieure.

Statut économique, social et culturel (SESC)

Afin de limiter le nombre d'inputs, on a donné pour l'AED la préférence à l'indice PISA de statut économique, social et culturel (SESC), au lieu des niveaux d'études et de revenu. Cet indice est conçu pour rendre compte des aspects liés au foyer et à la famille de l'élève. Il est calculé à partir de sous-indices reposant sur : *i)* le statut professionnel le plus élevé entre les deux parents ; *ii)* le niveau d'études le plus élevé entre les deux parents ; et *iii)* le nombre de livres à la maison et l'accès à différentes ressources éducatives à la maison.

Ressources en soins

Dépenses de santé

On a utilisé les séries d'Eco-Santé OCDE sur les dépenses totales de santé par habitant. Pour plusieurs pays (notamment l'Autriche, le Belgique, la Finlande, la France

et la Turquie), il existe des ruptures de série. Pour y remédier, on a remplacé le taux de croissance de l'année de rupture par le taux de croissance moyen des cinq années précédentes (représentant la tendance de croissance). On a révisé les valeurs précédant l'année de rupture par rétropolation au moyen des taux de croissance effectifs (ceux de la série non corrigée).

Les données sur les dépenses de santé incluent les soins de longue durée. Il aurait été souhaitable d'exclure cette composante pour l'estimation de l'impact des soins médicaux sur l'état de santé, mais c'est très difficile dans la pratique. On possède des données sur le total des dépenses afférentes aux soins de longue durée pour dix pays à partir de 2003.

Pour convertir les dépenses de santé en mesures de volume comparables entre les pays, les études précédentes ont recouru à différentes approches. La plupart des études ont utilisé les PPA du PIB mais certaines ont recouru aux PPA des soins médicaux existantes (par exemple, Or, 2000*a* ; Miller et Frech, 2002). Les PPA spécifiques de la santé existantes souffrent toutefois de plusieurs défauts. Pour les services de santé, seuls les services ambulatoires « marchands » sont couverts par les enquêtes de prix mais la comparabilité internationale de ces données est imparfaite, en particulier pour les pays où la part du secteur privé est faible. Eu égard aux défauts des données existantes, l'OCDE a lancé un programme de travail pour élaborer des PPA spécifiques de la santé. En attendant, les déflateurs des prix du PIB et les taux de change en PPA pour l'année de base (2000) ont été utilisés ici pour convertir les dépenses de santé dans les travaux empiriques.

On a ventilé les dépenses de santé par catégorie : produits pharmaceutiques, soins ambulatoires, soins en hospitalisation, etc. au moyen des données disponibles dans Eco-Santé OCDE. Toutefois, les différences des dispositifs institutionnels et de catégorisation des dépenses peuvent brouiller le tableau. Peterson et Burton (2007) notent qu'aux États-Unis il est courant que des médecins fournissent des soins à des malades hospitalisés sans être salariés de l'hôpital. Dans la répartition des dépenses aux États-Unis, ces services de médecins sont considérés comme des services ambulatoires bien qu'ils soient fournis dans le cadre de l'hospitalisation. Il en résulte que les États-Unis paraissent avoir une plus forte proportion de dépenses en soins ambulatoires que ce ne serait le cas autrement. Dans d'autres pays de l'OCDE (comme l'Australie, le Japon, le Mexique et les Pays-Bas), certains chapitres de dépenses ont été reclassés au cours du temps entre les soins ambulatoires et les soins en hospitalisation, créant des ruptures de série.

On peut répartir les dépenses de santé entre une composante publique et une composante privée. Toutefois, les différences de traitement des dépenses fiscales entre les pays, qui représentent dans certains d'entre eux un montant assez important, peuvent introduire un sérieux biais. En principe, les dépenses fiscales sont incluses dans les données des dépenses totales de santé. Toutefois, les pays interprètent différemment le manuel de l'OCDE sur le système de comptes de la santé quant à la façon de traiter les dépenses fiscales. L'Allemagne et l'Australie, par exemple, déduisent les dépenses fiscales des dépenses d'assurance privées et les comptabilisent dans les dépenses publiques. Aux États-Unis, au contraire, les dépenses fiscales ne sont pas considérées comme des dépenses publiques. D'après Peterson et Burton (2007), elles s'élevaient à 141.5 milliards USD en 2006 (soit plus de 1 % du PIB) et comprenaient l'exonération fiscale des contributions des employeurs à l'assurance maladie des salariés (90.6 milliards USD) et les déductions fiscales afférentes aux dépenses médicales à la charge des patients (7.3 milliards USD).

Ressources humaines

Eco-Santé OCDE contient des données sur l'emploi dans le secteur de la santé tout en soulignant qu'il convient d'être prudent dans les comparaisons entre pays. Les données peuvent reposer dans certains pays sur le simple dénombrement des personnes ou, dans d'autres pays, sur des équivalents temps plein ; elles peuvent inclure ou non les professionnels étrangers, les non praticiens et les professionnels à la retraite. De même, les données sur le personnel infirmier peuvent ou non inclure les infirmiers non praticiens, les sages-femmes ou les infirmiers libéraux.

Les médecins et le personnel infirmier représentent la plus grande partie des praticiens de santé dans de nombreux pays. Toutefois leur nombre par habitant est très variable *d'un pays à l'autre*, de même que le ratio personnel infirmier/médecins. Au contraire, le ratio personnel infirmier/médecins est assez stable *dans le temps* à l'intérieur d'un pays donné. Ainsi, afin d'avoir une mesure des ressources en personnel de santé moins restrictive que les médecins praticiens, on a construit et utilisé aussi bien pour les régressions de panel que pour l'AED un indicateur des ressources humaines obtenu en additionnant le nombre des médecins et la moitié des effectifs infirmiers (ce qui correspond au fait que beaucoup d'infirmiers travaillent à temps partiel et que leur productivité est peut-être moindre que celle des médecins praticiens, comme des éléments d'information partiels sur les niveaux de salaire sembleraient l'indiquer).

Chapitre 2

Mesures de l'efficacité des systèmes de santé

Ce chapitre examine comment mesurer l'efficacité des systèmes de santé. Il passe en revue les définitions de l'efficacité et évalue les avantages et les inconvénients des différentes approches adoptées pour la mesurer. Il présente ensuite des estimations de l'efficacité, en tenant dûment compte de l'impact des facteurs socioéconomiques et du mode de vie sur l'état de santé. Il compare enfin les résultats obtenus pour les pays de l'OCDE à d'autres indicateurs de performance.

Introduction

Pour atténuer la pression sur les finances publiques due à la demande de soins médicaux et au vieillissement de la population, les dépenses de santé doivent devenir plus efficaces[1]. La crise récente et son impact sur les budgets publics ont intensifié les pressions en faveur de réformes. Dans la pratique, beaucoup de pays de l'OCDE ont lancé des réformes pour mieux maîtriser les dépenses publiques de santé et certains ont l'intention de les réduire[2].

Définir l'efficacité : le concept et trois approches

Mesurer l'efficacité des dépenses de santé consiste à comparer les inputs du système de santé à des indicateurs de volume d'activité ou à ses résultats afin d'évaluer dans quelle mesure les objectifs sont atteints en utilisant au mieux les ressources disponibles (graphique 2.1). Dans cet ouvrage, comme cela a déjà été mentionné, la préférence est donnée aux résultats pour mesurer l'efficacité, les volumes d'activité étant souvent de mauvais indicateurs de l'impact des traitements médicaux sur la santé.

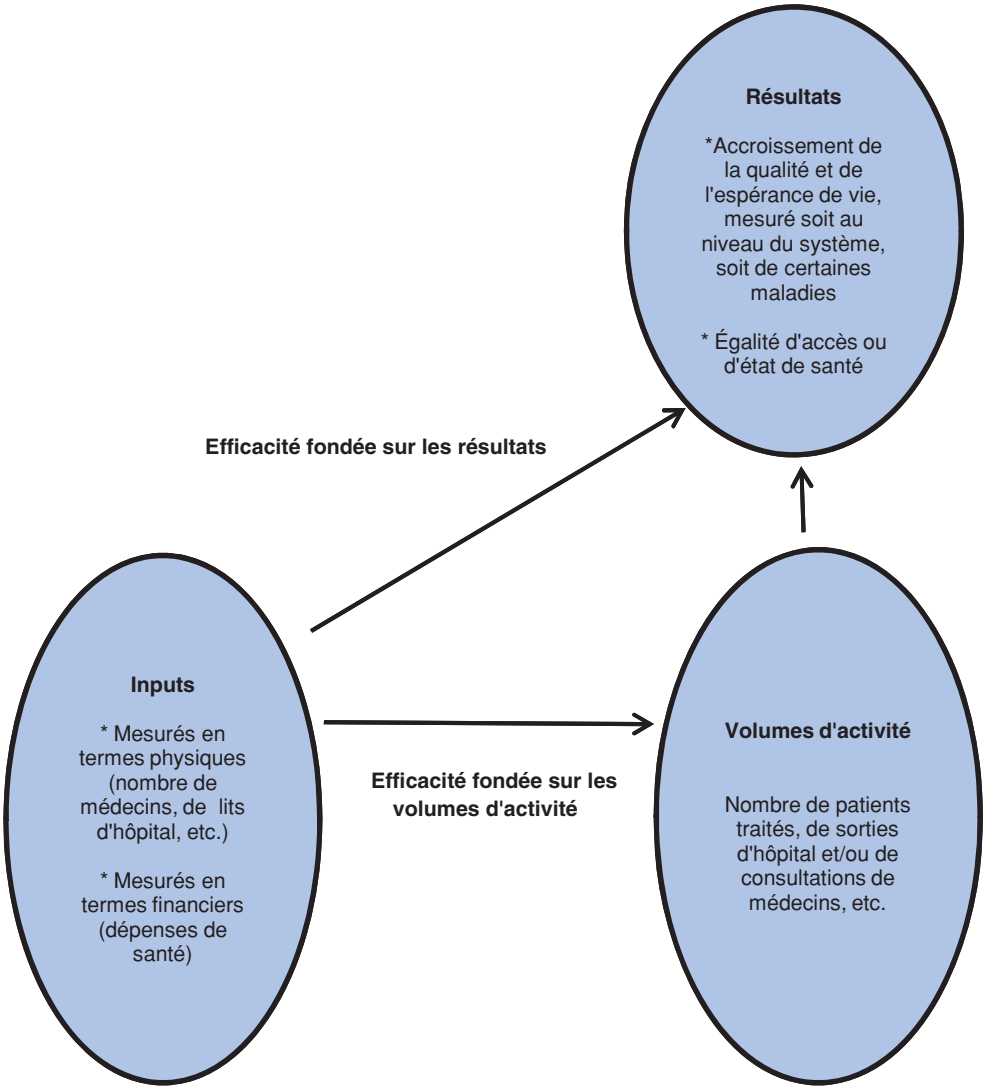
On pourrait, en principe, évaluer l'efficacité à trois niveaux : par maladie, sous-secteur et pour le système dans son ensemble. Au niveau de la maladie, l'approche consiste à considérer pour chaque maladie les progrès de l'état de santé générés par le système de santé. L'approche au niveau des sous-secteurs considère les gains de santé générés spécifiquement par les hôpitaux, les soins ambulatoires ou les produits pharmaceutiques tandis que l'approche au niveau du système adopte une vue globale. Les avantages et les inconvénients de chaque approche sont examinés brièvement ci-après, en considérant particulièrement la disponibilité et la qualité des données en vue de comparaisons internationales[3].

1. Les dépenses de santé reflètent pour une part la structure démographique de la population (voir l'Annexe 2.A1, graphique 2.A1.1).

2. En Grèce, par exemple, les prix des produits pharmaceutiques ont été réduits en mars 2010 de 3 à 27 %, suivant leur prix initial, tandis qu'en Irlande le gouvernement a négocié une baisse de 40 % du prix de près de 300 médicaments fréquemment prescrits. Les Pays-Bas envisagent d'élever le montant maximum des paiements à la charge des patients et, en Espagne, les salaires des praticiens de santé dans le secteur public ont été réduits de 5 % en 2010 et seront gelés en 2011.

3. Häkkinen et Joumard (2007) examinent en détail les avantages et les inconvénients respectifs de ces trois niveaux d'analyse (système, sous-secteur, maladie) pour comparer l'efficience des soins médicaux entre les pays.

Graphique 2.1. **Des inputs aux résultats, en passant par l'activité des services de santé**



Source : OCDE.

L'approche au niveau de la maladie est conceptuellement attractive mais les données fiables sont peu nombreuses

L'approche au niveau de la maladie considère le rapport efficacité-coût du traitement médical pour des maladies données. Elle est intéressante parce qu'elle met l'accent sur les gains de santé dus à des traitements particuliers (c'est-à-dire sur des résultats, mesurés le plus souvent en taux de survie ou en gains d'années de vie corrigées de la qualité [AVCQ], voir encadré 2.1). Des travaux ont été réalisés pour estimer le nombre d'AVCQ que produisent les soins médicaux pour traiter, par exemple, les accidents vasculaires cérébraux ou les infarctus aigus du myocarde (IAM). L'approche au niveau de la maladie peut aussi servir à répartir de l'argent entre les programmes de santé en fonction de leur impact sur l'état de santé mesuré avec une métrique commune. Le coût par AVCQ, par exemple, est utilisé comme indicateur du rapport efficacité-coût par le National Institute

for Health and Clinical Excellence (NICE) britannique pour évaluer de nouvelles technologies. Les comparaisons internationales peuvent aider à discerner les points faibles propres à chaque pays et ainsi les éléments pour lesquels les réformes semblent les plus prometteuses. Par exemple, une ventilation des données sur la mortalité évitable par groupe de maladies montre que le Japon se place à un très bon rang dans les comparaisons internationales dans la plupart des domaines à l'exception principalement des maladies respiratoires. De même, la Corée, les États-Unis, le Mexique et le Portugal ont de moindres performances dans le traitement des maladies infectieuses.

Encadré 2.1. **Mesurer la qualité de vie liée à la santé (AVCQ et AVCI)**

Les AVCQ (Années de vie corrigées par la qualité de vie) et la notion connexe des AVCI (Années de vie corrigées de l'incapacité) sont souvent utilisées pour évaluer le bénéfice d'une intervention médicale, et ainsi son rapport efficacité-coût (Sassi, 2006 ; Robberstad, 2005). En général, on mesure ce bénéfice par le nombre d'années de vie supplémentaires résultant de l'intervention. On combine la durée de vie avec la Qualité de vie liée à la santé (QVLS) en un indicateur unique – les AVCQ, ou bien les AVCI. A chaque année en parfaite santé on attribue une valeur de 1, la valeur de 0 correspondant au décès. Si les années supplémentaires ne sont pas vécues en pleine santé, par exemple si le patient est aveugle, on leur attribue alors une valeur comprise entre 0 et 1. On détermine habituellement cette pondération entre 0 et 1 au moyen d'enquêtes de population par des méthodes telles que :

- L'arbitrage temporel. Il est demandé aux personnes interrogées de choisir entre un certain temps de survie en mauvaise santé ou être en parfaite santé mais avec une espérance de vie plus courte.
- Le pari standard. Il est demandé aux personnes interrogées de choisir entre un certain temps de survie en mauvaise santé ou une intervention médicale qui a une certaine probabilité de les rétablir en parfaite santé ou bien de les tuer.

La pondération attribuée à une situation de santé particulière peut ainsi fortement varier suivant la méthode employée et la population soumise à l'enquête. Les personnes qui ne sont pas atteintes par l'affection considérée surestiment généralement l'effet dommageable sur la qualité de vie, tandis que les personnes atteintes ont appris à vivre avec. En outre, il existe de nombreux instruments pour mesurer la QVLS (EuroQuol, 15d, Health Utility Index, SF-6d) et leur emploi varie d'un pays à l'autre.

On peut évaluer le rapport efficacité-coût d'un traitement en considérant le coût par AVCQ ou par AVCI. Par exemple, un traitement du cancer qui coûte 10 000 USD et qui donne en moyenne au patient l'équivalent de deux années de vie de pleine santé supplémentaires coûte 5 000 USD par AVCQ. Ce mode d'évaluation des traitements évite les difficultés que soulève l'attribution d'une valeur monétaire à la vie. Cette approche a toutefois été critiquée (Prieto et Sacristán, 2003). Par exemple, on a fréquemment avancé que la valeur sociale de l'état de santé n'est peut-être pas simplement la somme ou la moyenne arithmétique de préférences individuelles obtenues au moyen de techniques comme le pari standard ou l'arbitrage temporel. En outre, les AVCQ et les AVCI reposent sur l'hypothèse que plus la personne traitée est jeune, plus grande est la valeur du traitement. Cela peut constituer une règle éthique raisonnable et le retour sur investissement associé au traitement est vraisemblablement plus élevé pour une personne dont l'espérance de vie est plus grande mais ce n'est peut-être pas une raison pour attribuer une plus grande valeur au traitement lui-même, en particulier dans les comparaisons internationales de l'efficacité.

La mise en œuvre d'une approche au niveau de la maladie pour comparer l'efficience d'un pays à l'autre se heurte, néanmoins, à de graves limitations des données. Du côté des ressources mobilisées (*inputs*), on ne possède pas à l'heure actuelle de données internationalement comparables par maladie. Même quand il existe des données de registre pour les soins hospitaliers, il est difficile de documenter complètement un épisode de soins en raison du manque d'informations sur les pratiques dans le secteur ambulatoire et sur la consommation pharmaceutique (Heijink et Renaud, 2009). Du côté des *résultats*, à l'exception des données préliminaires sur la mortalité évitable récemment élaborées à l'OCDE, on possède rarement des données plurinationales comparables par maladie. Pour les AVCQ, il n'existe des données que pour quelques pays et quelques maladies. En outre, les comparaisons entre pays sont difficiles du fait de l'absence d'un cadre commun qui s'appliquerait systématiquement à l'échelle internationale pour mesurer les AVCQ. Par ailleurs, les AVCQ ne rendent peut-être pas compte de manière adéquate de l'impact des soins préventifs, ne serait-ce qu'à cause du temps nécessaire à la manifestation de tous leurs effets bénéfiques. Ainsi, les AVCQ peuvent donner des renseignements sur les gains de santé découlant des interventions une fois que le patient est malade mais moins en ce qui concerne les gains résultant du fait qu'on a évité à des personnes de tomber malades. Globalement, il est actuellement impossible de produire des estimations plurinationales d'efficacité par maladie, à l'exception de quelques maladies particulières et d'un nombre très limité de pays.

L'approche par sous-secteur se concentre essentiellement sur les hôpitaux et des volumes d'activité

Un certain nombre d'études empiriques sur l'efficacité ont été réalisées au niveau du sous-secteur et en particulier pour le secteur hospitalier[4]. Cette approche a l'avantage de porter sur des activités plus homogènes et de se prêter à la formulation de recommandations sectorielles. La mobilité des patients et l'utilisation croissante de systèmes de paiement à l'activité pour les hôpitaux ont apporté un nouvel élan à la comparaison au niveau national (voir par exemple Berta *et al*., 2010 ; Or *et al*., 2009) et au niveau international (par exemple, Busse *et al*., 2008 ; Erlandsen, 2007). Toutefois, dans la plupart des cas, ces études reposent sur des mesures d'efficacité afférentes aux volumes d'activité, comme le nombre de traitements hospitaliers en relation avec leurs coûts et/ou le nombre de consultations par médecin. Cela reflète la difficulté de définir et de mesurer des résultats au niveau du sous-secteur, notamment parce qu'il est extrêmement malaisé de démêler l'impact des médicaments, des soins hospitaliers et des soins ambulatoires sur la santé. La coordination entre les sous-secteurs est pourtant souvent la clé du succès et de l'efficacité du traitement médical.

Pour les études qui considèrent l'efficacité sur la base des volumes d'activité au niveau du sous-secteur pour effectuer des comparaisons internationales, un problème clé est la prise en compte du profil des pathologies des patients. Les progrès dans ce domaine ont été plus rapides à l'hôpital que dans les autres sous-secteurs du système de santé (les soins ambulatoires et les produits pharmaceutiques). Par exemple, la production hospitalière dans les premières études était généralement mesurée par le nombre de journées d'hospitalisation, d'admissions ou de sorties, alors que le profil des pathologies n'était que grossièrement pris en compte (en distinguant, par exemple, le nombre de patients subissant des actes chirurgicaux et non chirurgicaux). La création de systèmes de

4. Voir Hollingsworth (2007) et Hussey *et al.* (2009) pour un exposé général.

classification des patients a notablement amélioré les possibilités de corriger en fonction de la gravité des cas les mesures agrégées de volumes d'activité. En effet, un nombre croissant de pays utilisent des Groupes homogènes de malades (GHM) qui classent les patients dans des catégories cliniquement et économiquement homogènes suivant leurs maladies, leurs traitements cliniques et leurs caractéristiques démographiques.

Les études existantes sur les coûts des traitements hospitaliers standards montrent de fortes variations d'un pays à l'autre[5]. Par exemple, d'après l'étude d'Erlandsen (2007) sur 10 pays de l'OCDE, les économies potentielles dans le cas de la cholécystectomie laparoscopique (méthode non invasive d'ablation de la vésicule biliaire) se situeraient, par comparaison avec le pays de référence, entre environ deux tiers pour le pays ayant les coûts unitaires les plus élevés et moins de 5 % pour le pays deuxième par ordre d'efficience. Sur la base d'une enquête dans neuf pays de l'Union européenne, Stargardt (2008) constate que le coût de l'arthroplastie primaire de la hanche est plus de six fois plus élevé aux Pays-Bas qu'en Hongrie. Comparant les mêmes pays, Bellanger et Or (2008) indiquent des différences de coût similaires entre l'Allemagne et la Hongrie pour les accouchements.

Les comparaisons internationales d'efficacité fondées sur les volumes d'activité souffrent d'importantes limitations. En particulier, du côté des inputs, les pays n'utilisent pas toujours des méthodes comparables pour imputer les frais généraux et le coût du capital. En outre, les épisodes de soins choisis ne rendent compte souvent que d'une partie du parcours de soins. Du côté des volumes d'activité, la comparabilité internationale des mesures reposant sur les GHM est loin d'être parfaite, d'où le risque d'un biais important. En outre, le manque d'informations concernant la qualité des soins et plus généralement l'impact du traitement médical sur l'état de santé de la population réduit notablement la comparabilité internationale. Il se peut aussi que certains actes médicaux soient produits de manière efficiente mais qu'ils n'aient qu'un impact très limité sur l'état de santé de la population s'ils ne sont pas alloués de manière adéquate. De plus, ces approches considèrent principalement les coûts des traitements curatifs, en omettant les politiques de prévention qui peuvent être plus efficaces pour améliorer l'état de santé de la population.

L'approche au niveau du système est utilisée en l'absence d'alternative solide

Les limitations des données au niveau de la maladie ou du sous-secteur ainsi que les problèmes conceptuels militent en faveur d'une approche au niveau du système dans son ensemble, mettant l'accent sur l'état de santé de la population en tant que résultat et sur les dépenses totales parmi les inputs clés. Eco-Santé OCDE contient de nombreuses données pour les ressources mobilisées à considérer dans l'approche au niveau du système. Les données de mortalité et de longévité sont des indicateurs imparfaits pour représenter l'état de santé de la population mais elles s'avèrent raisonnablement bien corrélées avec celles corrigées en fonction de la prévalence de la morbidité et de la qualité de vie. En outre, l'approche au niveau du système est la seule qui rende compte naturellement des interactions et de la coordination entre les sous-secteurs et de l'allocation des ressources entre ces derniers. Ce sera donc la principale approche suivie

5. Erlandsen (2007) calcule les coûts unitaires de sept traitements hospitaliers standard, parmi lesquels le pontage coronarien et l'accouchement par voie basse. Bellanger et Or (2008) effectuent des comparaisons entre les pays pour les accouchements, en notant que les coûts hospitaliers ne sont pas indépendants des soins supplémentaires à domicile. Busse *et al*. (2008) résument les résultats pour dix cas types (« vignettes ») en hospitalisation ou ambulatoires.

dans cet ouvrage, comme dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000* publié par l'OMS (encadré 2.2). On utilisera toutefois des informations concernant les performances au niveau du sous-secteur ou au niveau de la maladie pour compléter, le cas échéant, l'approche au niveau du système.

Déterminants de l'état de santé : prendre en compte le mode de vie et les facteurs socioéconomiques

Il est nécessaire de prendre en compte l'impact du mode de vie et des facteurs socioéconomiques qui influent sur l'état de santé de la population quand on met en œuvre l'approche au niveau du système reposant sur les indicateurs de mortalité et de longévité. Comme on l'a noté précédemment, ces indicateurs sont nombreux et brossent un tableau assez cohérent, et la prise en compte de la prévalence et de la gravité des maladies ne change pas spectaculairement la position relative des pays. Toutefois, les indicateurs de mortalité et de longévité ont pour principal défaut de ne pas refléter seulement les soins médicaux : le mode de vie et les facteurs socioéconomiques jouent vraisemblablement un rôle clé. La section suivante propose une approche pour tenir dûment compte de ces facteurs.

La plupart des analyses précédentes ont adopté une approche par fonction de production

On peut considérer l'état de santé d'une population comme étant déterminé par une combinaison des ressources médicales, du mode de vie et des facteurs socioéconomiques. Cette « approche par fonction de production » a été souvent adoptée dans les travaux de recherche pour évaluer l'influence de divers facteurs sur l'espérance de vie ou sur d'autres variables de l'état de santé, au cours du temps pour des pays donnés et/ou entre différents pays ou régions d'un même pays – comme les États des États-Unis, les provinces canadiennes ou les municipalités brésiliennes (l'Annexe 2.A2 donne un aperçu sur les travaux empiriques existants).

Un assez large consensus sur les principaux facteurs (inputs) qui influencent l'état de santé de la population se dégage des analyses précédentes. Ce sont :

- *Les ressources médicales par habitant*. La plupart des travaux empiriques prennent en compte une variable ou une autre représentant les ressources médicales, bien que les spécifications soient très diverses. On peut mesurer les ressources médicales en termes monétaires (dépenses de santé) ou en termes physiques (nombre de médecins dans la plupart des cas, avec la prise en compte de biens d'équipement comme le nombre de lits d'hôpital ou de scanners dans quelques études). Certaines études restreignent l'analyse à la part des dépenses de santé financée par le secteur public (par opposition aux dépenses totales). Quelques autres considèrent des composantes particulières des dépenses de santé, notamment les produits pharmaceutiques (par exemple, Miller et Frech, 2002 ; Shaw *et al.,* 2002).
- *Un vecteur de mode de vie*. Les analyses empiriques incluent habituellement la consommation de tabac et d'alcool, ainsi qu'un indicateur ou un autre du régime alimentaire (apport calorique, apport lipidique, consommation de sucre ou de fruits et légumes ou plusieurs de ces variables).

- *Un vecteur de facteurs socioéconomiques*. Le revenu par habitant, l'éducation et la pollution sont les facteurs socioéconomiques les plus fréquemment inclus dans les travaux empiriques. D'autres facteurs comme la pauvreté, l'urbanisation, la répartition du revenu, le chômage, l'origine ethnique et/ou la religion, et le statut professionnel sont aussi inclus dans quelques études.

Encadré 2.2. **L'étude de l'OMS de 2000 sur l'efficacité des systèmes de santé**

En 2000, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a entrepris un effort majeur pour déterminer dans quelle mesure les systèmes de santé de ses États membres atteignent différents objectifs et avec quelle efficience ils emploient leurs ressources (Murray et Evans, 2003 ; OMS, 2000). Les grandes lignes de ces travaux sont les suivantes :

Deux mesures de résultats pour le système de santé ont été construites pour 191 pays :

- L'état de santé moyen de la population est mesuré par un indicateur simple, l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI). L'EVCI vise à mesurer l'espérance de vie de la population en prenant en compte une détérioration « qualitative » de la vie due à des incapacités résultant d'une maladie, de blessures ou d'accidents.

- Un indice composite constitué de cinq éléments : le niveau moyen de l'état de santé (mesuré par l'EVCI globale du pays) ; les inégalités d'état de santé (mesurées par la dispersion du taux de survie des enfants) ; le degré moyen de réponse du système de santé aux attentes (mesuré par un indice composite constitué de divers sous-indicateurs relatifs au respect de la dignité, à la confidentialité, au choix du fournisseur de soins, etc.) ; les inégalités de la réponse aux attentes ; et l'équité de la contribution financière. Ces cinq objectifs sont agrégés par une pondération tirée d'une enquête auprès de 1 006 personnes. Environ la moitié des personnes interrogées étaient des membres du personnel de l'OMS et l'autre moitié étaient des visiteurs du site Web de cette organisation.

La méthode de la « frontière d'efficience » a été utilisée pour mesurer l'efficacité des pays

Les scores d'efficacité des pays ont été calculés avec des ressources médicales mesurées en termes financiers (dépenses de santé par habitant converties au moyen des taux de change en PPA pour l'ensemble de l'économie). La durée moyenne de la scolarité pour la population de plus de 25 ans a été considérée comme un autre input important à prendre en compte pour l'estimation de la fonction de production. Des méthodes de frontière stochastique (par opposition aux méthodes de frontière déterministe comme dans l'analyse d'enveloppement des données) ont été utilisées étant donné que les facteurs aléatoires non observés et les problèmes de mesure apparaissaient comme importants. Les pays ont été ensuite classés par ordre d'efficacité.

Les principes et la méthodologie des travaux de l'OMS ont été très discutés

La méthodologie de l'OMS a soulevé diverses préoccupations. L'utilisation d'indicateurs composites pour évaluer les performances du système de santé a été critiquée à plusieurs égards. Premièrement, en agrégeant les mesures de divers aspects des performances, un indicateur composite peut cacher de sérieuses défaillances dans certaines parties du système de santé. Deuxièmement, il peut ainsi être plus difficile de discerner les

facteurs à l'origine des mauvaises performances et donc les actions à mener pour y remédier. Troisièmement, la méthodologie employée pour déterminer la pondération des sous-indicateurs est discutable. Quatrièmement, la pondération employée dans les indicateurs composites reflète un unique ensemble de préférences. Les priorités publiques peuvent fortement varier d'un pays à l'autre. En outre, on a avancé que les déterminants des performances des systèmes de santé étaient trop complexes pour que tel ou tel modèle statistique soit capable d'en rendre compte, notamment eu égard à la mauvaise qualité des données. On a aussi critiqué la fonction de production utilisée, au motif qu'elle ne tient pas compte des importants décalages temporels avec lesquels les résultats de santé se manifestent (voir Anand *et al*., 2003, pour plus de détails).

Les chercheurs de l'OMS ont répondu à nombre de ces critiques (Murray et Evans, 2003). Le Groupe d'experts scientifiques indépendants (Anand *et al*., 2003) a exprimé l'avis que les travaux de l'OMS dans le domaine de l'efficience devraient se poursuivre, mais sous la forme d'un programme de recherche permanent et non pour établir un jugement définitif sur les systèmes de santé et le classement des pays à cet égard. Il a aussi proposé de nouveaux travaux, notamment une deuxième étape d'analyse (Evans *et al*., 2003), visant à déterminer si des facteurs exogènes comme la qualité institutionnelle, la répartition du revenu, la densité de la population, etc., ont un impact sur l'efficacité. Toutefois, l'activité de l'OMS sur l'efficacité comparée des systèmes de santé s'est interrompue durant plusieurs années. En 2008, la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé a décidé d'élaborer des outils pour améliorer l'évaluation des performances des systèmes de santé – avec la Charte de Tallin (OMS, 2009).

Les caractéristiques institutionnelles ont été considérées comme des inputs de l'état de santé dans un nombre très restreint d'études empiriques. Certains chercheurs ont introduit des variables indicatrices invariantes dans le temps ; d'autres ont choisi des aspects spécifiques avec des données de séries chronologiques souvent tirées du *Panorama de la santé* de l'OCDE[6]. Toutefois, l'inclusion des institutions de santé dans la fonction de production de la santé soulève des problèmes méthodologiques et conceptuels. *Premièrement*, on possède rarement des données internationalement comparables sur les institutions, en particulier au cours du temps, bien que l'OCDE ait récemment produit des indicateurs des politiques de la santé pour 2008 pour 29 pays de l'OCDE (chapitre 3 de cet ouvrage). Dans ce contexte, l'analyse empirique doit être menée sur un petit échantillon de pays ou régions d'un pays et souvent avec un très petit nombre d'observations. Les résultats empiriques peuvent ainsi manquer de robustesse. *Deuxièmement,* l'approche par les variables indicatrices peut ne pas être satisfaisante. Par exemple, il n'existe pas de systèmes de santé intégrés purs, ni de systèmes de sécurité sociale purs. *Troisièmement,* le choix d'une unique caractéristique institutionnelle peut être discutable étant donné qu'il n'existe pas de consensus bien établi sur les caractéristiques les plus importantes pour l'efficacité des dépenses de santé. Les effets d'interaction entre les institutions peuvent aussi jouer un rôle important. Pour toutes ces raisons, on n'a pas inclus de caractéristiques institutionnelles dans la fonction de production à estimer.

6. Par exemple, système à assurance maladie par opposition à système national intégré (Elola *et al*., 1995), couverture de la population par une assurance (Nixon et Ullman, 2006), part des dépenses publiques (Berger et Messer, 2002).

Les dépenses de santé sont un facteur majeur des changements de l'état de santé et de ses différences entre les pays

Les résultats des régressions de panel donnent des estimations de l'impact des facteurs décrits ci-dessus sur des mesures de l'état de santé, au cours du temps et d'un pays à l'autre (voir l'Annexe 2.A3 pour plus de détails). En moyenne dans l'OCDE, l'espérance de vie à la naissance a augmenté respectivement de 2.5 et 3.5 ans pour les femmes et pour les hommes depuis le début de la décennie 1990. Sur la même période, tous les déterminants de la santé ont évolué favorablement. La consommation de tabac et d'alcool a diminué ; la pollution atmosphérique a été réduite ; le niveau d'études et le revenu par habitant ont connu une croissance continue et les ressources médicales par habitant ont spectaculairement augmenté[7]. Les résultats économétriques indiquent qu'un gain d'espérance de vie à la naissance d'un peu plus d'un an pour les femmes et pour les hommes est attribuable à l'augmentation des dépenses de santé par habitant (tableau 2.1). Il semblerait aussi que les différences de dépenses soient le principal facteur expliquant les différences de l'état de santé entre les pays, bien que d'autres facteurs jouent aussi un rôle important (tableau 2.2).

Dans le reste de cette section on justifie brièvement le choix des inputs ainsi que leur mesure et on examine les résultats empiriques de manière plus détaillée.

Tableau 2.1. **Contributions des principales variables explicatives aux changements de l'état de santé**

1991-2003

	Gains d'espérance de vie				Baisse des taux de mortalité infantile	*Memorandum item:* Changements 1991-2003
	À la naissance		À 65 ans			
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes		
Expliqués par la variation[1]:	*Années*				*Décès/1 000 enfants vivants*	*Pourcentage*
Dépenses de santé	1.14	1.34	0.38	0.37	- 2.53	51.7
Tabac	0.00	0.12	0.09	0.21	- 0.21	- 22.6
Alcool	0.06	0.07	0.02	0.00	- 0.24	- 6.7
Régime alimentaire	0.02	0.02	0.02	0.03	0.03	7.4
Pollution	0.15	0.29	0.15	0.22	- 0.75	- 19.7
Éducation	0.50	0.49	0.26	0.14	- 0.89	24.8
PIB	0.11	0.63	0.20	0.39	- 1.01	28.5
Memorandum item:						
Changements observés	2.49	3.45	1.40	1.63	- 4.67	

1. Les contributions des déterminants de l'état de santé sont calculées en utilisant les coefficients estimés par le modèle (régressions sur données de panel pour les pays pour lesquels les données sont disponibles). Les changements observés sont calculés pour la zone OCDE. La somme des contributions identifiées peut donc être différente du changement observé des mesures de l'état de santé.

Source : Calculs de l'OCDE.

Mode de vie : tabac, alcool et régime alimentaire

Le tabac est la deuxième grande cause de décès dans le monde, étant directement responsable d'environ un décès d'adulte sur dix, d'après le *Rapport sur la santé dans le monde* 2002. Sous l'effet des campagnes de sensibilisation du public, de l'interdiction de fumer dans les lieux publics et au travail, des interdictions de publicité et de l'alourdissement des taxes, la consommation de tabac a régulièrement baissé dans la plupart des pays de l'OCDE depuis le début de la décennie 1980 (graphique 2.2),

7. L'augmentation des dépenses de santé reflète pour une part le vieillissement de la population (voir Oliveira Martins et de la Maisonneuve, 2006, et le graphique 2.A1.1).

notamment en Australie, au Canada, aux États-Unis, en France, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, où la consommation a été réduite de plus de moitié. Toutefois, les disparités de la consommation de tabac restent fortes d'un pays à l'autre, avec un tabagisme important en Grèce, au Japon et en République tchèque. Les résultats empiriques concordent avec la notion que le tabac est un déterminant majeur de l'état de santé de la population, malgré les problèmes de mesure de sa consommation et la difficulté de prendre en compte les décalages dans le temps entre la consommation de tabac et ses effets sur la santé. En outre, une différence apparaît entre hommes et femmes : le coefficient de la consommation de tabac ainsi que sa significativité sont plus élevés pour les hommes que pour les femmes pour la période considérée[8].

Tableau 2.2. **Contributions des principales variables explicatives aux différences d'espérance de vie à la naissance entre les pays**

Différences entre les pays et la moyenne OCDE pour chaque variable, exprimées en années, 2003

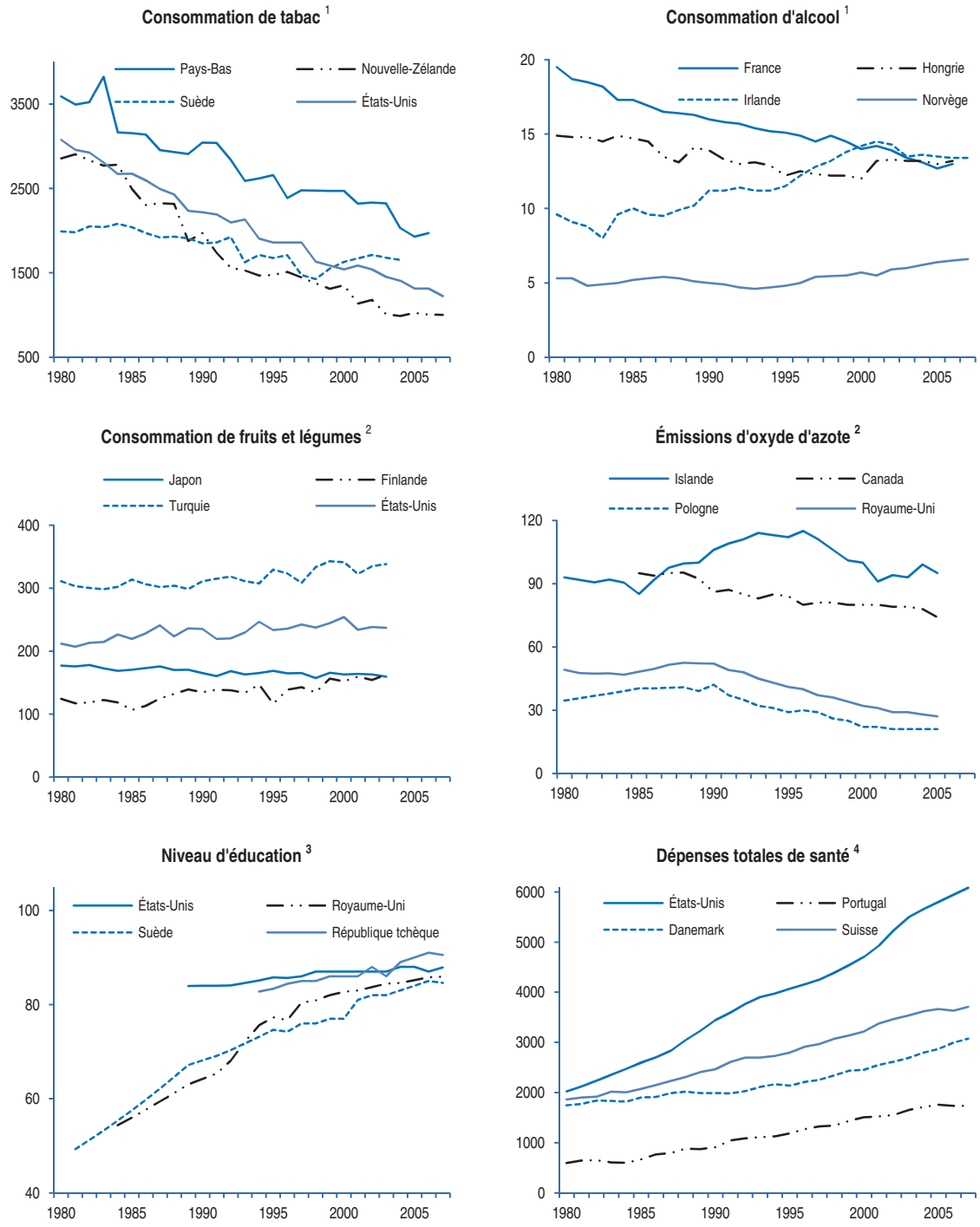
	Espérance de vie à la naissance	Déterminants							
		Dépenses	Education	Tabac	Alcool	Régime alimentaire	Pollution	PIB	Effet spécifique par pays[1]
Australie	2.2	0.7	-0.3	0.1	-0.1	0.0	-0.9	0.2	2.5
Autriche	0.8	1.0	0.2	0.0	-0.2	0.0	0.1	0.3	-0.7
Belgique	0.8	0.8	-0.3	0.0	-0.2	0.0	0.1	0.2	0.2
Canada	1.8	0.9	0.4	0.1	0.1	0.0	-0.8	0.3	0.9
République tchèque	-2.7	-1.8	0.5	-0.1	-0.3	-0.1	0.0	-0.6	-0.3
Danemark	-0.5	0.7	0.3	0.0	-0.2	0.0	-0.2	0.3	-1.5
Finlande	0.5	-0.2	0.1	0.2	0.0	-0.1	-0.3	0.2	0.5
France	1.3	0.9	-0.2	0.0	-0.3	0.0	0.4	0.2	0.4
Allemagne	0.6	0.8	0.4	-0.1	-0.1	0.0	0.5	0.1	-1.0
Grèce	0.9	0.3	-0.7	-0.2	0.0	0.2	0.0	0.0	1.3
Hongrie	-5.6	-2.0	0.1	0.0	-0.3	0.0	0.5	-0.8	-3.1
Islande	3.1	1.1	-0.2	0.0	0.3	-0.1	-1.0	0.3	2.6
Irlande	0.3	0.3	-0.3	0.0	-0.4	0.0	0.1	0.4	0.2
Corée	-0.6	-2.4	0.1	0.0	0.0	0.1	0.3	-0.4	1.7
Pays-Bas	0.6	0.6	-0.2	-0.1	-0.1	0.0	0.3	0.3	-0.3
Nouvelle-Zélande	1.5	-0.6	0.2	0.1	0.0	0.0	-0.5	-0.1	2.3
Norvège	1.5	1.8	0.5	0.1	0.3	0.0	-0.3	0.7	-1.5
Pologne	-3.4	-3.5	0.3	0.0	0.1	-0.1	0.4	-1.1	0.5
Suède	2.1	0.6	0.3	0.0	0.2	0.0	0.3	0.2	0.5
Suisse	2.5	1.5	0.4	-0.1	-0.2	0.0	0.9	0.3	-0.4
Turquie	-7.4	-4.5	-2.3	-0.1	1.5	0.1	0.7	-1.9	-1.0
Royaume-Uni	0.5	-0.1	0.4	0.1	-0.2	0.0	0.1	0.2	0.0
États-Unis	-0.5	2.9	0.5	0.0	0.0	0.0	-0.6	0.6	-4.0
Memorandum items:									
Écart maximum	10.5	7.4	2.8	0.4	1.8	0.3	1.8	2.5	6.6
Coefficients estimés		0.041	0.030	-0.004	-0.011	0.004	-0.012	0.019	

1. L'effet spécifique à chaque pays est calculé comme la somme de l'effet fixe du pays et du résidu de l'équation présentée dans l'Annexe 2.A3.

Source : Calculs de l'OCDE.

8. Les estimations sont stables quand on change la mesure des ressources médicales (par exemple, nombre de médecins et d'infirmiers au lieu des dépenses totales). Si l'on remplace la consommation de tabac par la proportion des fumeurs quotidiens, on obtient aussi des résultats similaires : une réduction de 10 % de la proportion des fumeurs quotidiens dans la population adulte entraîne une baisse de 1.5 à 2.5 % de la mortalité prématurée. Ces estimations concordent de manière générale avec les études précédentes (voir par exemple Berger et Messer, 2002 ; Crémieux *et al.*, 1999 et Or, 2000*a*). Quand on introduit une variable relative au tabac par sexe (proportion de fumeurs), le coefficient pour les femmes devient très significatif mais reste inférieur à celui des hommes, probablement du fait qu'une femme fume généralement moins qu'un homme.

Graphique 2.2. **Évolution des déterminants de l'état de santé – exemples de pays de l'OCDE**



1. Grammes ou litres par habitant âgé de 15 ans et plus.
2. Kilos par habitant.
3. Pourcentage de la population âgée de 25 à 64 ans ayant un niveau de formation au moins équivalent au deuxième cycle du secondaire (c.à.d. niveaux CITE 3 et 4).
4. Dépenses totales de santé par habitant en termes réels, USD 2000 PPA.

Source : Eco-Santé OCDE 2009.

L'abus d'alcool a de nombreux effets nocifs sur la santé[9]. En particulier, il augmente le risque d'accidents cardiaques, de maladies vasculaires, de cirrhose du foie et de certains cancers. La consommation d'alcool a baissé dans de nombreux pays de l'OCDE depuis le début de la décennie 1980, mais certains pays présentent une évolution différente – la consommation a fortement augmenté en Irlande jusqu'au début de la décennie 2000 et plus modérément dans la plupart des pays nordiques. Les résultats empiriques indiquent que les différences de consommation d'alcool peuvent contribuer à expliquer jusqu'à 1.8 ans d'écart d'espérance de vie entre les pays à faible consommation (comme la Turquie) et les pays à haute consommation (comme la France, la Hongrie et l'Irlande).

Il est largement admis qu'un régime alimentaire sain est un facteur majeur de la promotion et de la préservation de la santé. On peut représenter le régime alimentaire par différentes variables. Dans les travaux empiriques qui sous-tendent cette étude, la consommation de fruits et légumes a été retenue comme la variable la plus pertinente. L'OMS estime qu'une faible consommation de fruits et légumes constitue un des principaux comportements à risque dans les pays développés, en générant notamment environ 31 % des cardiopathies ischémiques, 11 % des accidents vasculaires cérébraux et 19 % des cancers gastro-intestinaux (*Rapport sur la santé dans le monde*, 2002). La consommation de fruits et légumes a eu tendance à augmenter au cours des deux dernières décennies dans la plupart des pays de l'OCDE (à l'exception principalement du Japon et de la Suisse). Cependant, il subsiste de très large différences entre les pays – la plupart des pays méditerranéens et la Corée se placent dans les premiers rangs, tandis que les pays d'Europe de l'Est, le Japon et la plupart des pays nordiques se situent à l'autre extrême. Les travaux empiriques réalisés ici montrent un impact limité de la consommation de fruits et légumes sur l'espérance de vie dans certaines spécifications, mais son impact sur la mortalité prématurée et la mortalité infantile est souvent non significatif ou va même dans la direction opposée. La difficulté de prendre en compte les décalages temporels pourrait expliquer en partie le lien assez faible entre le régime alimentaire et l'état de santé.

Facteurs socioéconomiques : pollution, éducation et revenu

L'impact de la pollution de l'eau, du sol, de l'air et de la pollution sonore sur la santé est de plus en plus reconnu (OCDE, 2008*b*). Pour une part en raison d'un manque de données, on a utilisé les émissions d'oxydes d'azote (NOx) par habitant pour représenter la pollution. En contribuant à la formation de particules fines, les émissions de NOx aggravent les maladies respiratoires et sont la cause de décès prématurés chez les personnes âgées et les enfants en bas âge. Elles jouent aussi un rôle majeur dans la formation de l'ozone au niveau du sol (smog)[10]. Les jours de pollution à l'ozone, on constate une nette augmentation des hospitalisations et des consultations pour cause d'asthme et autres maladies respiratoires. Toutefois, depuis le début de la décennie 1990, les émissions de NOx par habitant ont baissé dans de nombreux pays de l'OCDE, pour une part grâce aux progrès technologiques des processus de combustion, en particulier dans la production d'électricité et les moteurs de véhicules, et aux politiques publiques visant à réduire les émissions de NOx (par exemple, au Canada et dans l'Union

9. Même si, d'après quelques études, une consommation d'alcool modérée peut avoir des effets bénéfiques sur la santé, une forte consommation est nocive.

10. Le smog se forme lorsque les NOx et les composés organiques volatils se combinent en présence de chaleur et de la lumière du soleil.

européenne). Les travaux empiriques indiquent que cela a contribué à améliorer l'état de santé de la population – la relation entre la pollution atmosphérique, définie par les émissions de NOx, et l'état de santé est constamment négative et assez robuste par rapport aux changements de spécifications du modèle[11].

Bien que la forte relation entre la santé et l'éducation soit un fait solidement établi, la direction causale reste discutée et elle pourrait bien s'exercer dans les deux sens. Une meilleure santé entraîne un investissement plus élevé dans l'éducation, étant donné que des personnes en bonne santé peuvent consacrer davantage de temps et d'énergie à apprendre. Comme elles vivent plus longtemps, elles ont aussi une plus grande incitation à apprendre, du fait que leur retour sur investissement dans ce capital humain est plus grand. En sens inverse, l'éducation est un facteur de santé dans la mesure où les personnes instruites utilisent plus efficacement les services de santé – en général, elles suivent mieux les traitements médicaux, prennent des médicaments plus récents et comprennent mieux les instructions qui leur sont données à la sortie de l'hôpital[12]. L'éducation, mesurée par la proportion de la population de 25 à 64 ans titulaire d'un diplôme de deuxième cycle du secondaire ou plus, a augmenté régulièrement, en particulier dans la plupart des pays qui enregistraient les niveaux les plus bas au début de la décennie 1980 (par exemple, la Belgique, la Grèce et l'Espagne ; le Mexique, le Portugal et la Turquie, notamment, font exception à ce processus de rattrapage). Les travaux empiriques actuels indiquent que l'éducation apporte une contribution significative à la santé au-delà de son impact sur les facteurs de mode de vie et qu'elle explique une grande partie des différences de l'état de santé entre les pays.

Le niveau de revenu est encore plus fortement corrélé que l'éducation à l'état de santé de la population dans les pays de l'OCDE. Un PIB par habitant plus élevé influe sur la santé de la population en facilitant l'accès à nombre de biens et services qui contribuent à la santé et à la longévité (comme l'alimentation, le logement, les transports), en plus de ceux spécifiquement pris en compte dans le modèle (comme l'éducation et les ressources médicales). La relation entre le PIB par habitant et la santé peut aussi refléter les conditions de travail – les pays riches ont généralement une part plus importante d'activités de services, considérées comme moins nocives pour la santé que d'autres, comme le bâtiment ou les activités industrielles. Comme pour l'éducation, la direction causale est discutée, certains soutenant que la relation s'exerce principalement de la santé vers le revenu. C'est peut-être surtout vrai au niveau microéconomique (Cutler *et al.*, 2005 ; Kiuila et Mieszkowski, 2007) : les personnes en bonne santé ont plus de temps et de ressources pour étudier et travailler et elles sont généralement plus productives et gagnent plus d'argent. Cependant, au niveau macroéconomique, il est probable que la causalité va principalement du revenu vers la santé, au moins dans les pays développés. Les résultats

11. Les effets des émissions de NOx pour un pays donné sont à interpréter avec prudence en raison de leur impact transfrontière : par exemple, le vent transporte le smog d'un pays à l'autre. Le cas de l'Islande est particulièrement notable à cet égard, étant donné que les émissions assez importantes de NOx de sa flotte de pêche ne touchent pas directement sa propre population.

12. L'éducation peut aussi agir sur la santé par le biais des facteurs de mode de vie, du fait que les personnes instruites adoptent généralement des habitudes plus saines (par exemple, fument moins, font plus d'exercice, etc.). Les facteurs de mode de vie étant pris en compte séparément dans l'équation, ils ne devraient pas être l'explication de l'impact de l'éducation sur la santé dans le modèle. Sur la relation entre la santé et l'éducation, on pourra consulter utilement Becker (2007), Cutler *et al.* (2005), Cutler et Lleras-Muney (2006), Feinstein *et al.* (2006) et Grossman (2004).

de régression concordent avec l'idée que le revenu par habitant est un déterminant majeur de l'état de santé de la population. Ces résultats ne changent pas quand on remplace le revenu par habitant par la proportion de l'emploi dans les services afin de traiter les questions de causalité (entre le revenu par habitant et les dépenses de santé) et de prendre en compte le fait qu'un PIB plus élevé agit sur la santé principalement du fait de l'existence de meilleures conditions de travail dans un secteur des services plus vaste.

Beaucoup d'autres facteurs sont généralement reconnus comme ayant un impact sur l'état de santé, mais il a été impossible de les inclure en raison du manque de données. On pourrait considérer la dispersion des revenus comme un déterminant de l'état de santé de la population d'un pays, comme semblent l'indiquer plusieurs études[13]. D'autres recherches contestent toutefois cette conclusion[14]. Il existe peu de séries chronologiques sur la dispersion des revenus pour l'ensemble des pays de l'OCDE. Des coefficients de Gini pour quelques points dans le temps sont disponibles et les corrélations pour les pays considérés entre diverses mesures de l'état de santé et ces coefficients de Gini sont faibles. Les conditions de travail et les normes de sécurité ont probablement elles aussi une influence sur la santé mais il est impossible d'en évaluer l'impact en raison du manque de données internationalement comparables et de la complexité des liens entre les conditions de travail et l'état de santé[15]. Des considérations à peu près similaires valent pour l'activité physique et l'obésité qui ont vraisemblablement un impact notable sur l'état de santé.

Ressources médicales

Alors que les études empiriques récentes concluent invariablement que les facteurs socioéconomiques et de mode de vie sont des déterminants importants de l'état de santé de la population, la contribution des ressources médicales est très discutée. Berger et Messer (2002) ainsi que Or (2000*a* et 2000*b*) concluent que les ressources médicales ont joué un rôle positif important jusqu'au début de la décennie 1990 pour un panel de pays

13. Voir par exemple Wilkinson (1992), McIsaac et Wilkinson (1997), De Vogli *et al.* (2005). L'inégalité des revenus pourrait avoir un impact sur la santé par trois voies principales : *i)* les facteurs socioéconomiques : logement et conditions de travail, éducation, nutrition, pollution, insecurité ; *ii)* les facteurs psychosociaux : impact direct du stress psychologique sur la santé et comportements à risque, notamment l'abus d'alcool, le tabac et les mauvaises habitudes alimentaires ; *iii)* les inégalités d'accès aux soins médicaux. Un certain nombre d'éléments indiquent que même les systèmes de santé qui assurent une couverture universelle n'ont pas totalement réussi à éliminer les différences sociales d'accès aux soins (voir le chapitre 4 et Cambois et Jusot, 2007).

14. Voir par exemple Gravelle (1998), Judge (1995), Lorgelly et Lindley (2007) et Mackenbach (2002).

15. D'après les estimations de Dorman (2000), les coûts des maladies professionnelles et accidents du travail (comprenant le traitement curatif mais aussi la production perdue et la couverture par les assurances) représentaient approximativement 3 % du PIB aux États-Unis en 1992 et plusieurs points du PIB dans un certain nombre de pays d'Europe dans les années 1990. Les taux d'incidence des maladies professionnelles et accidents du travail ont sensiblement baissé depuis lors mais les coûts sont vraisemblablement restés très importants. D'après le Bureau of Labor Statistics des États-Unis, les accidents du travail mortels ont diminué, passant de 5.3 à 4.0 pour 100 000 entre 1992 et 2006, tandis que les maladies et accidents non mortels passaient de 8.9 % à 4.4% sur la même période. L'influence des nouveaux modes de travail sur l'évolution des maladies mentales liées au travail a été examinée dans OCDE (2008*a*). Tengs *et al.* (1995) évaluent l'efficacité-coût de diverses interventions visant à sauver des vies, allant des règlements de sécurité à différentes activités de soins.

de l'OCDE. Crémieux *et al*. (1999) et Soares (2007) aboutissent à des conclusions similaires respectivement pour les provinces canadiennes et les municipalités brésiliennes. Hitiris et Postent (1992), et également Nixon et Ulmann (2006), concluent qu'une augmentation des dépenses de santé par habitant a un impact sur l'état de santé, qui est statistiquement significatif mais faible. De même, Thornton (2002) conclut pour les États-Unis qu'une utilisation additionnelle de soins médicaux est relativement inefficace pour abaisser la mortalité et augmenter l'espérance de vie, et donc qu'une politique de santé qui met essentiellement l'accent sur la fourniture des services médicaux sans tenir compte des considérations économiques et sociales plus générales a sans doute peu d'effet bénéfique sur la santé de la population nationale. Enfin, Filmer et Pritchett (1997) ainsi que Self et Grabowski (2003) aboutissent au résultat que les ressources en soins n'ont pas d'impact significatif sur l'état de santé de la population[16].

La controverse sur le lien entre les ressources médicales et l'état de santé pourrait refléter des problèmes de mesure et/ou le fait que les ressources médicales sont un concept trop large, certaines composantes ayant un impact plus marqué que d'autres sur l'état de santé. Une attention particulière a été portée à ces questions dans cette étude qui teste différentes spécifications comportant différentes mesures des ressources médicales.

La mesure physique des ressources médicales

On a d'abord mesuré les ressources médicales en termes physiques, en portant une attention particulière au nombre de médecins, d'infirmiers, de lits d'hôpital et d'équipements techniques. Beaucoup d'études ont choisi le nombre de médecins comme indicateur pour représenter les ressources médicales[17]. Cette approche assez restrictive peut toutefois mal rendre compte de la situation. En particulier, les infirmiers jouent aussi un rôle important dans la délivrance des soins médicaux. En outre, le ratio du nombre des infirmiers par rapport à celui des médecins est très variable d'un pays de l'OCDE à l'autre, pour une part du fait des différences dans la délimitation des rôles entre ces deux catégories. Par exemple, l'Australie, le Danemark, la Hongrie, l'Irlande et le Luxembourg avaient tous environ trois médecins praticiens pour 1 000 habitants en 2007, mais la densité des infirmiers s'étageait entre 6 en Hongrie et 15.5 en Irlande (graphique 2.3, partie A). C'est un argument pour inclure dans les régressions à la fois le nombre des infirmiers et celui des médecins.

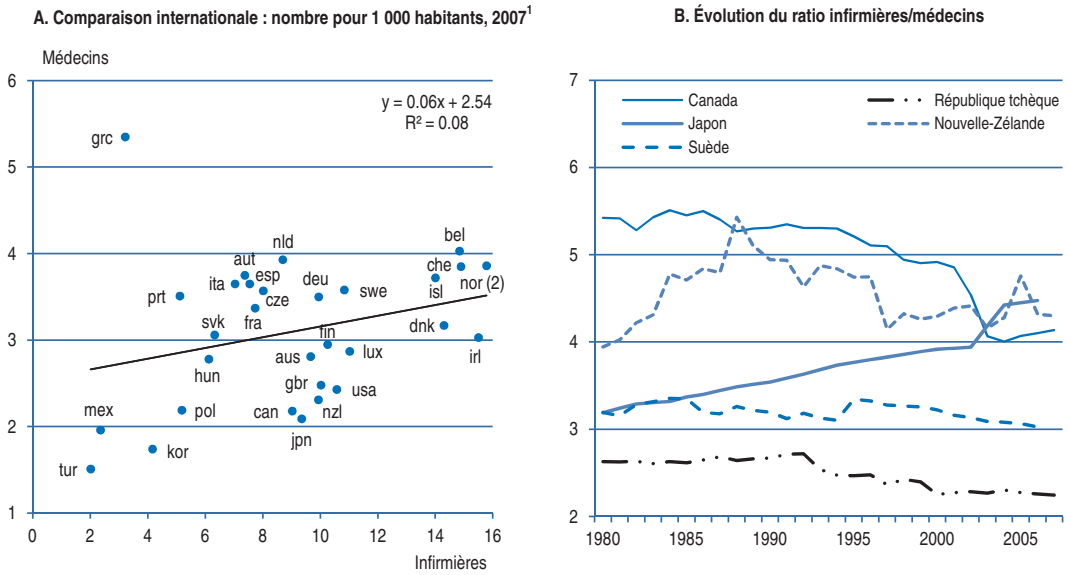
Le nombre des infirmiers et celui des médecins sont fortement corrélés dans le temps – pour beaucoup de pays, le ratio infirmiers/médecins a peu varié (graphique 2.3, partie B). De ce fait, on aboutirait à des résultats peu fiables si on les introduisait séparément dans les régressions. On a donc construit un indicateur des ressources humaines qui rend compte du nombre des infirmiers et de celui des médecins : on ajoute au nombre des médecins la moitié du nombre des infirmiers. Ce poids plus faible attribué aux infirmiers a un caractère arbitraire mais il reflète aussi le fait que les infirmiers travaillent souvent à temps partiel et qu'on suppose qu'ils ont une moindre productivité (comme semblent l'indiquer les salaires relatifs). Les résultats de la régression pour cette spécification indiquent que le nombre des praticiens de santé joue un rôle dans les performances du système de santé : les élasticités estimées de la plupart des mesures de l'état de santé par rapport à l'indicateur des ressources humaines sont très significatives.

16. On notera que Filmer et Pritchett (1997) et Self et Grabowski (2003) utilisent les dépenses publiques de santé au lieu des dépenses totales et recourent à une analyse transversale.

17. Voir par exemple Crémieux *et al.* (1999), Or (2000*b*) et Retzlaff-Roberts *et al.* (2004).

Il en ressort qu'une augmentation de 10 % du nombre des praticiens de santé augmenterait l'espérance de vie à la naissance d'environ deux mois en moyenne dans les pays de l'OCDE[18].

Graphique 2.3. **Nombre de médecins et d'infirmières : comparaison internationale et évolution**



1. 2006 pour l'Australie, le Danemark, la Finlande, la Grèce, le Japon, le Luxembourg et la Suède. 2004 pour la République slovaque.
2. Infirmières professionnelles uniquement. En 2007 la Norvège comptait 31.9 infirmières en exercice pour 1 000 habitants mais la moitié d'entre elles étaient des infirmières auxiliaires.

Source : Eco-Santé OCDE 2009.

On a aussi porté une attention particulière à l'influence des équipements médicaux sur l'état de santé. Les variations d'un pays à l'autre du nombre de lits d'hôpital et de scanners sont encore plus grandes que pour le nombre de médecins et d'infirmiers. Quand on l'inclut dans les régressions, le nombre de lits d'hôpital, dans la plupart des cas, n'est pas significatif ou n'a pas le bon signe (une baisse du nombre de lits entraînant une amélioration de l'état de santé). L'ambiguïté de l'impact des lits d'hôpital est peut-être liée au développement des actes de haute technologie, qui contribuent à raccourcir la durée moyenne de séjour. Sur la période de l'estimation, le nombre de lits d'hôpital a baissé dans de nombreux pays de l'OCDE, tandis que l'espérance de vie et l'efficience globale des ressources médicales augmentaient. Cela peut aussi corroborer certaines constatations selon lesquelles l'hospitalisation pour des pathologies ne nécessitant pas de

18. L'état de santé des hommes réagit généralement un peu plus aux ressources médicales que celui des femmes. Ce résultat contredit certaines études précédentes selon lesquelles l'état de santé des hommes est beaucoup moins sensible aux ressources médicales. Cette discordance pourrait refléter le fait que l'analyse corrige les données sur la mortalité prématurée de manière à exclure les causes de mortalité non liées à la santé, qui sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes (voir ci-dessus). Dans Or (2000*a*), l'élasticité de la mortalité prématurée (non-corrigée) par rapport au nombre des médecins est plus que quatre fois moindre pour les hommes que pour les femmes.

chirurgie augmente avec l'offre de lits d'hôpital[19]. Le nombre de scanners n'est jamais significatif et on n'a pas inclus dans les régressions d'indicateurs pour représenter les équipements de santé.

La mesure monétaire des ressources médicales

On peut aussi mesurer les ressources médicales en termes monétaires, de manière à saisir des aspects qui échappent aux mesures physiques. En particulier, la rémunération des praticiens de santé a probablement une influence sur la productivité. Dans la pratique, le niveau de rémunération des médecins varie beaucoup d'un pays à l'autre et des éléments d'information partiels tendent à indiquer que plus les spécialistes sont nombreux, moins ils sont rémunérés (graphique 2.4). La spécification à laquelle on a donné la préférence inclut ainsi les dépenses totales de santé, à prix constants et taux de change en PPA, au lieu des ressources en soins mesurées en termes physiques. Les résultats des régressions, qui sont assez robustes quand on change les spécifications du modèle, indiquent qu'une augmentation de 10 % des dépenses totales de santé augmenterait l'espérance de vie à la naissance de 0.3 à 0.5 %, c'est-à-dire de trois à quatre mois en moyenne dans l'OCDE[20].

Certaines catégories de dépenses peuvent contribuer plus que d'autres à améliorer l'état de santé de la population. Dans une des spécifications testées, on a ventilé la dépense de santé entre trois composantes : produits pharmaceutiques, soins en hospitalisation et soins ambulatoires. Il est toutefois difficile d'isoler leurs impacts respectifs, étant donné qu'elles sont étroitement corrélées, aussi bien d'un pays à l'autre que dans le temps[21].

Contrairement à certaines études antérieures, on n'a pas ventilé les dépenses par source de financement (publique ou privée), pour deux raisons[22]. Premièrement, dans de nombreux pays, une même prestation de soins peut être payée à la fois par des subventions publiques, par une assurance privée et par un paiement direct du patient. Dans ces circonstances, il serait extrêmement difficile de démêler l'influence respective des dépenses publiques et des dépenses privées sur l'état de santé. Deuxièmement, les comparaisons entre pays et dans le temps peuvent être faussées par les dépenses fiscales, qui ne sont pas uniformément prises en compte, mais qui peuvent s'avérer importantes

19. Peterson et Burton (2007) donnent quelques références.

20. L'espérance de vie à la naissance dans la zone de l'OCDE était de 78.6 ans en 2005. Les résultats concordent à peu près avec ceux de Or (2000*a*) – élasticité de 0.18 par rapport aux dépenses pour la mortalité prématurée féminine (contre 0.27 dans la régression de base) – et de Crémieux *et al.* (1999).

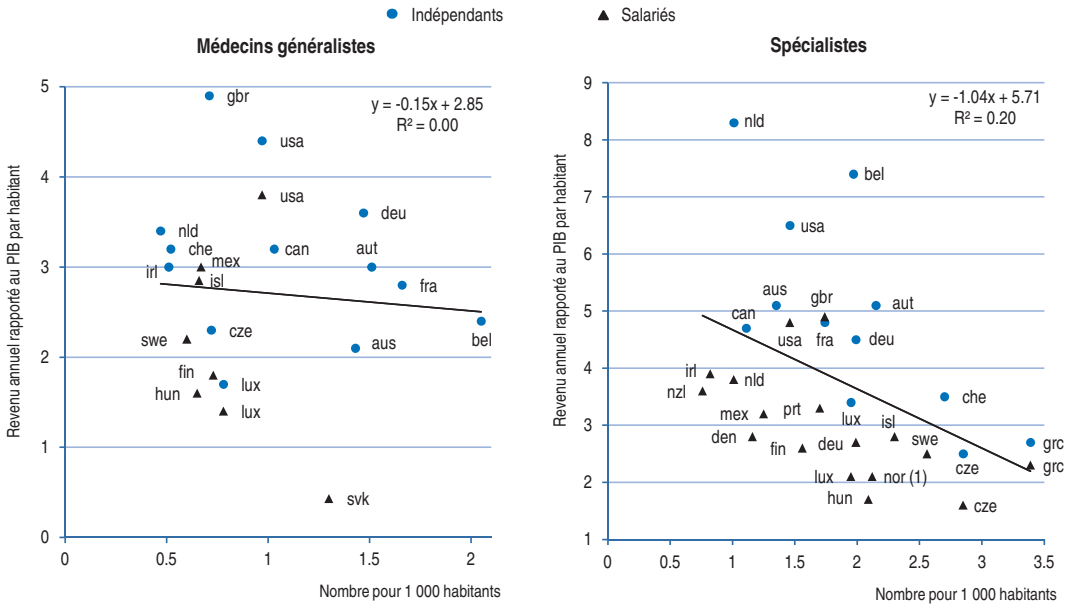
21. Les pays où les dépenses de soins ambulatoires sont élevées ont aussi tendance à dépenser plus que la moyenne en produits pharmaceutiques. Au cours du temps, le rapport entre les dépenses en soins ambulatoires et les dépenses pharmaceutiques reste assez stable dans un pays donné. Si l'on inclut en même temps les trois composantes de dépenses dans les régressions, on obtient des résultats très instables, tandis que le choix d'une composante particulière peut générer une surestimation – la composante choisie peut capturer l'effet des composantes omises. Miller et Frech (2002) et Shaw *et al.* (2002) ont effectué des régressions sur données de panel pour étudier l'impact des dépenses pharmaceutiques sur l'état de santé de la population.

22. Un certain nombre d'études, comme Filmer et Pritchett (1997), Or (2000*a*) ou Self et Grabowski (2003), prennent en compte la part du financement public et du financement privé dans le financement total des dépenses de santé.

quand elles figurent dans les données. Dans certains pays, comme les États-Unis, elles représentent plus de 1 % du PIB (Annexe 1.A1).

Graphique 2.4. **Médecins : densité et niveaux de rémunération**

2006 ou dernière année disponible



1. Revenu annuel rapporté au PIB continental.

Source : Eco-Santé OCDE 2009.

Il convient d'être prudent dans l'interprétation de l'effet des dépenses de santé sur l'état de santé de la population, présenté ci-dessus, pour plusieurs raisons :

- Les estimations des élasticités sont des moyennes pour la population. Il se peut qu'une augmentation des dépenses n'allonge pas l'espérance de vie pour une grande majorité mais entraîne un gain de plusieurs années pour un petit nombre.
- Comme dans la plupart des activités économiques, les soins médicaux peuvent avoir des rendements décroissants. Ainsi, il peut être coûteux, pour les pays où l'état de santé est déjà très bon, de l'améliorer davantage.
- Les dépenses de santé, au cours de la dernière décennie, ont pour une part visé à améliorer la qualité de vie, par exemple en atténuant les souffrances des malades avec le développement d'unités de soins palliatifs[23]. L'utilisation de données de mortalité pour mesurer l'impact des dépenses de santé peut conduire à sous-estimer leurs effets bénéfiques (par exemple, ceux liés à une moindre morbidité et/ou incapacité et à une meilleure qualité de vie).

23. D'après Fogel (2004), le système de santé contribue à réduire la morbidité (arthroplastie de la hanche, opération de la cataracte, etc.), mais contribue peu à la réduction de la mortalité.

- La façon dont l'argent est dépensé est probablement aussi importante que le montant dépensé et les pays peuvent se comporter très différemment à cet égard, avec une grande variété de dispositifs institutionnels.

La fin de cette section aborde ce dernier aspect, en proposant une approche pour déterminer si les ressources médicales ont la même efficacité d'un pays à l'autre après avoir dûment tenu compte des différences de mode de vie, de revenu et autres déterminants de l'état de santé.

Estimer l'efficacité au moyen de régressions sur données de panel

Les pays peuvent se montrer plus ou moins performants pour transformer les ressources médicales en une amélioration de l'état de santé. Des régressions sur données de panel peuvent éclairer ces performances relatives si l'on suppose que les différences inexpliquées des indicateurs de l'état de santé entre les pays reflètent les différences d'efficience dans l'utilisation des moyens mobilisés. Cette approche est similaire à celle fréquemment employée en analyse causale de la croissance où l'on définit la productivité totale des facteurs comme le résidu d'une fonction de production agrégée. L'hypothèse implicite est que tous les effets nationaux (c.à.d. « effets fixes » dans les régressions de panel) et résidus inexpliqués reflètent l'inefficience et non les erreurs de mesure, les variables omises ou d'autres facteurs[24]. À l'appui de cette hypothèse, les corrélations sont très faibles, voire nulles, entre les écarts inexpliqués des indicateurs de l'état de santé et les valeurs récentes de variables clés que l'on n'a pas pu inclure dans les régressions de panel – notamment, la dispersion des revenus (mesurée par le coefficient de Gini), l'obésité et la densité de population[25]. Dans ce contexte, les effets fixes et les résidus, une fois pris en compte le style de vie, les facteurs socioéconomiques et les ressources médicales mobilisées ont servi de proxy pour les performances relatives des différents pays. Comme précédemment, on a mesuré les ressources, soit en termes de dépenses totales, soit en termes du nombre de praticiens de la santé.

Les estimations de l'efficacité sont tirées des régressions de panel. Le graphique 2.5 montre pour chaque pays la différence résiduelle entre la valeur effective de l'espérance de vie à la naissance et la valeur donnée par le modèle. Quand on mesure les ressources en soins par les dépenses, l'espérance de vie à la naissance est supérieure de plus de deux ans à la valeur prédite par le modèle pour l'Australie, l'Islande et la Nouvelle-Zélande (graphique 2.5, partie A). On observe un tableau assez similaire quand on mesure les ressources médicales par le nombre de praticiens (graphique 2.5, partie B). Toutefois, certains pays, comme l'Allemagne, l'Autriche, la Suisse et la Turquie, semblent avoir des performances un peu inférieures quand on mesure les ressources en soins en termes monétaires. En dehors des influences parasites, ces différences de résultat entre les deux mesures pourraient être liées aux différences des modes et niveaux de rémunération des praticiens de santé et/ou à l'impact d'autres composantes des dépenses de santé comme

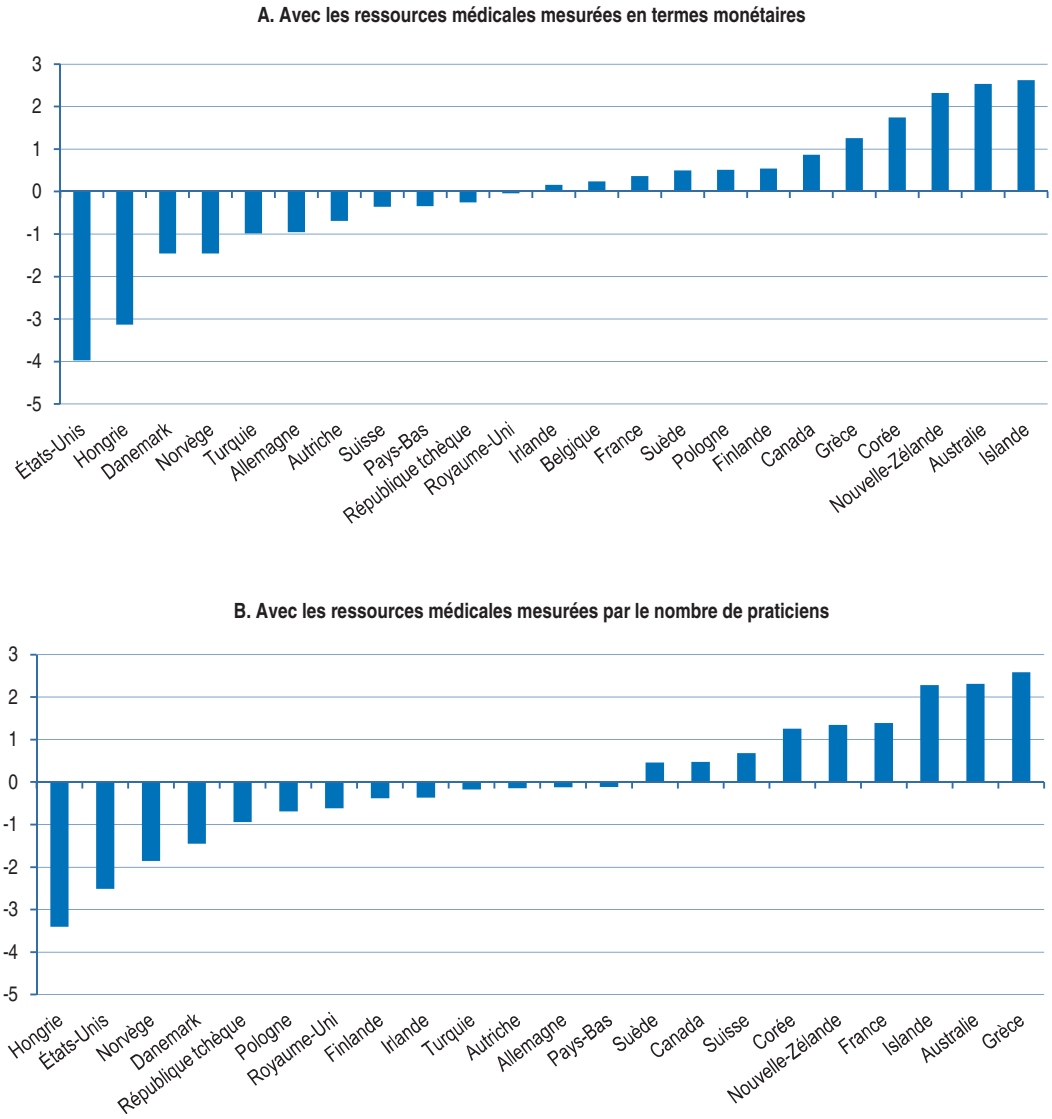
24. Certains auteurs ont utilisé l'analyse de frontière stochastique qui vise à démêler le résidu statistique de la composante d'inefficience (Jacobs *et al.*, 2006). L'échantillon étant trop petit pour produire des résultats significatifs, cette approche n'a pas été retenue ici.

25. Les règlements sanitaires et de sécurité, les conditions de travail et de logement et la pauvreté pourraient aussi jouer un rôle mais, faute de données, il est difficile d'inclure ces variables dans l'analyse.

les équipements médicaux ou les médicaments (à la fois par des effets de volume et de prix)[26].

Graphique 2.5. **Régressions sur données de panel : nombre d'années de vie que n'explique pas le modèle général**[1]

2003



1. Les résidus et les écarts à la moyenne des effets fixes du modèle pour chaque pays sont additionnés et considérés comme une proxy de l'efficience relative – les années représentées dans le graphique peuvent être considérées comme des années qui pourraient être gagnées ou perdues si le pays i était aussi efficace que la moyenne des pays de l'OCDE. Une corrélation de rang (Spearman) de 0.76 indique une forte corrélation entre les classements obtenus par les deux régressions de panel.

Source : Calculs de l'OCDE.

26. On obtient un classement des pays à peu près similaire pour l'espérance de vie à 65 ans, avec des coefficients de corrélation de rang de Spearman supérieurs à 0.8. Le classement des pays diffère davantage quand on considère la mortalité infantile, avec des coefficients de corrélation entre 0.3 et 0.7 (pour des résultats détaillés, voir Joumard *et al.*, 2008).

Définir une frontière d'efficience et mesurer la distance à cette frontière

Calculer des scores d'efficience à partir de l'AED : la méthode

On peut obtenir des estimations de l'efficacité en définissant une frontière d'efficience et en mesurant la distance à cette frontière, au moyen de l'analyse d'enveloppement des données (AED) – méthode statistique reposant sur des modèles de programmation linéaire (encadré 2.3)[27]. La forme et la position de cette frontière d'efficience sont déterminées par les données relatives aux moyens mis en œuvre (inputs) et aux résultats en matière de santé (graphique 2.6). En bref, un pays qui dépense moins en soins médicaux pour produire le même niveau de résultat peut être considéré comme plus efficient, pour un ensemble donné de facteurs socioéconomiques et de mode de vie.

On a introduit trois principaux types de déterminants de l'état de santé dans l'AED, en conformité avec les régressions de panel décrites ci-dessus :

- Les dépenses de santé par habitant (converties au moyen d'un taux de change calculé en parité de pouvoir d'achat, PPA, pour le PIB)
- L'environnement socioéconomique : PIB par habitant et niveau d'études
- Mode de vie : pollution atmosphérique, consommation de fruits et légumes, consommation d'alcool et de tabac (variable retardée).

On a effectué des vérifications de robustesse en changeant la spécification, aussi bien du côté du résultat des soins médicaux (en remplaçant l'espérance de vie à la naissance par l'espérance de vie à 65 ans ou par la mortalité évitable) que du côté des inputs (en remplaçant les dépenses de santé par le nombre de praticiens de santé ou avec d'autres combinaisons d'inputs). On a aussi appliqué une méthode de bootstrap pour évaluer la sensibilité aux erreurs de mesure et au bruit statistique et corriger le biais résultant de la petite taille de l'échantillon[28].

27. L'analyse de frontière stochastique (AFS) est aussi très utilisée, en particulier pour mesurer l'efficience des hôpitaux. Son principal avantage par comparaison avec l'AED est qu'elle permet de faire la distinction entre l'inefficience et les perturbations aléatoires. Toutefois, la mise en œuvre de cette technique nécessite une taille d'échantillon plus grande que pour l'AED et une spécification préalable de la forme fonctionnelle, y compris la répartition des erreurs. Jacobs, Smith et Street (2006) donnent un très bon résumé des avantages et inconvénients de chacune de ces deux techniques.

28. Les résultats d'AED sont sensibles aux erreurs de mesure et au bruit statistique. L'Annexe 2.A1, graphique 2.A1.2 présente des intervalles de confiance obtenus par une méthode de bootstrap.

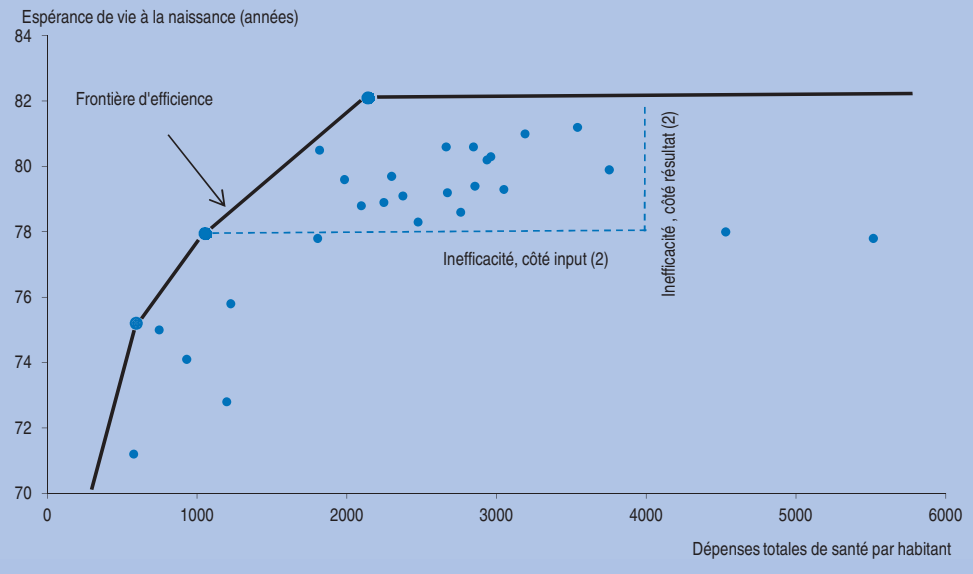
Encadré 2.3. **Analyse d'enveloppement de données : aspects méthodologiques**

Dans l'analyse d'enveloppement de données, on construit une frontière d'efficience et on calcule des scores d'efficience pour les entités (ou pays) conduisant un processus de production similaire. Une entité est définie comme efficiente si elle ne peut améliorer sa production (résultat) sans augmenter ses inputs (AED dite *output-oriented*) ou ne peut réduire ses inputs sans compromettre sa production (AED dite *input-oriented*). Par hypothèse, la frontière reliant les entités efficientes définit la meilleure pratique et on mesure les gains d'efficience potentiels pour les entités moins efficientes par leur position relativement à la frontière (enveloppe).

Dans le graphique 2.6 utilisé à titre d'illustration, on considère que le système médical n'a qu'un résultat – l'allongement de l'espérance de vie – sur la base d'un seul input (les dépenses de santé par habitant). On peut définir les gains d'efficience potentiels de deux façons : *i)* l'amélioration de l'état de santé de la population que l'on pourrait réaliser à dépenses constantes (inefficacité, côté résultat) ; *ii)* la mesure dans laquelle on peut réduire les dépenses en maintenant l'état de santé à son niveau existant (inefficacité, côté input). Cet ouvrage se concentre essentiellement sur la première approche.

Graphique 2.6. **La frontière d'efficience et la mesure des gains potentiels d'efficacité**[1]

Une illustration fondée sur un scénario avec un résultat et un input



1. La « frontière d'efficience » a été définie dans l'hypothèse d'un rendement d'échelle non-croissant.
2. Les gains d'efficacité sont calculés en mesurant la distance à la frontière d'efficience. Ils peuvent être définis comme le montant dont l'input pourrait être réduit, le résultat demeurant constant, (inefficacité, côté input) ou comme le montant dont le résultat pourrait s'accroître tout en maintenant l'input constant (inefficacité, côté résultat).

Source : OCDE.

Choix des inputs

L'état de santé de la population a de nombreux déterminants mais, étant donné la taille de l'échantillon, il faut limiter le nombre d'inputs et résultats pris en compte pour obtenir des estimations d'AED fiables. Dans cette étude, on a choisi pour le scénario principal un seul résultat – l'espérance de vie à la naissance pour l'ensemble de la population – et deux inputs – les dépenses de santé par habitant et un indicateur composite reflétant à la fois des facteurs de l'environnement socioéconomique (PIB par habitant, niveau d'études) et le mode de vie

(pollution, régime alimentaire et consommation d'alcool et de tabac retardée). Étant donné que les conclusions de l'AED peuvent être assez sensibles à l'ensemble d'inputs et de résultats de santé choisi, on présente aussi les conclusions obtenues à partir d'autres spécifications.

Rendements d'échelle

La forme de la frontière d'efficience dans l'AED dépend des hypothèses concernant les rendements d'échelle. Dans la production de la santé, on suppose que les rendements d'échelle sont décroissants au-delà d'un certain niveau.

Corriger le biais et créer des intervalles de confiance

Étant donné que la frontière est définie par les pays efficients, les scores d'efficacité tendent à être surestimés du fait des omissions possibles. On a corrigé ce biais au moyen du « bootstrap », méthode statistique pour estimer la répartition d'échantillonnage d'un estimateur. En outre, le bootstrap fournit des intervalles de confiance pour les scores d'efficacité. Il est important de calculer des intervalles de confiance autour des scores de l'AED étant donné que les estimations sont sensibles aux erreurs de mesure, au bruit statistique et aux valeurs aberrantes. Toutefois, il faut garder à l'esprit que la fiabilité d'un score d'efficacité dépend de la densité des observations dans la région de la frontière où se situe un pays. Les pays ayant des valeurs atypiques d'inputs et de résultats de santé sont généralement considérés comme efficients mais cette conclusion n'est que la conséquence du manque d'observations comparables (Simar et Wilson, 2005).

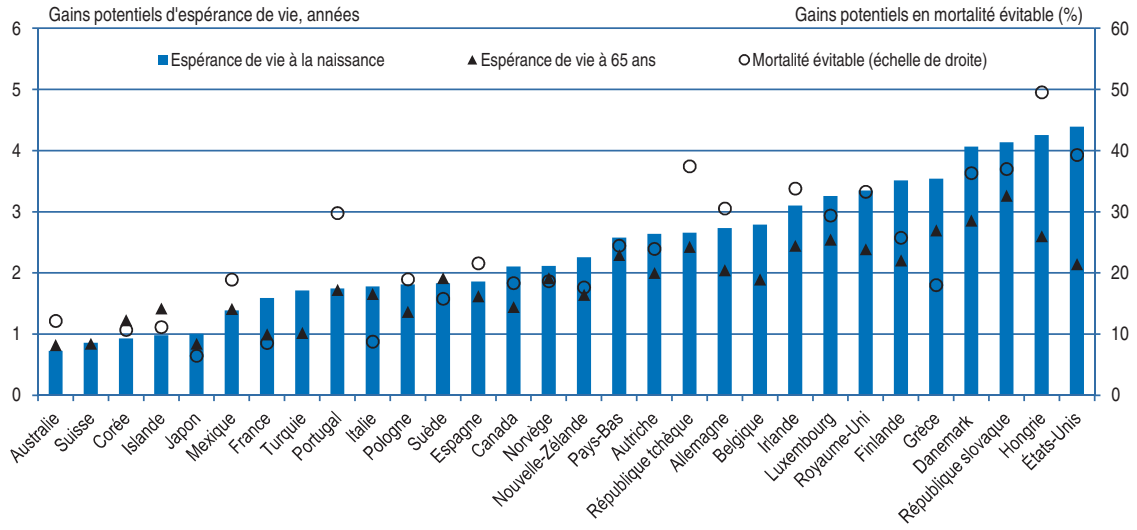
Les scores d'AED mettent en évidence d'importants marges d'efficacité et sont relativement robustes

Les gains potentiels d'efficacité qui ressortent de l'AED sont substantiels (graphique 2.7). L'espérance de vie à la naissance pourrait augmenter de plus de deux ans en moyenne dans les pays de l'OCDE avec des dépenses de santé inchangées, si tous les pays devenaient aussi efficients que les plus performants. Par comparaison, les résultats des régressions de panel indiquent qu'une hausse de 10 % des dépenses de santé par habitant, en l'absence de réforme, n'augmenterait l'espérance de vie que de trois à quatre mois. Le potentiel de gains d'efficience est très variable d'un pays à l'autre, de moins d'une année supplémentaire en Australie, en Corée et en Suisse à plus de quatre ans au Danemark, aux États-Unis, en Hongrie et en République slovaque. Si l'on prend l'espérance de vie à 65 ans comme indicateur de résultat, on aboutit à une conclusion similaire sur les marges d'amélioration de l'efficience. Si l'on choisit la mortalité évitable, certains pays améliorent leur classement, notamment la France, la Grèce, l'Italie et le Japon (graphique 2.7, partie A) tandis que d'autres reculent.

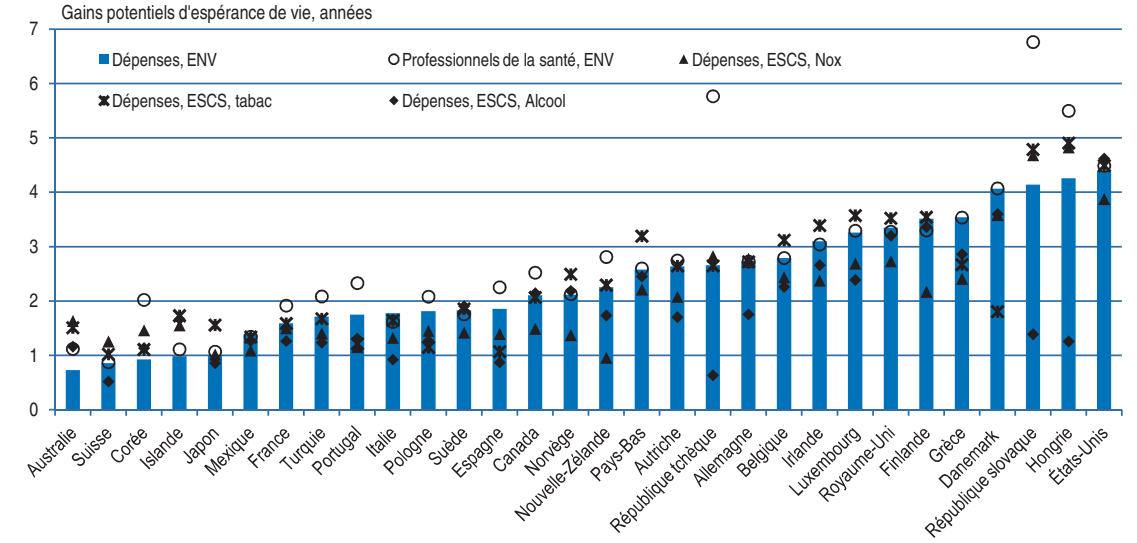
Les estimations d'efficience sont assez robustes par rapport aux changements de spécification ou de méthode d'estimation. Si l'on mesure les ressources médicales en volume (nombre de professionnels de santé), cela entraîne certaines différences pour les estimations d'efficience (graphique 2.7, partie B), en particulier pour les pays où la rémunération est assez basse par rapport aux niveaux habituels de l'OCDE – en particulier la Hongrie, la République slovaque et la République tchèque. Globalement, l'utilisation d'autres spécifications ne change pas beaucoup le tableau. En outre, les estimations de l'AED et celles des régressions de panel sont assez concordantes. Le graphique 2.8 montre que ces deux techniques donnent une image à peu près cohérente des gains, mesurés par le nombre d'années de vie qui pourraient être sauvées si l'on élevait l'efficience au niveau correspondant à la frontière d'efficience estimée.

Graphique 2.7. **Les scores d'efficacité obtenus par l'analyse d'enveloppement des données (AED) sont assez stables**

A. Sensibilité des scores de l'AED à la définition de l'état de santé[1]



B. Sensibilité des scores de l'AED à l'inclusion de différents inputs[2]



Note: Les gains potentiels sont mesurés soit par le nombre d'années de vie qui pourraient être gagnées, soit par la réduction des taux de mortalité évitables qui pourraient être obtenue si l'efficacité du pays i atteignait le niveau défini par la frontière d'efficience estimée.

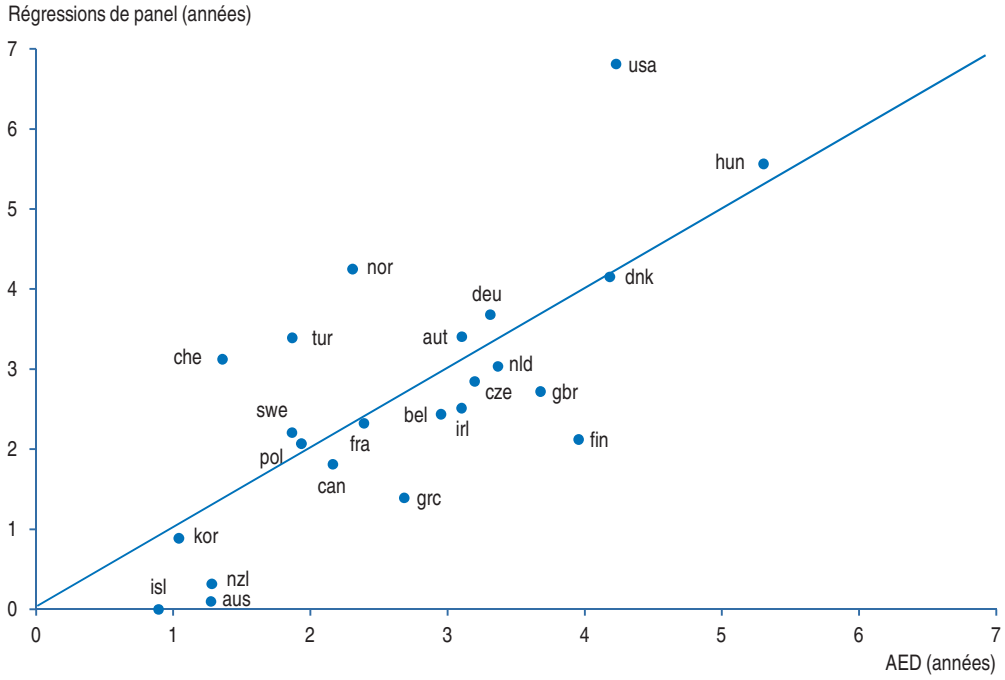
1. Dans le graphique A, toutes les AED ont été réalisées avec 2 inputs : les dépenses de santé par habitant et une variable appelée ENV. ENV est un indicateur composite de l'environnement socioéconomique (PIB par habitant, niveau de formation) et des facteurs relatifs au mode de vie (émissions d'oxyde d'azote, consommation de fruits et légumes, consommation antérieure d'alcool et de tabac – données 1990). Toutes les AED concernent 2007 sauf dans le cas où la mortalité évitable a été prise comme résultat, ces données n'étant disponibles que jusqu'en 2003 et pour 27 pays.
2. Dans le graphique B, toutes les AED ont été réalisées avec l'espérance de vie à la naissance comme résultat. ESCS est un indice du niveau économique, social et culturel dérivé de l'étude PISA 2006. Nox représente les émissions d'oxyde d'azote par habitant. Toutes les données concernent 2007 sauf dans le cas de l'alcool et du tabac pour lesquels les données 1990 ont été utilisées, et pour Nox qui n'est disponible que jusqu'en 2005.

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

L'Australie, la Corée, l'Islande et la Nouvelle-Zélande montrent dans les deux cas les meilleures performances. À l'autre extrême, les deux méthodes placent le Danemark, les États-Unis et la Hongrie au bas de l'échelle. D'après les scores de l'AED, la Finlande, le Royaume-Uni et dans une moindre mesure la Grèce apparaissent relativement inefficients, alors que les régressions de panel suggèrent des conclusions plus favorables. Il faut toutefois reconnaître que ces deux approches ne sont pas entièrement comparables. En particulier, elles ne s'appliquent pas aux mêmes horizons temporels : l'AED est appliquée en coupe transversale et montre ainsi la situation pour une année donnée alors que les régressions de panel combinent les coupes transversales et les séries chronologiques et présentent des moyennes sur la période d'estimation. Or dans certains pays, par exemple le Royaume-Uni, les dépenses de santé par habitant ont fortement augmenté sur la période considérée.

Graphique 2.8. **Comparaison des résultats de l'AED et des régressions sur données de panel**

Gains potentiels d'espérance de vie à la naissance[1]



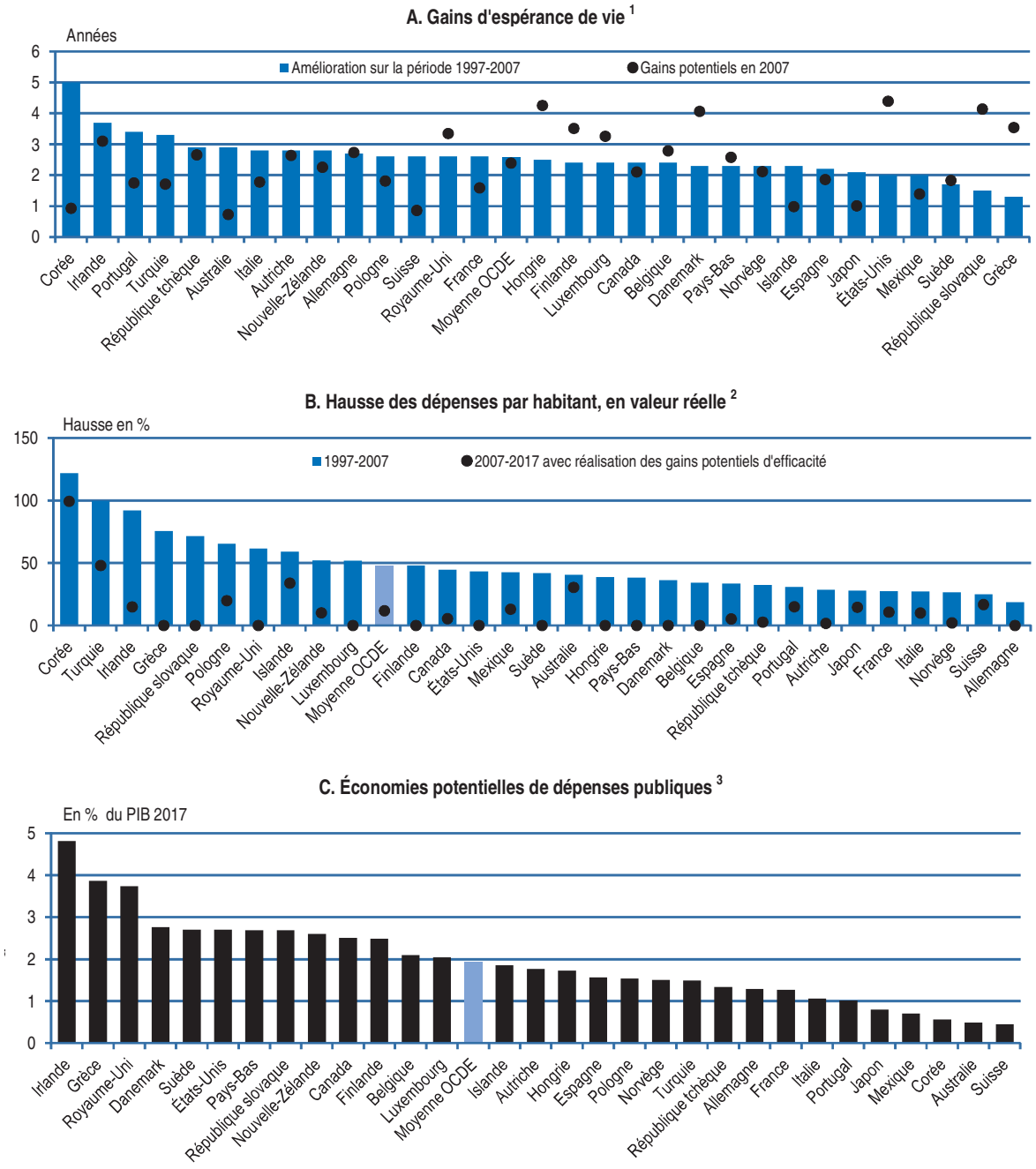
1. Les gains potentiels sont mesurés par le nombre d'années de vie qui pourraient être gagnées si l'efficacité du pays i pouvait s'accroître pour atteindre le niveau défini par la frontière d'efficience estimée (AED) ou était égal au niveau calculé pour le pays le plus performant (régressions de panel). Pour améliorer la comparabilité, les résultats de l'AED et des régressions sur données de panel concernent 2003.

Source : Calculs de l'OCDE.

On pourrait limiter les dépenses tout en permettant une amélioration de l'état de santé

L'amélioration future de l'état de santé pourrait être financée en partie par des gains d'efficience et, le cas échéant, des dépenses supplémentaires. Dans environ un tiers des pays de l'OCDE, l'augmentation de l'espérance de vie réalisée sur la période 1997-2007 est moindre que celle que l'on pourrait obtenir à dépenses constantes d'après les

Graphique 2.9. **Des gains d'efficacité permettraient à terme de limiter les dépenses**



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 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 gagnées si l'efficacité du pays i était améliorée pour s'aligner sur le niveau implicite de la frontière d'efficience, tout en maintenant les ressources constantes et dans l'hypothèse de rendements d'échelle constants.
2. Dans l'hypothèse où les pays tirent profit des gains potentiels d'efficacité, 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 efficients que les pays les plus performants dans ce domaine.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 *;* calculs de l'OCDE.

estimations d'AED (graphique 2.9, partie A). Pour la plupart des autres pays, les gains d'efficience potentiels sont néanmoins importants et, par comparaison avec un scénario sans réforme, des réformes permettraient de limiter dans une grande mesure les augmentations de dépenses.

L'augmentation des dépenses de santé au cours de la période 1997-2007 a été forte et, dans l'avenir, il serait possible de la limiter dans la plupart des pays. Les dépenses de santé par habitant ont augmenté en termes réels de plus de 50 % dans dix pays, et particulièrement en Corée, en Grèce, en Irlande et en Turquie. Sur la base d'un ensemble d'hypothèses simplificatrices (encadré 2.4), le graphique 2.9, partie B, présente une comparaison entre l'augmentation des dépenses par habitant en termes réels sur la période 1997-2007 et l'augmentation qui serait nécessaire pour la période 2007-2017 si le pays considéré voulait élever le niveau de santé de la population autant qu'il l'a fait sur la période 1997-2007 (en mesurant cette amélioration par l'augmentation de l'espérance de vie, en années). Ce calcul indique que certains pays pourraient financer la totalité de cette amélioration de l'état de santé par des gains d'efficience (par exemple, l'Allemagne, les États-Unis et le Royaume-Uni), l'augmentation de l'espérance de vie sur la période 1997-2007 étant moindre que celle qui pourrait être réalisée en améliorant l'efficience à dépenses constantes. Dans environ deux tiers des pays de l'OCDE, la simulation indique que les gains d'efficience ne correspondraient qu'à une fraction, toutefois souvent significative, de l'élévation du niveau de santé (par exemple, en Australie, en France et au Japon).

L'exploitation des gains d'efficience potentiels entraînerait d'importantes économies de dépenses publiques dans tous les pays. Le graphique 2.9, partie C, compare un scénario de base où les pays améliorent l'état de santé de la population et augmentent leurs dépenses suivant la même tendance que sur la période 1997-2007 avec un « scénario de réforme » où les pays exploitent leurs gains d'efficience potentiels. Les économies de dépenses publiques potentielles représenteraient 1.9 % du PIB 2017 en moyenne pour la zone de l'OCDE et plus de 3 % pour la Grèce, l'Irlande et le Royaume-Uni.

Encadré 2.4. **Principales hypothèses à la base des estimations des économies de dépenses publiques potentielles**

Pour calculer des estimations concernant les économies de dépenses publiques réalisables en exploitant les gains d'efficience potentiels dans le secteur de la santé, on a fait les hypothèses suivantes :

- sur la période 2007-2017, l'état de santé de la population s'améliore autant que sur la période 1997-2007 (en prenant comme mesure l'augmentation de l'espérance de vie) ;
- la contribution des autres déterminants de l'état de santé (croissance du PIB, éducation, pollution, consommation d'alcool et de tabac, régime alimentaire, etc.) à l'augmentation de l'espérance de vie reste la même que sur la période 1997-2007 ;
- l'efficience des dépenses n'a pas significativement changé sur la période 1997-2007 ;
- la proportion respective des dépenses publiques et des dépenses privées reste constante au cours du temps (cela a été à peu près le cas au cours des dernières décennies).

Compléter les indicateurs d'efficacité agrégés

Les mesures de l'efficacité dérivées en se basant sur les résultats en matière de santé au niveau du système peuvent être complétées par des mesures de performances reposant sur des indicateurs de volume de soins, par des indicateurs de qualité des soins et par des informations sur la part des ressources consacrée à la gestion par opposition aux soins proprement dits. Chacun de ces indicateurs de performances « intermédiaires » est partiel et donc potentiellement trompeur si on le considère isolément. Ils peuvent cependant donner des indications sur les spécificités des pays et mettre en lumière les domaines qu'il conviendrait de réformer.

Les mesures de volume de soins ne sont pas de bons indicateurs de résultats mais peuvent aider à déterminer les priorités des réformes

Eco-Santé OCDE contient des données qui peuvent servir à calculer des indicateurs visant à rendre compte de l'efficience de l'utilisation des ressources dans le secteur des soins hospitaliers. La durée moyenne de séjour (DMS) à l'hôpital est l'un d'entre eux. Toutes choses égales par ailleurs, un séjour plus court réduit le coût par sortie et remplace une prise en charge hospitalière par des soins ambulatoires moins coûteux. Cet indicateur a toutefois le sérieux défaut de ne pas refléter l'intensité du service fourni (par exemple, l'utilisation de moyens d'imagerie de haute technologie) ni les risques de mauvais résultats pour le patient ou de réadmission en cas de sortie prématurée de l'hôpital. La DMS pour l'ensemble des soins en hospitalisation montre d'importantes variations d'un pays à l'autre (graphique 2.10), reflétant pour une part dans quelle mesure ce secteur est utilisé pour soigner les personnes âgées. Au Japon, par exemple, où l'hôpital joue un rôle important dans la fourniture des soins de longue durée, la DMS en hospitalisation est environ quatre fois supérieure à la moyenne de l'OCDE[29].

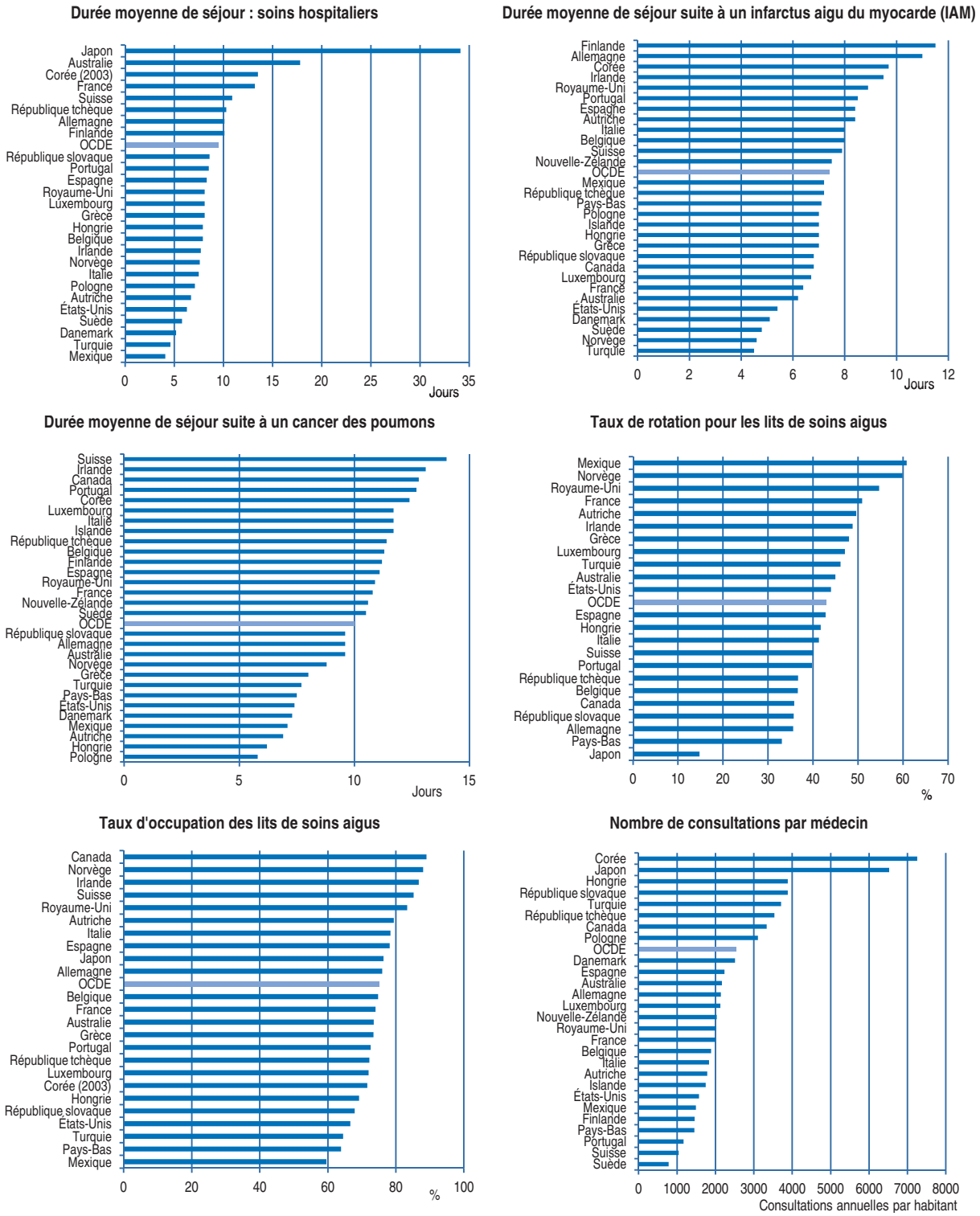
On peut remédier en partie à l'hétérogénéité des pays sur le plan des pathologies des patients hospitalisés en considérant les DMS par maladie[30]. Les DMS par maladie peuvent mieux refléter l'impact des incitations financières inhérentes aux modes de paiement des hôpitaux ainsi que d'autres facteurs institutionnels (tels que le nombre de lits dans les centres de réadaptation ou de convalescence). En Irlande, par exemple, où les hôpitaux sont rémunérés en partie à la journée, les DMS par maladie sont généralement supérieures à la moyenne de l'OCDE. Deux autres indicateurs souvent considérés comme pertinents pour évaluer l'efficience de l'utilisation des équipements médicaux ont été

29. Au Japon, le remplacement du système de paiement à la journée pour les hôpitaux par un dispositif de paiement pour le traitement de groupes homogènes de malades (GHM) est considéré comme une priorité pour réduire la DMS en soins aigus (OCDE, 2009*d*). Toutefois, Eco-Santé OCDE ne fournit pas de données sur la DMS par pathologie pour le Japon.

30. Eco-Santé OCDE fournit des données sur la DMS pour environ 130 catégories de diagnostic. Pour choisir un nombre raisonnable de catégories en vue d'une analyse approfondie, on s'est appuyé sur les critères suivants : ces maladies sont fréquentes, bien connues et/ou rarement associées à d'autres catégories de diagnostic (afin de limiter le risque d'une catégorisation différente d'un pays à l'autre). On a choisi les catégories suivantes pour les DMS : trois catégories de cancers (trachée, bronches et poumon ; sein ; côlon, rectum et anus) ; infarctus aigu du myocarde (IAM) ; tuberculose ; fractures du fémur.

Graphique 2.10. **Exemples d'indicateurs d'efficacité fondés sur le volume d'activité – comparaisons internationales**

2007 ou dernière année disponible



Source : Eco-Santé OCDE 2009.

inclus dans l'ensemble : le taux de rotation – nombre de cas par lit de soins aigus disponible – et le taux d'occupation des lits de soins aigus[31].

Bien qu'ils soient essentiellement très proches, les indicateurs d'efficience pour les soins hospitaliers ne sont pas toujours fortement corrélés (tableau 2.A1.1). Il existe certaines corrélations entre les DMS par maladie, mais elles sont loin d'être systématiques – par exemple, la DMS des patients atteints de tuberculose semble dans une grande mesure sans relation avec la DMS pour les autres maladies. Cela semble indiquer qu'un pays peut être efficient dans le traitement de certaines maladies, mais non dans d'autres. En outre, les indicateurs d'efficience pour les soins hospitaliers doivent être interprétés avec prudence. Un taux d'occupation élevé (habituellement considéré comme une utilisation efficiente des ressources) peut refléter soit une longue DMS (habituellement considérée comme une utilisation inefficiente des ressources), soit un taux de rotation élevé[32].

Les corrélations parmi les pays considérés entre les mesures de l'efficience des soins hospitaliers et les scores d'efficience tirés de l'AED relatifs aux résultats de santé sont non significatives ou parfois n'ont pas le bon signe. Les corrélations positives significatives entre les scores d'efficience de l'AED et la DMS globale ainsi que la DMS pour deux types de cancers sont particulièrement étranges. Une explication possible serait que des hospitalisations trop courtes génèrent un risque important de réadmission ou un déplacement des coûts des soins aigus vers d'autres environnements de soins (Kondo *et al.*, 2009). On ne possède pas de données internationalement comparables sur les taux de réadmission pour corriger les données sur les DMS. Cependant, diverses études empiriques sur les hôpitaux aux États-Unis et en Allemagne concluent que la mise en œuvre de systèmes de gestion des besoins de traitements entre hôpitaux et médecine de ville et/ou de dispositifs de paiement par cas pour les hôpitaux a réduit la durée de séjour sans nuire à la qualité des traitements (par exemple, Kainzinger *et al.*, 2009). Des DMS plus courtes réduisent également le risque d'infection nosocomiale.

Le nombre de consultations par médecin est quelquefois utilisé comme indicateur de l'efficience dans le secteur ambulatoire. Le nombre de consultations par médecin est extrêmement variable d'un pays à l'autre, de plus de 6 500 par an en Corée et au Japon à moins de 1 500 en Finlande, au Mexique, aux Pays-Bas, au Portugal et en Suède. Toutefois, ce n'est pas nécessairement un bon indicateur de l'efficience, pour au moins deux raisons. Premièrement, la nature et le contenu des consultations sont probablement très variables d'un pays à l'autre. En particulier, il n'est peut-être pas judicieux de regrouper les consultations des généralistes et des spécialistes et on ne connaît pas la répartition entre les deux. Deuxièmement, les consultations trop brèves peuvent être de mauvaise qualité et/ou d'un mauvais rapport efficacité-coût[33]. En outre, il n'y a pas de

31. Le nombre d'examens par équipement de haute technologie (par exemple, IRM et scanners) pourrait également fournir des informations utiles mais les données manquent pour de nombreux pays dans Eco-Santé OCDE.

32. La formule reliant le taux d'occupation (TO), le taux de rotation (TR) et la DMS est la suivante : TO = DMS*TR/365. Les définitions et les méthodes de collecte des données ne sont pas toujours parfaitement cohérentes et cette relation n'est pas toujours strictement vérifiée.

33. Au Japon, les patients se plaignent souvent de passer trois heures dans la salle d'attente pour une consultation de seulement trois minutes avec le médecin. Pour essayer de remédier à ce problème, le gouvernement a réduit le paiement des consultations médicales qui durent moins de cinq minutes (OCDE, 2009*b*).

corrélation significative entre cet indicateur et les scores d'efficience (au regard des résultats de santé) de l'AED.

Le niveau des coûts administratifs est quelquefois considéré comme un élément pertinent pour évaluer l'efficience du système de santé – des coûts administratifs élevés peuvent apparaître comme un détournement des ressources au détriment de l'utilisation productive. En 2007, ces coûts représentaient moins de 2 % des dépenses courantes totales au Danemark, en Hongrie, en Italie, en Norvège et au Portugal mais 7 % ou plus en Belgique, aux États-Unis, en France, au Luxembourg, au Mexique et en Nouvelle-Zélande[34]. Cependant, les coûts administratifs ne sont pas nécessairement inefficients s'ils permettent une meilleure utilisation des ressources médicales existantes. Selon Woolhandler *et al.* (2003), un système comprenant de multiples assureurs et une concurrence de marché au niveau des prestataires est peut-être intrinsèquement plus coûteux. Dans la pratique, les corrélations parmi les pays considérés entre les coûts administratifs et les indicateurs d'efficience reposant sur les volumes d'activité ne sont pas significatives ou même ne vont pas dans la direction attendue. Il n'y a pas non plus de corrélation significative entre des coûts administratifs élevés et les scores d'efficience (tirés de l'AED) relatifs aux résultats de santé.

Globalement, les indicateurs d'efficience reposant sur les volumes d'activité soulèvent un certain nombre de problèmes si on les utilise pour représenter l'efficience globale du système. Premièrement, ils ne donnent pas une image univoque. Les utiliser pour évaluer l'efficience dans le secteur de la santé impliquerait de faire un choix entre eux ou de concevoir une méthode pour les agréger, avec de sérieux inconvénients dans un cas comme dans l'autre. Deuxièmement, les indicateurs reposant sur les données actuellement disponibles portent presque exclusivement sur le secteur des soins hospitaliers alors que certains actes médicaux ou chirurgicaux s'effectuent de plus en plus en soins de jour à un moindre coût. L'opération de la cataracte en est un exemple. D'après les données disponibles, la proportion des opérations de la cataracte réalisées en soins de jour varie notablement d'un pays à l'autre, de plus de 97 % au Canada, en Finlande, aux Pays-Bas et en Suède à moins de 65 % en Hongrie, au Luxembourg, en Pologne et en République tchèque. Troisièmement, il n'est pas du tout évident de mesurer l'efficience dans le secteur des soins ambulatoires étant donné la grande hétérogénéité des cas, en grande partie non documentée. Il serait encore plus difficile de concevoir un bon indicateur de l'efficience pour le secteur des produits pharmaceutiques. Quatrièmement, il conviendrait de prendre en compte les différences de qualité des soins.

Les mesures de l'efficience axées sur les volumes de soins ne peuvent remplacer les mesures de l'efficience axées sur les résultats de santé ; toutefois, elles peuvent compléter ces dernières et aider à mettre en lumière les spécificités des pays et leurs priorités de réforme. Parmi les pays ayant des scores d'efficience au regard des résultats de santé (tirés de l'AED) inférieurs à la moyenne, beaucoup tendent à avoir des DMS par maladie supérieures à la moyenne, notamment la Belgique, la Finlande, l'Irlande, le Luxembourg, la République tchèque et le Royaume-Uni. La plupart des autres pays qui ont des scores d'efficience au regard des résultats de santé inférieurs à la moyenne se caractérisent par

34. Les données sur les coûts administratifs sont sujettes à caution. En effet ces coûts peuvent être sous-estimés car il est souvent difficile pour les pays de répartir correctement les coûts administratifs entre les différents ministères impliqués dans la coordination, la gestion et la délivrance des services de santé. En outre, les compagnies d'assurance privées ont souvent du mal à faire la distinction entre les dépenses administratives liées à l'assurance maladie et celles liées aux autres types d'assurance qu'elles proposent.

un faible taux d'occupation des lits de soins aigus, notamment les États-Unis, la Grèce, la Hongrie, les Pays-Bas et la République slovaque. On peut aussi mettre en évidence des marges d'amélioration pour des pays qui ont des scores d'AED relativement élevés. Par exemple, l'Australie, la Corée, la France, le Japon et la Suisse se caractérisent tous par des durées de séjour en hospitalisation assez longues, reflétant en partie un fort recours aux hôpitaux pour les soins de longue durée. On constate également une forte part de ressources consacrée à l'administration en France et, dans une moindre mesure, en Suisse.

Les indicateurs de qualité sont utiles mais il convient d'en poursuivre l'élaboration

Pour évaluer les performances des systèmes de santé, il faut prendre en compte la qualité des soins. En raison du manque de données, l'analyse dans cet ouvrage ne porte que sur une petite partie des « Indicateurs de la qualité des soins » de l'OCDE :

- Trois mesures de résultats concernant le traitement des affections chroniques – taux d'admission évitable à l'hôpital pour l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et l'insuffisance cardiaque congestive (ICC) – avec l'hypothèse que des taux d'admission élevés peuvent indiquer une mauvaise qualité des soins parce que, dans la plupart des cas, ces affections pourraient être évitées ou être traitées sans hospitalisation.
- Deux mesures de résultats concernant le traitement des complications aiguës d'affections chroniques – taux de mortalité à l'hôpital à 30 jours après admission pour un infarctus aigu du myocarde (IAM) ou un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique. Les maladies coronariennes restent la première cause de décès dans la plupart des pays de l'OCDE mais une grande partie de la réduction des taux de mortalité depuis les années 1970 est attribuable à la moindre mortalité de l'IAM (OCDE, 2009*a*). Étant donné la diversité des services et des dispositifs à mobiliser pour soigner cette maladie, le taux de mortalité après IAM est considéré comme une bonne mesure de résultat pour la qualité des soins aigus. De même, l'AVC ischémique est une cause de décès importante et les taux de mortalité correspondants sont utilisés pour comparer les hôpitaux à l'intérieur d'un même pays ou au niveau international.
- Trois mesures de processus concernant la prévention – taux de vaccination (des enfants) contre la rougeole et contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) et taux de vaccination contre la grippe pour les personnes âgées. Ces indicateurs portent plus sur des processus ou des activités que sur des résultats, mais ils présentent certains avantages. En particulier, les données sont faciles à obtenir et ils peuvent être utiles pour formuler des recommandations à l'usage des pouvoirs publics[35].

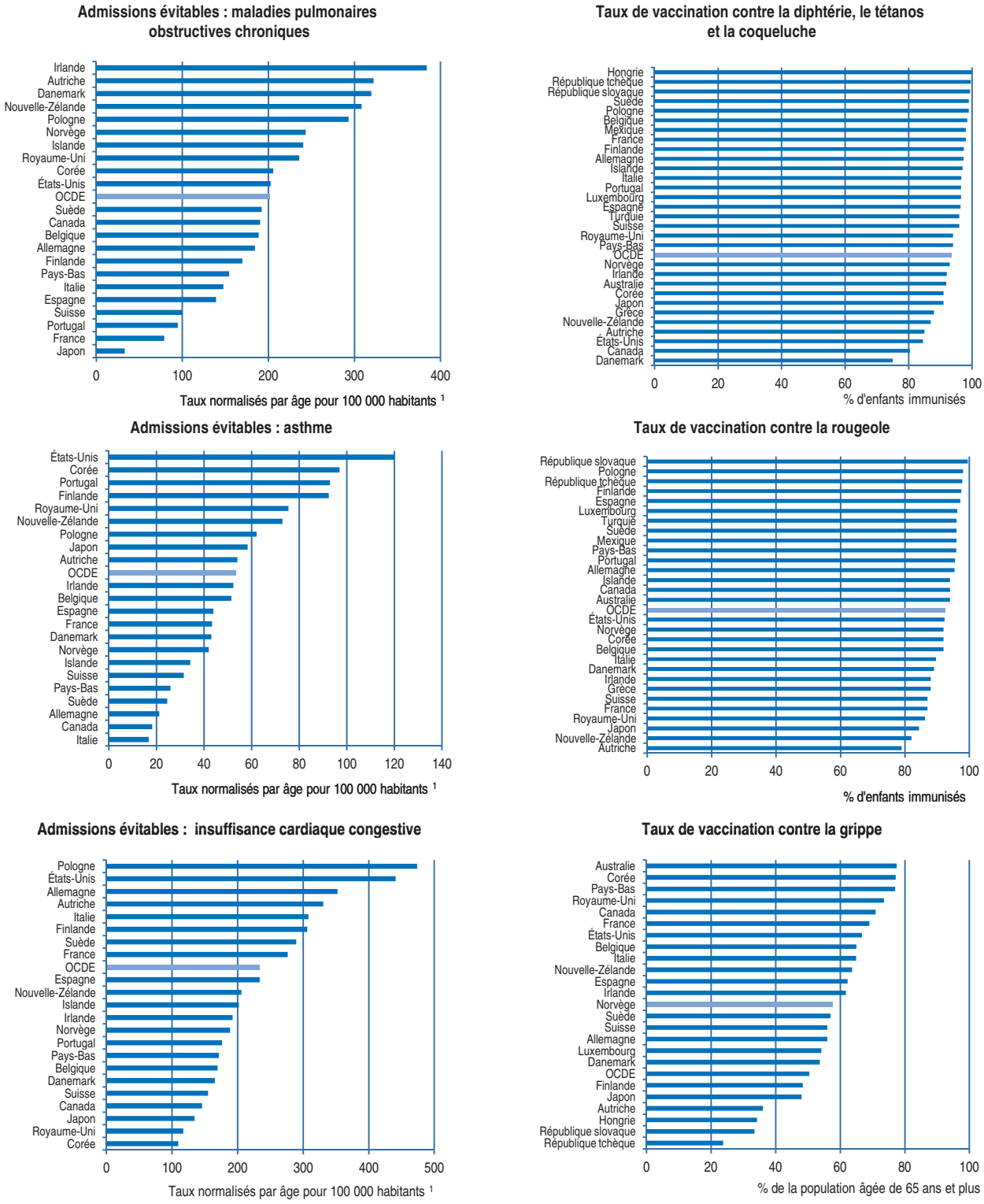
35. Les indicateurs de processus ne mesurent pas les résultats mais ils présentent certains avantages lorsqu'il existe des preuves suffisantes du lien entre le processus de soins et les résultats souhaités. Ils sont souvent plus fiables et on peut les obtenir à intervalles réguliers. Ils indiquent aussi directement les actions nécessaires pour améliorer les soins (Crombie et Davies, 1998). Smith (2002) considère en outre que les indicateurs de processus sont souvent susceptibles d'offrir une mesure plus fiable des performances actuelles du système que les indicateurs de l'état de santé actuel qui reflètent des années d'influence du système de santé et d'exposition de la population aux facteurs externes (pollution, facteurs socioéconomiques, etc.).

Ces indicateurs donnent des informations très utiles sur certains points faibles ou points forts du système de santé de chaque pays. Chacun de ces indicateurs est très variable d'un pays à l'autre mais il n'y a pas de classement unique – la plupart des pays enregistrent de bonnes performances dans certains domaines et moins dans d'autres (graphique 2.11). Par exemple, l'Italie est très bien placée en ce que concerne les admissions évitables pour l'asthme et pour la MPOC, mais moins bien pour l'insuffisance cardiaque congestive. De même, la Corée se plaçait au meilleur rang en 2007 pour le taux de mortalité à l'hôpital après IAM mais aussi au bas du classement pour l'AVC ischémique. En outre, ces indicateurs ne sont pas tous significativement corrélés avec l'espérance de vie à la naissance ou avec la mortalité évitable. Les indicateurs de qualité des soins pour les maladies chroniques (c'est-à-dire les taux d'admission évitable) sont raisonnablement bien corrélés avec l'espérance de vie, la mortalité évitable et les scores d'efficience tirés de l'AED (tableau 2.A1.1). Le lien entre les taux de vaccination et les autres indicateurs de qualité des soins ainsi qu'avec les mesures des résultats de santé est beaucoup moins net.

Dans l'ensemble, un examen attentif des indicateurs de la qualité des soins aide à déterminer les spécificités et les priorités de réforme des pays, mais il faut rester prudent à l'égard de ces indicateurs, pour au moins deux raisons : les données posent, dans certains cas, des problèmes importants de comparabilité et ces indicateurs restent partiels. Par exemple, l'Autriche est relativement bien placée en ce qui concerne la plupart des mesures d'efficience basées sur les volumes d'activité hospitalière, mais les indicateurs de qualité des soins sont moins favorables. En particulier, les taux d'admission évitable à l'hôpital pour MPOC ou pour insuffisance cardiaque congestive semblent élevés et les taux de vaccination semblent bas, ce qui peut signaler des points faibles dans les soins préventifs et/ou dans le secteur des soins ambulatoires.

Graphique 2.11. **Exemples d'indicateurs de la qualité des soins – comparaisons internationales**

2007 ou dernière année disponible



1. Population âgée de 15 ans et plus.

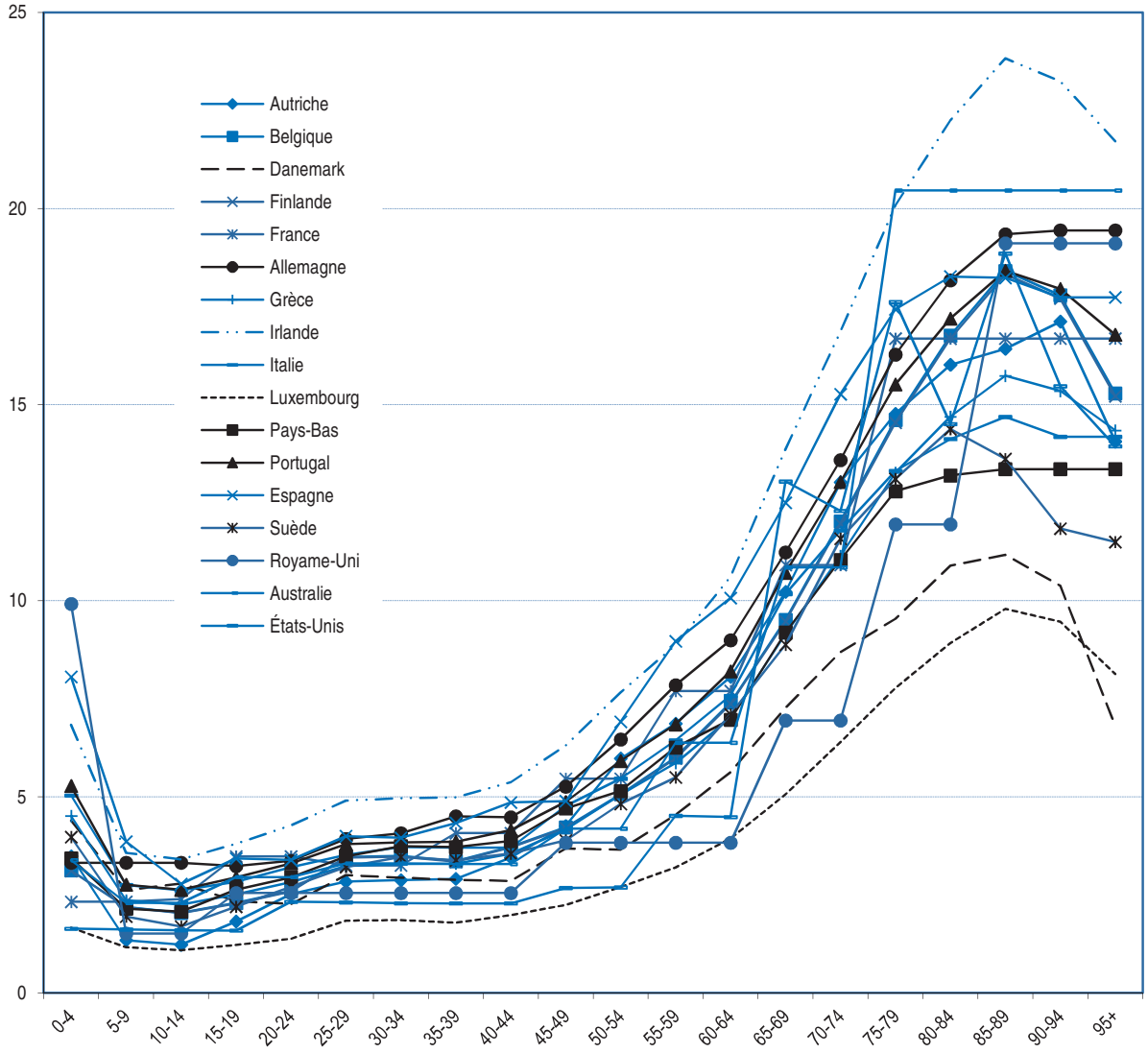
Source : Eco-Santé OCDE 2009.

Annexe 2.A1

Informations supplémentaires sur les résultats, les dépenses et l'efficacité des soins médicaux

Graphique 2.A1.1. **Dépenses publiques de santé par tranche d'âge**[1]

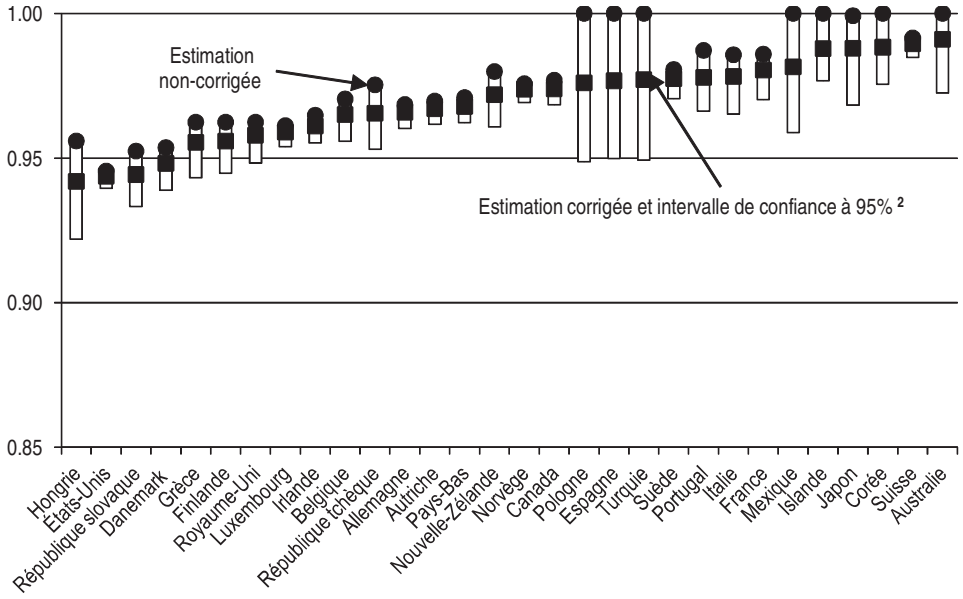
En pourcentage du PIB par habitant



1. Dépenses par habitant dans chaque tranche d'âge en 1999 divisées par le PIB par habitant.

Source : Oliveira Martins et de la Maisonneuve (2006).

Graphique 2.A1.2. **Scores d'efficacité pour 2007 obtenus par une AED et leurs intervalles de confiance** [1]



1. Analyse par enveloppement des données (AED) réalisée avec 2 inputs (dépenses de santé et un indicateur composite des conditions socioéconomiques, de la consommation de fruits et légumes, de la consommation antérieure d'alcool et de tabac) et un indicateur de résultat (espérance de vie à la naissance). Les scores d'efficacité sont mesurés ici, à inputs constants, par l'augmentation potentielle de l'espérance de vie à la naissance.
2. Les résultats de l'AED sont sensibles aux erreurs de mesure et au bruit statistique. Ils font aussi l'objet d'un biais conduisant à une sous-estimation de l'inefficience. La méthode dite de bootstrap (c.à.d. tirage répété d'échantillons de même taille que les données observées) peut permettre de résoudre ces problèmes en corrigeant le biais résultant de la faible taille de l'échantillon et en produisant des intervalles de confiance.

Source : Estimations de l'OCDE.

Tableau 2.A1.1. **Corrélations bilatérales entre les indicateurs d'efficience relatifs au volume et à la qualité des soins**

	Mesures d'efficience relatives au volume des soins											Indicateurs de qualité								Coûts administratifs	Mesures relatives aux résultats des soins		Mesure d'efficience fondée sur l'état de santé : scores AED
	Soins hospitaliers									Soins ambulatoires		Soins pour les maladies transmissibles : taux de vaccination			Soins pour les affections chroniques : admissions évitables			Taux de décès					
	Durée moyenne de séjour (DMS)							Lits d'hôpitaux															
	Hôpital, total	IAM	Cancer du sein	Cancer du poumon	Cancer du rectum	Fracture du fémur	Tuber-culose	Taux de rotation	Taux d'occu-pation	Opération de la cataracte	Nombre de consulta-tions par médecin	Rougeole	DTCOQ	Grippe	Asthme	Maladie pulmonaire obstructive chronique	Insuf-fisance cardiaque	Infarctus (IAM)	Accident vasculaire cérébral		Espérance de vie	Mortalité évitable	
Mesures d'efficience relatives au volume des soins																							
DMS, hôpital, total	1.00	0.27	0.24	0.35 *	0.33 *	0.38 *	0.17	-0.67 **	0.10	0.16	0.53 **	-0.15	-0.03	0.08	0.04	-0.57 **	-0.34	0.63 **	0.04	-0.11	0.46 *	-0.26	0.41 *
DMS, infarctus aigu du myocarde (IAM)		1.00	0.56 **	0.39 *	0.40 *	0.66 **	0.28	-0.37 *	0.24	0.02	0.06	-0.08	0.20	-0.01	0.18	-0.07	-0.05	0.42 *	0.03	0.09	0.21	-0.04	0.00
DMS, cancer du sein			1.00	0.43 *	0.28	0.54 **	0.28	-0.42 *	0.07	-0.12	0.33 *	0.04	0.27	-0.35	0.00	0.01	-0.19	0.49 *	0.05	0.10	0.01	0.09	-0.10
DMS, cancer du poumon				1.00	0.82 **	0.46 *	-0.01	-0.33	0.57 **	0.35	-0.03	-0.13	0.14	0.22	-0.17	-0.37 *	-0.58 **	0.13	0.24	0.02	0.57 **	-0.40 *	0.37 *
DMS, cancer du rectum					1.00	0.36 *	-0.06	-0.28	0.52 *	0.52 *	-0.26	-0.22	0.10	0.44 *	-0.36	-0.46 *	-0.55 **	0.16	0.36	0.13	0.67 **	-0.53 **	0.33 *
DMS, fracture du femur						1.00	0.27	-0.50 *	0.18	0.01	0.49 *	-0.05	0.17	0.08	0.31	-0.04	-0.37	0.58 **	0.03	0.06	0.16	-0.08	0.11
DMS, tuberculose							1.00	-0.63 **	0.12	-0.44 *	0.30	0.28	0.33 *	-0.30	-0.15	-0.01	0.31	0.24	0.28	-0.31	-0.26	0.32	0.11
Taux de rotation, lits de soins aigus								1.00	0.08	-0.07	-0.68 **	-0.15	0.06	0.07	-0.03	0.49 *	0.28	-0.58 *	0.14	0.26	-0.20	0.01	-0.18
Taux d'occupation, lits de soins aigus									1.00	0.37	-0.05	-0.52 **	-0.35 *	0.15	-0.36	0.35	-0.31	-0.63 *	0.16	-0.39 *	0.62 **	-0.48 *	0.17
Opérations de la cataracte pratiquées en hôpital de jour (% du total)										1.00	-0.51 *	-0.39 *	-0.43 *	0.59 **	-0.13	-0.14	-0.67 **	-0.28	-0.14	-0.08	0.72 **	-0.72 **	0.25
Nombre de consultations par médecin											1.00	0.07	-0.10	-0.11	0.28	-0.12	-0.32	0.55 *	-0.01	-0.22	-0.20	0.21	0.10
Indicateurs de qualité																							
Taux de vaccination, rougeole												1.00	0.55 **	-0.22	-0.09	-0.27	0.23	0.28	0.01	-0.13	-0.51 **	0.50 **	-0.14
Taux de vaccination, diphthérie, tétanos et coqueluche (DTCOQ)													1.00	-0.25	-0.17	-0.40 *	0.18	0.25	0.06	0.05	-0.24	0.33 *	0.18
Taux de vaccination, grippe														1.00	0.05	-0.05	-0.30	0.08	0.05	0.28	0.56 **	-0.61 **	0.40 *
Admissions évitables : asthme															1.00	0.17	0.17	0.42	-0.06	0.28	-0.46 *	0.49 *	-0.39 *
Admissions évitables : maladie pulmonaire obstructive chronique																1.00	0.16	-0.29	0.05	-0.05	-0.50 *	0.31	-0.46 *
Admissions évitables : insuffisance cardiaque																	1.00	-0.19	-0.35	0.04	-0.49 *	0.39 *	-0.29
Mortalité à l'hôpital après un infarctus aigu du myocarde																		1.00	0.40 *	0.41 *	-0.39 *	0.41 *	-0.23
Mortalité à l'hôpital après un accident vasculaire cérébral																			1.00	0.39	-0.29	0.40 *	-0.31
Coûts administratifs																				1.00	-0.05	0.04	-0.06
Mesures de résultats																							
Espérance de vie à la naissance																					1.00	-0.96 **	0.47 **
Taux de mortalité évitable																						1.00	-0.49 **
Mesures d'efficience globale fondée sur l'état de santé : scores AED																							1.00

Notes : Les coefficients de Pearson mesurent la corrélation linéaire entre les niveaux des indicateurs de l'efficacité en 2007 (ou dernière année disponible). Les coefficients suivis du symbole ** sont significatifs à moins de 1 %. Ceux suivis du symbole * sont significatifs entre 1 et 10 %. Ceux sans * ne sont pas significatifs en dessous d'un seuil de 10 %.

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

Annexe 2.A2

Aperçu de travaux liant les résultats en matière de santé à leurs déterminants

Tableau 2.A2.1. **Quelques travaux empiriques : approches et principaux résultats**

Auteurs	Pays et période couverts, méthodes	Variables dépendantes	Principales variables explicatives	Principaux résultats
Afonso et St Aubyn (2006)	• 30 pays de l'OCDE • Période : début décennie 2000 • Procédure en deux étapes sur données transversales : AED et régressions Tobit	Une composante principale constituée de l'espérance de vie à la naissance, la mortalité infantile et la mortalité prématurée	• Une composante principale constituée des médecins, lits d'hôpital, IRM dans l'AED. Les régressions Tobit comprennent : le PIB par habitant, le niveau d'études, la consommation de tabac, d'alcool et de sucre et l'obésité	Le PIB par habitant, le niveau d'études, le tabac et l'obésité contribuent à expliquer pourquoi certains pays ont un meilleur état de santé que les autres en utilisant des niveaux de ressources médicales comparables.
Berger et Messer (2002)	• 20 pays de l'OCDE • Période : 1960-1992 • Régressions sur données de panel	Taux de mortalité	• Revenu, répartition du revenu, structure par âge, tabac, consommation de graisses et d'alcool, niveau d'études, inégalité des revenus. • Dépenses de santé, part des dépenses publiques, couverture de l'assurance publique pour les soins hospitaliers et ambulatoires	Les augmentations des dépenses de santé sont associées à une moindre mortalité. Des modes de vie plus sains et un niveau d'études plus élevé le sont aussi. L'inégalité des revenus n'a pas d'influence. Les augmentations de la part des dépenses de santé financée par les fonds publics sont associées à des taux de mortalité plus élevés. Une couverture d'assurance accrue pour les soins ambulatoires réduit les taux de mortalité ; l'impact de la couverture d'assurance pour les soins hospitaliers est moins clair.
Crémieux *et al.* (1999)	• 10 provinces canadiennes • Période : 1978-1992 • Régressions sur données de panel	Mortalité infantile, espérance de vie des hommes et des femmes	• PIB par habitant, niveau d'études, tabac, consommation de viandes et de graisses, pauvreté • Nombre de médecins par habitant, dépenses de santé par habitant	Les facteurs de mode de vie sont des déterminants significatifs de la santé. Le niveau d'études a peu d'impact sur l'état de santé. Le revenu est un déterminant de l'espérance de vie. Un moindre nombre de médecins et/ou des réductions des dépenses sont associés à une plus grande mortalité infantile et une moindre espérance de vie. Une réduction de 10 % des dépenses s'accompagnerait d'une diminution de six mois de l'espérance de vie pour les hommes et de trois mois pour les femmes.

Tableau 2.A2.1. **Quelques travaux empiriques : approches et principaux résultats** (suite)

Auteurs	Pays et période couverts, méthodes	Variables dépendantes	Principales variables explicatives	Principaux résultats
Elola *et al.* (1995)	• 17 pays d'Europe • Régressions transversales	Espérance de vie et mortalité prématurée (APVP) par sexe, mortalité infantile	• PIB par habitant • Dépenses de santé, type de système de santé (système de sécurité sociale par opposition à système national intégré)	Les dépenses de santé par habitant peuvent expliquer une plus grande part de la variance de la mortalité infantile que le PIB par habitant. Les dépenses de santé sont inversement corrélées à la mortalité prématurée féminine et positivement corrélées à l'espérance de vie féminine. La dispersion des revenus n'est pas une variable explicative pour les différences de l'état de santé entre les pays d'Europe. Les pays à système national de santé intégré sont plus efficaces pour abaisser leur taux de mortalité infantile que les pays à système de sécurité sociale, mais il n'y a pas de relation statistique entre l'organisation du système de santé et les autres variables représentant l'état de santé.
Filmer et Pritchett (1997)	• 109 pays en développement • Régressions transversales	Mortalité des enfants de moins de 5 ans et mortalité infantile	• PIB par habitant, niveau d'études féminin, inégalité des revenus, degré d'urbanisation, religion prédominante, fractionnement ethno-linguistique, accès à de l'eau salubre • Part des dépenses publiques dans le total des dépenses de santé	95% de la variabilité de la mortalité entre les pays est expliquée par le revenu par habitant, la dispersion des revenus, le niveau d'études féminin, la fragmentation ethnique et la religion prédominante. L'impact des dépenses publiques sur la santé est faible et non significatif.
Hitiris et Posnett (1992)	• 28 pays de l'OCDE • Période : 1960-1987 • Régressions sur données de panel	Taux de mortalité	• PIB par habitant, dépenses de santé par habitant, pourcentage de la population au-dessus de 65 ans	La mortalité est négativement liée aux dépenses de santé par habitant mais l'élasticité est très faible (0.08 à 0.06, suivant le choix du taux de change en PPA).
Nixon et Ullman (2006)	• 15 pays de l'Union européenne • Période : 1980-1995 • Régressions sur données de panel	Espérance de vie à la naissance et mortalité infantile	• Taux de chômage, alcool, tabac, régime alimentaire et pollution • Dépenses de santé par habitant et en proportion du PIB, nombre de médecins, lits d'hôpital, taux d'admission et durée moyenne de séjour à l'hôpital, couverture d'assurance de la population	L'étude conclut à un effet marginal mais positif des dépenses de santé sur les résultats de santé pour les pays de l'Union européenne. Le changement des dépenses de santé et du nombre de médecins a ajouté respectivement 2.6 et 1.6 années à l'espérance de vie masculine dans les pays de l'UE et a contribué de 0.63 et 0.22 point de pourcentage à la diminution de la mortalité infantile

Tableau 2.A2.1. **Quelques travaux empiriques : approches et principaux résultats** (suite)

Auteurs	Pays et période couverts, méthodes	Variables dépendantes	Principales variables explicatives	Principaux résultats
Or (2000*a*)	• 21 pays de l'OCDE • Période : 1970-1992 • Régressions sur données de panel	Mortalité prématurée (années potentielles de vie perdues – toutes causes sauf suicides)	• PIB par habitant, statut professionnel, consommation d'alcool, tabac, graisses et sucre • Dépenses totales de santé par habitant, part des dépenses publiques	L'augmentation de la proportion des cols blancs dans l'emploi et l'augmentation du revenu par habitant sont les deux facteurs qui ont le plus contribué à la réduction de la mortalité prématurée entre 1970 et 1992. Il existe une relation positive significative entre les dépenses de santé et l'état de santé, particulièrement pour les femmes. Étant donné que la part publique des dépenses est restée à peu près constante, sa contribution à la baisse de la mortalité prématurée est négligeable.
Or (2000*b*)	• 21 pays de l'OCDE • Période : 1970-1995 • Régressions sur données de panel	Diverses variables de mortalité (mortalité infantile, mortalité périnatale, APVP et APVP spécifiques par sexe, espérance de vie à 65 ans)	• Consommation d'alcool et de tabac, PIB par habitant, statut professionnel (proportion des cols blancs) et pollution atmosphérique • Nombre de médecins, financement public/privé, systèmes de paiement des hôpitaux et des médecins, dispositif de médecin référent	Un nombre élevé de médecins par habitant est associé à des taux de mortalité prématurée plus bas, des taux de mortalité périnatale et infantile plus bas et, particulièrement, une espérance de vie à 65 ans plus longue et moins de maladies cardiaques. Une forte part de financement public est associée à une mortalité prématurée et une mortalité périnatale et infantile plus basses, mais n'influe pas sur l'espérance de vie à 65 ans ni sur les maladies cardiaques. Les variables institutionnelles concernant les dispositifs de financement sont souvent non significatives, avec quelques exceptions : les pays appliquant un paiement à l'acte au niveau des hôpitaux ont généralement une plus faible mortalité prématurée (mais non une espérance de vie à 65 ans plus longue).
Or *et al.* (2005)	• 21 pays de l'OCDE • Période : 1970-1998 • Régressions sur données de panel	Espérance de vie à la naissance et à 65 ans, mortalité prématurée de maladie cardiaque	• Consommation d'alcool et de tabac, PIB par habitant et niveau d'études • Nombre de médecins et d'équipements médicaux, part des dépenses publiques, systèmes de paiement des hôpitaux et des médecins, dispositif de médecin référent	L'impact des soins (mesurés par le nombre de médecins) varie notablement d'un pays à l'autre. Il existe une certaine tendance des pays qui paient à l'acte leurs médecins généralistes à être plus efficients que ceux qui salarient les médecins ou les paient à la capitation. La part de financement public/ privé et le dispositif de médecin référent n'ont pas d'influence significative.

Tableau 2.A2.1. **Quelques travaux empiriques : approches et principaux résultats** (suite)

Auteurs	Pays et période couverts, méthodes	Variables dépendantes	Principales variables explicatives	Principaux résultats
Puig-Junoy (1998)	• Pays de l'OCDE • Période : 1960-1990 • Procédure en deux étapes sur données de panel : AED et régressions Tobit	Espérance de vie à la naissance	• Consommation de tabac et d'alcool • Nombre de médecins et personnel de santé autre que les médecins, nombre de lits d'hôpital	Les pays non efficients utilisent en moyenne environ 40 % d'inputs de plus que les pays efficients (pour des résultats similaires). Dans l'inefficience, on peut distinguer l'inefficience pure et l'inefficience d'échelle (c'est-à-dire associée à des rendements d'échelle non croissants). Les résultats des régressions Tobit pour les scores d'efficacité de l'AED ont une corrélation positive significative avec la part des dépenses de santé à financement privé et avec la durée moyenne de la scolarité, mais pas de corrélation avec une variable indicatrice du rôle de médecin référent des généralistes.
Retzlaff-Roberts *et al.* (2004)	• 27 pays de l'OCDE • Période : 1998 • AED, avec des contraintes sur les inputs non discrétionnaires	Mortalité infantile et espérance de vie à la naissance (analysées séparément)	• Durée de scolarisation, coefficient de Gini et consommation de tabac • Nombre de médecins en activité, lits d'hôpitaux, unités d'IRM, dépenses de santé rapportées au PIB	Les inputs pourraient être réduits respectivement de 14 et 21 % en moyenne dans la zone de l'OCDE sans accroître la mortalité infantile ou réduire l'espérance de vie.
Self et Grabowski (2003)	• Ensemble de 191 pays développés, à revenu intermédiaire ou en développement • Régressions internationales	EVCI calculées par l'OMS en 2000	• Indicateurs socioéconomiques (nombre d'années d'études, revenu, ratio de dépendance), facteurs de mode de vie (apport calorique et proportion de population urbaine), état de santé antérieur • Dépenses de santé par habitant ventilées entre les composantes publique et privée	L'impact des dépenses publiques de santé sur l'EVCI est non significatif pour l'ensemble du monde ainsi que pour les pays développés. Dans ces pays, les dépenses privées ne contribuent pas non plus à améliorer l'EVCI. La situation socioéconomique et l'état de santé antérieur ont une influence majeure. Les régimes alimentaires à fort apport calorique, un haut degré d'urbanisation et le ratio de dépendance ont un impact négatif.

Tableau 2.A2.1. **Quelques travaux empiriques : approches et principaux résultats** (suite)

Auteurs	Pays et période couverts, méthodes	Variables dépendantes	Principales variables explicatives	Principaux résultats
Soares (2007)	• Ensemble de municipalités brésiliennes • Période : 1970-2000 • Régressions sur données de panel	Espérance de vie à la naissance, mortalité juvénile	• Revenu par habitant, urbanisation, nutrition • Accès aux soins médicaux publics et couverture de vaccination	L'accès à une infrastructure sanitaire a un impact significatif sur l'espérance de vie.
Spinks et Hollingsworth (2007)	• 28 pays de l'OCDE • Période : 1995-2000 • AED sur données de panel	Espérance de vie à la naissance	• Éducation, chômage, revenu • Dépenses de santé	Bien que le classement des pays soit assez robuste aux changements de données, les responsables publics doivent être conscients des limites et de l'incertitude que comporte l'utilisation des techniques d'AED.
Thornton (2002)	• États des États-Unis • Période : 1990 • Régressions transversales	Taux de décès corrigé pour l'âge	• Revenu, éducation, tabac, alcool, urbanisation, secteur manufacturier, mariage et criminalité • Dépenses de santé	La contribution des soins médicaux à l'abaissement de la mortalité est très faible. Une plus grande attention doit être portée à l'influence des facteurs socioéconomiques et de mode de vie pour la prévention des maladies et l'augmentation de l'espérance de vie.
Verhoeven *et al.* (2007)	• 28 pays de l'OCDE • Période : 1998-2003 (moyennes) • Procédure en deux étapes sur données transversales : AED et régressions tronquées avec bootstrap	Espérance de vie en bonne santé, taux de décès normalisé, taux de mortalité infantile, juvénile et maternelle	• Indice du rang moyen des pays pour le nombre de lits d'hôpital, de médecins et de travailleurs de santé par habitant, de vaccinations et de consultations de médecins • Dépenses en soins hospitaliers, dépenses de santé privées, densité des généralistes, PIB, apport calorique par jour et proportion de population urbaine	L'inefficacité dans les pays du G7 reflète principalement le manque d'efficacité-coût de l'acquisition de ressources réelles comme les produits pharmaceutiques. Des dépenses salariales élevées sont aussi associées à une moindre efficience, tandis que des vaccinations et des consultations de médecins plus fréquentes vont de pair avec une plus grande efficience.

Tableau 2.A2.1. **Quelques travaux empiriques : approches et principaux résultats** (suite)

Auteurs	Pays et période couverts, méthodes	Variables dépendantes	Principales variables explicatives	Principaux résultats
Études axées sur les produits pharmaceutiques				
Miller et Frech (2002)	• 18 pays de l'OCDE • Régressions internationales	EVCI et espérance de vie à la naissance et à 60 ans, mortalité prématurée par sexe	• PIB par habitant, proportion de fumeurs par sexe, consommation d'alcool, obésité • Dépenses en produits pharmaceutiques, autres dépenses de santé	La consommation pharmaceutique est plus efficace pour améliorer l'EVCI que l'espérance de vie. La productivité de la consommation pharmaceutique varie fortement suivant la cause de décès et suivant l'âge.
Shaw *et al.* (2002)	• 19 pays de l'OCDE • Période : 1999 • Régressions internationales	Espérance de vie pour les hommes et pour les femmes à 40, 60 et 65 ans	• PIB par habitant, consommation d'alcool, tabac, beurre et fruits et légumes • Dépenses en produits pharmaceutiques par habitant • (toutes les variables explicatives sont décalées de 15 ans)	La consommation pharmaceutique a un effet positif sur l'espérance de vie.

Annexe 2.A3

Spécification et résultats empiriques des régressions de panel

Les travaux économétriques présentés dans cet ouvrage étendent les études antérieures en utilisant les données d'Eco-Santé les plus récentes, en introduisant de nouvelles variables de manière à prendre en compte les facteurs de mode de vie et les facteurs socioéconomiques et en testant diverses spécifications. La fonction de production de la santé a été spécifiée comme suit :

$$Y_{it} = \alpha_i + \beta \cdot HCR_{it} + \gamma \cdot SMOK_{it} + \phi \cdot DRINK_{it} + \theta \cdot DIET_{it} + \delta \cdot AIRPOL_{it} + \sigma \cdot EDU_{it} + \lambda \cdot GDP_{it} + \varepsilon_{it}$$

avec toutes les variables sous forme logarithmique et Y_{it} étant une des mesures de l'état de santé de la population considérées précédemment (dans le pays *i*, à la date *t*), c'est-à-dire :

- l'espérance de vie à la naissance, pour les hommes et pour les femmes, ou
- l'espérance de vie à 65 ans, pour les hommes et pour les femmes, ou
- la mortalité prématurée (corrigée des « causes externes »), pour les hommes et pour les femmes, ou
- la mortalité infantile.

et des inputs consistant en :

HCR	=	ressources médicales par habitant, mesurées en termes monétaires (dépenses totales y compris les soins à long terme, aux taux de change en PPA du PIB et à prix constants) ou en termes physiques (par exemple, les praticiens de santé).
SMOK	=	consommation de tabac en grammes par habitant.
DRINK	=	consommation d'alcool en litre par habitant.
DIET	=	consommation de fruits et légumes par habitant en kilogrammes.
AIRPOL	=	émissions d'oxydes d'azote (NOx) par habitant en kilogrammes.
EDU	=	proportion de la population (de 25 à 64 ans) ayant un niveau d'études supérieur ou égal au deuxième cycle du secondaire.
GDP	=	PIB par habitant.

Les résultats des régressions sur données de panel indiquent que les ressources médicales et les facteurs de mode de vie et socioéconomiques sont tous d'importants déterminants de l'état de santé de la population (l'encadré 2.A3.1 présente les principales

caractéristiques de ces régressions). Pratiquement tous les coefficients de régression pour ces inputs ont une forte significativité statistique et sont du signe attendu, que l'on mesure les ressources en termes physiques ou en termes monétaires (tableaux 2.A3.1 et 2.A3.2). Le choix de l'indicateur de l'état de santé (espérance de vie à la naissance, à 65 ans, mortalité prématurée, etc.) n'est pas crucial pour l'analyse, comme entrevu précédemment.

Encadré 2.A3.1. **Régressions sur données de panel : principales caractéristiques, inconvénients et analyses de sensibilité**

Des régressions sur un panel de 23 pays de l'OCDE sur la période 1981-2003 ont été utilisées pour évaluer l'impact des ressources en soins sur l'état de santé de la population[1]. Cette approche permet d'intégrer aussi bien les variations au cours du temps dans chaque pays que les différences entre les pays. Les facteurs de mode de vie et socioéconomiques influant sur l'état de santé de la population, comme le revenu et l'éducation, le régime alimentaire, la pollution et la consommation d'alcool et de tabac sont pris en compte.

Les résultats des régressions sur données de panel doivent être interprétés avec prudence étant donné qu'ils peuvent être sensibles à des problèmes de spécification et de données. Cet encadré présente les choix de spécification et les analyses de sensibilité qui ont été effectuées.

Endogénéité et colinéarité entre variables exogènes

Une difficulté importante pour l'estimation de la fonction de production de la santé est le fait que deux de ses déterminants majeurs, le PIB par habitant et les dépenses de santé par habitant sont fortement corrélés. En outre, les dépenses de santé subissent peut-être aussi l'influence de l'état de santé de la population. Des variables à la fois colinéaires et endogènes peuvent fausser l'estimation des coefficients. En théorie, on peut traiter le problème de l'endogénéité au moyen de variables instrumentales. Cependant, dans la pratique, les résultats s'avèrent trop sensibles au choix des instruments pour fournir des estimations fiables. Pour apprécier la sensibilité des estimations des coefficients à l'inclusion de régresseurs corrélés, un moyen consiste à estimer différentes spécifications excluant ou non certains régresseurs. Les spécifications qui excluent le PIB par habitant entraînent un plus grand impact des dépenses de santé, ce qui laisse penser que quand on omet le PIB, la variable des dépenses capture aussi des effets de revenu sans relation avec les dépenses de santé. Le même phénomène a lieu quand on omet la variable relative au niveau d'études. Cependant, les dépenses de santé sont statistiquement significatives dans toutes les spécifications. En prenant en compte le revenu par habitant et le niveau d'études, on réduit le risque de surestimer le coefficient des dépenses de santé. Si l'on remplace le PIB par habitant par la part de l'emploi dans les services, choisie pour représenter les conditions de travail, on obtient aussi des résultats proches de ceux de l'équation contenant le PIB par habitant. Les coefficients des variables afférentes à la pollution et au mode de vie sont assez stables quand on change de spécification, ce qui indique qu'il n'y a pas de problème de colinéarité pour ces variables.

Forme de la fonction de production

Les variables dépendantes et les variables explicatives sont en logarithme et on peut ainsi interpréter les coefficients de régression comme des élasticités. On a testé d'autres spécifications : premièrement, avec toutes les variables en niveau et, deuxièmement, avec seulement la variable dépendante en niveau et les variables explicatives en logarithme. Les résultats n'étaient pas sensiblement différents.

Dimension temporelle

Souvent, une maladie se déclare sous l'influence de facteurs qui ont débuté des années auparavant. Par exemple, l'usage du tabac cause des maladies cardiovasculaires à assez bref délai et des cancers du poumon beaucoup plus tard, et la nutrition qui prévalait il y a plusieurs décennies ne produit peut-être qu'aujourd'hui tous ses effets. L'analyse empirique effectuée ici n'inclut pas de variables d'input retardées ; les modes de vie actuels sont considérés comme des variables indicatrices des habitudes antérieures.

Cette hypothèse assez forte a été adoptée parce que les séries chronologiques des variables de mode de vie, et aussi de l'éducation et de la pollution, sont relativement courtes, ce qui empêche l'introduction d'effets avec un retard suffisant. Il peut en résulter une sous-estimation de l'impact des facteurs de mode de vie. Si l'on remplace le PIB actuel par habitant par la même variable 15 ans plus tôt, avec l'hypothèse que l'état de santé actuel d'un individu dépend des conditions économiques qu'il a connues à des périodes antérieures de sa vie et notamment durant la petite enfance, on obtient un coefficient significatif et cela ne change pas sensiblement les autres coefficients.

Autocorrélation et hétéroscédasticité

Les résidus des équations estimées par les moindres carrés ordinaires sont à la fois hétéroscédastiques et sériellement corrélés. On a donc estimé les équations par la méthode des moindres carrés généralisés, avec une correction de l'hétéroscédasticité et une autocorrélation du premier ordre (avec un coefficient d'autorégression spécifique pour chaque pays). Dans ce contexte, la statistique R^2 n'est pas pertinente.

Effets fixes nationaux

Outre les valeurs des variables exogènes décrites ci-dessus, les pays diffèrent suivant un certain nombre de caractéristiques qui peuvent aussi influer sur l'état de santé de la population. Les caractéristiques institutionnelles de leur système de santé peuvent jouer un rôle important. Si l'on ne tenait pas compte de ces spécificités nationales, les estimations des coefficients du modèle seraient faussées. L'introduction d'effets fixes nationaux permet de prendre en compte l'hétérogénéité entre les pays qui n'est pas reflétée par les autres variables explicatives.

---

1. En raison du manque de données, sept pays de l'OCDE sont exclus de l'analyse et, pour quelques-uns des 23 pays, la période d'estimation est plus courte.

Tableau 2.A3.1. **Déterminants de l'état de santé, avec le personnel de santé parmi les inputs**

Résultats économétriques en mesurant les ressources médicales par le nombre de praticiens[1]

Variables dépendantes[2] / Variables explicatives[2]	Espérance de vie à la naissance			Espérance de vie à 65 ans		Mortalité prématurée (corrigée)			Mortalité infantile
	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Total	
Constante	3.940***	3.650***	3.800***	2.090***	1.570***	11.600**	12.000***	12.000***	10.600***
Personnel de santé[3]	0.013***	0.017***	0.015***	0.032**	0.043***	-0.089**	-0.062	-0.072*	-0.440***
Tabac	-0.007***	-0.018***	-0.014***	-0.028***	-0.070***	0.060**	0.190***	0.150***	0.072
Alcool	-0.011***	-0.018***	-0.015***	-0.024*	-0.010	0.290***	0.040	0.130**	0.370***
Régime alimentaire	0.003	0.004	0.004	0.002	0.008	0.088**	0.030	0.055*	0.120*
Pollution	-0.003	-0.012***	-0.006**	-0.032***	-0.058***	0.150***	0.170***	0.160***	0.190***
Éducation	0.040***	0.045***	0.042***	0.056***	0.046***	-0.250***	-0.300***	-0.260***	-0.500***
PIB	0.035***	0.066***	0.051***	0.099***	0.170***	-0.480***	-0.480***	-0.510***	-0.870***
Nombre d'observations	254	254	254	254	254	236	237	236	254
Nombre de pays	22	22	22	22	22	21	21	21	22

Notes :

1. Régressions par moindres carrés généralisés, avec effets fixes nationaux, termes d'erreur suivant un AR(1) spécifique pour chaque pays et correction d'hétéroscédasticité. *** indique une significativité à 1 %, ** à 5 % et * à 10 %.
2. L'Annexe 1.A1 donne des détails sur les différentes variables.
3. L'indicateur relatif au personnel de santé est la somme du nombre des médecins en activité et de la moitié du nombre des infirmiers en activité.

Source : Calculs de l'OCDE.

Tableau 2.A3.2. **Déterminants de l'état de santé, avec les dépenses parmi les inputs**

Résultats économétriques en mesurant les ressources médicales par les dépenses[1]

Variables dépendantes[2] / Variables explicatives[2]	Espérance de vie à la naissance			Espérance de vie à 65 ans		Mortalité prématurée (corrigée)			Mortalité infantile
	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Total	
Constante	4.009***	3.641***	3.825***	2.178***	1.638***	11.172***	12.871***	12.244***	8.516***
Dépenses de santé	0.035***	0.045***	0.041***	0.051***	0.061***	-0.272***	-0.300***	-0.282***	-0.572***
Tabac	-0.000	-0.006**	-0.004	-0.019***	-0.057***	0.063***	0.088***	0.077***	0.077*
Alcool	-0.011***	-0.014***	-0.011***	-0.017	-0.004	0.234***	0.082*	0.115***	0.327***
Régime alimentaire	0.003	0.004	0.004	0.013*	0.028***	0.044*	0.001	0.014	0.044
Pollution	-0.009***	-0.018***	-0.012***	-0.037***	-0.068***	0.169***	0.153***	0.162***	0.320***
Éducation	0.029***	0.031***	0.030***	0.064***	0.045***	-0.107**	-0.227***	-0.182***	-0.378***
PIB	0.006	0.035***	0.019***	0.044***	0.107***	-0.285***	-0.292***	-0.292***	-0.379***
Nombre d'observations	325	325	325	325	325	307	307	307	325
Nombre de pays	23	23	23	23	23	22	22	22	23

Notes :

1. Régressions par moindres carrés généralisés, avec effets fixes nationaux, termes d'erreur suivant un AR(1) spécifique pour chaque pays et correction d'hétéroscédasticité. *** indique une significativité à 1 %, ** à 5 % et * à 10 %.
2. L'Annexe 1.A1 donne des détails sur les différentes variables.

Source : Calculs de l'OCDE.

Chapitre 3

Institutions et politiques de la santé – Un nouvel ensemble d'indicateurs

Ce chapitre présente des indicateurs des institutions et des politiques de la santé, sur la base de nouvelles données collectées par l'OCDE. L'accent est mis sur les politiques et les caractéristiques institutionnelles qui influent le plus sur l'offre et la demande de soins, sur l'équité d'accès et sur la capacité des gouvernements à maîtriser les dépenses publiques. Ce chapitre présente les scores des pays de l'OCDE pour chacun des 20 indicateurs des politiques et des institutions de la santé.

Introduction

Une question importante pour les responsables publics et pour les citoyens est de connaître l'influence qu'ont l'agencement des institutions et la politique de la santé sur l'efficacité des systèmes de santé. Pourtant, on ne possédait pas jusqu'à présent d'informations plurinationales cohérentes sur les institutions et politiques de la santé. Pour combler cette lacune, l'OCDE a collecté des informations détaillées sur les institutions et politiques gouvernant l'assurance maladie et sa couverture, la délivrance des soins, et l'allocation et la gestion des dépenses publiques de santé. Des réponses à un questionnaire lancé en 2008 ont été reçues de 29 pays de l'OCDE (le gouvernement des États-Unis n'a pas répondu). Ce vaste ensemble de données (269 variables principalement qualitatives, mentionné ci-après comme l'enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé) a été transformé en 20 indicateurs fondamentaux sur les institutions et politiques de la santé, qui prennent des valeurs de 0 à 6[1].

Les politiques vues sous l'angle des indicateurs

En poursuivant deux objectifs majeurs – améliorer l'état de santé de la population et promouvoir l'équité d'accès – sous une contrainte budgétaire, les pays de l'OCDE recourent à divers instruments. Pour décrire cet ensemble de mécanismes de marché, de réglementations et de principes de gestion, on a adopté une structure en arborescence (graphique 3.1 et tableau 3.1). Les principales considérations qui la sous-tendent sont les suivantes :

- Les principales politiques et institutions ayant une incidence sur l'état de santé de la population sont celles qui gouvernent le comportement des prestataires, des organismes payeurs et des usagers. Les approches diffèrent considérablement d'un pays à l'autre. Certains pays ont une approche dirigiste alors que d'autres font jouer un plus grand rôle aux signaux de marché pour orienter la demande et l'offre des services de santé. Toutefois, étant donné les défaillances du marché dans le secteur de la santé, le recours au marché et la réglementation sont souvent complémentaires (Smith, 2008*a*). Dans la pratique, de nombreux pays qui appliquaient une approche principalement dirigiste ont graduellement introduit des mécanismes de marché. De leur côté, les États-Unis, où ces mécanismes pour l'assurance maladie prédominent, ont maintenant renforcé la réglementation[2].
- Le niveau de couverture par l'assurance maladie de base est un déterminant clé au regard de l'objectif de l'équité d'accès. Si la très grande majorité des pays de l'OCDE a atteint une couverture quasi universelle, il subsiste encore des différences concernant l'étendue des biens et services couverts, ainsi que le niveau et la répartition des paiements à la charge des patients.

1. Paris *et al.* (2010) présentent en détail les informations collectées au moyen du questionnaire.

2. La réforme de la santé de 2010 contient des dispositions qui limitent la liberté des compagnies d'assurance de facturer des primes en fonction des caractéristiques personnelles du client et leur interdisent de refuser la vente ou le renouvellement de contrats d'assurance en raison de son état de santé.

- Au regard de la maîtrise des dépenses publiques, les approches adoptées pour fixer et répartir l'enveloppe des dépenses et l'attribution des responsabilités entre les différents niveaux d'administration publique jouent un rôle essentiel. La réglementation des prix payés par les tiers payeurs ainsi que la réglementation des professionnels de la santé et des équipements sont aussi des éléments importants.

Orienter la demande et l'offre de soins : indicateurs des mécanismes de marché et de la réglementation

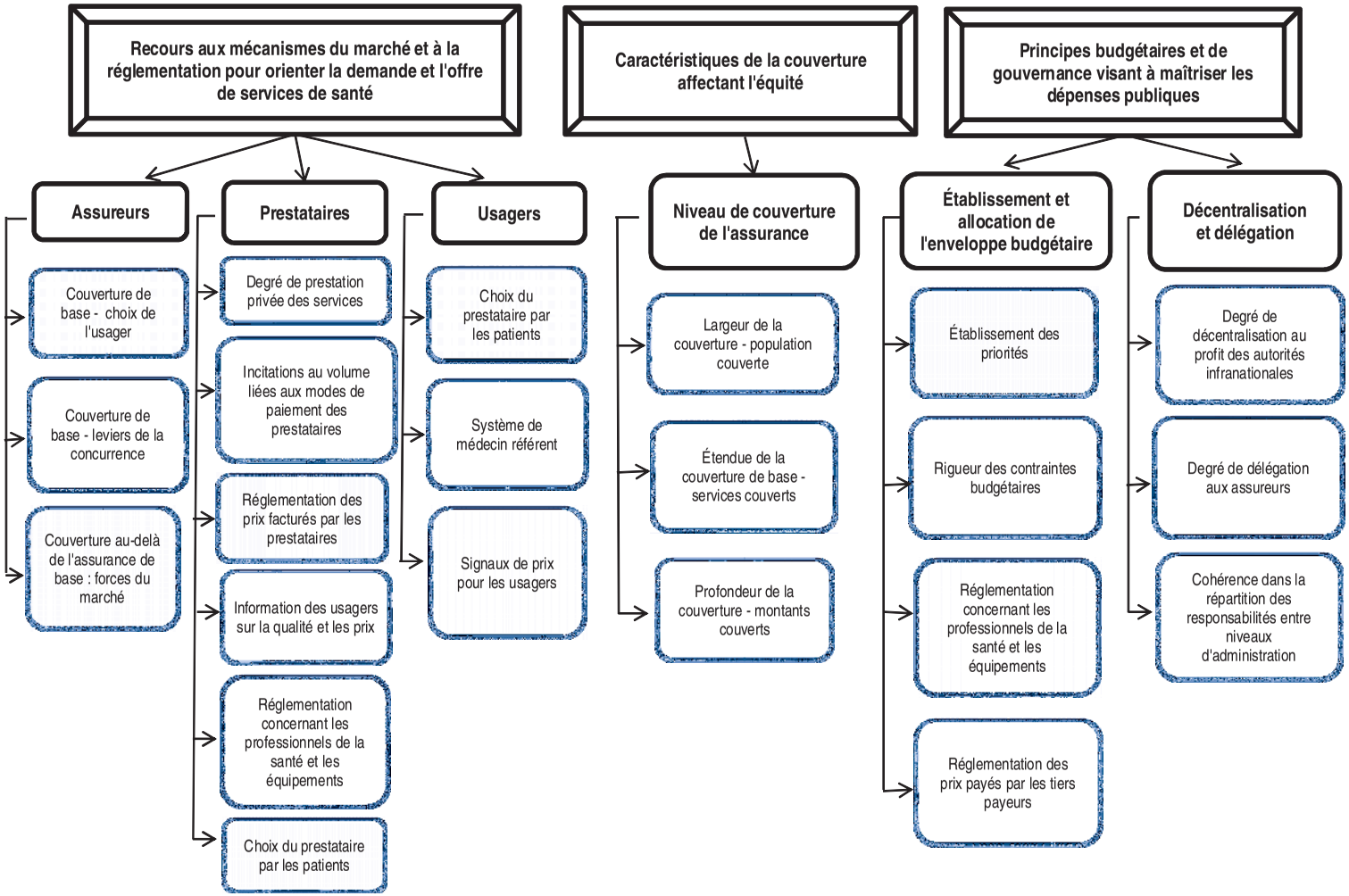
Pour réguler la demande et l'offre de services de santé, les pays s'appuient sur des approches dirigistes ou sur des mécanismes de marché ou sur une combinaison des deux. Les *approches dirigistes*, notamment la prestation de services de santé par le secteur public et l'encadrement de l'emploi et des prix dans le secteur de la santé, contribuent à la maîtrise des dépenses publiques mais elles ont souvent des effets pervers, tels qu'une faible productivité, de longs délais d'attente et un mécontentement à l'égard des systèmes de santé. D'un autre côté, du fait de l'existence de fréquentes et sérieuses *défaillances du marché* (Annexe 3.A1) dans le secteur de la santé, les marchés ne peuvent produire à eux seuls des résultats efficaces (Arrow, 1963 ; Docteur et Oxley, 2003 ; Ennis, 2006 ; Hsiao et Heller, 2007). L'enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé montre que la combinaison effective d'approches dirigistes et de mécanismes de marché varie notablement d'un pays à l'autre. En outre, les pays qui s'appuient fortement sur les mécanismes de marché ont tendance à mettre en œuvre simultanément diverses réglementations pour orienter la demande et l'offre de services de santé.

Signaux de marché et réglementations influant sur le comportement des usagers

Les pays utilisent divers instruments pour orienter la demande des usagers à l'égard des services de santé. On a construit trois indicateurs (la construction des indicateurs des politiques et institutions à partir des réponses qualitatives au questionnaire et d'autres données est expliquée dans l'Annexe 3.A2) :

- *Signaux de prix pour les usagers*. Dans certains pays, les patients paient directement une part importante du coût des soins, ce qui peut contribuer à modérer une demande de services excessive. Cependant, une augmentation de ces paiements à la charge des patients peut réduire la demande non seulement de services de santé ayant une utilité limitée mais aussi la demande de services nécessaires, ce qui réduit les chances de diagnostics précoces et risque de générer ultérieurement des coûts de santé plus élevés (OCDE, 2004). Le manque d'équité est aussi un sujet de préoccupation étant donné que pour certains patients défavorisés au moins, les conséquences sur la santé ou sur le plan financier sont catastrophiques si les sommes qu'ils doivent débourser ne sont pas plafonnées

Graphique 3.1. **Organisation logique des indicateurs des institutions et des politiques de la santé**



Source : OCDE.

Tableau 3.1. **Panorama des indicateurs des institutions et des politiques de la santé**

Recours aux mécanismes de marché et aux réglementations pour orienter la demande et l'offre de soins	Principaux critères pris en compte
1. Assureurs	
1.1 Couverture de base – choix de l'usager	Type de couverture (régime national ou régimes locaux sans choix, ou assureurs multiples). Dans le cas de plusieurs assureurs : nombre d'assureurs, parts de marché et faculté de choisir son assureur.
1.2 Couverture de base – leviers de la concurrence	Capacité des assureurs de moduler le panier de prestations, le degré de couverture ou les primes et de passer des contrats avec des prestataires. Existence d'un dispositif de péréquation des risques. Disponibilité d'informations à l'usage des consommateurs sur les primes et la couverture et sur les performances des assureurs.
1.3 Couverture au-delà de l'assurance de base : forces du marché	Proportion de la population couverte par une assurance en plus de l'assurance de base (assurance maladie privée duplicative, complémentaire ou supplémentaire) – part des dépenses de santé financée par l'assurance maladie privée et degré de concentration du marché.
2. Prestataires	
2.1 Degré de prestation privée des services	Répartition des médecins et des services hospitaliers entre le secteur public et le secteur privé.
2.2 Incitations au volume liées aux modes de paiement des prestataires	Modes de rémunération des médecins et des hôpitaux : score en fonction des incitations à générer un volume accru de services.
2.3 Réglementation des prix facturés par les prestataires	Réglementation des prix des médicaments et des prix facturés par les médecins et les hôpitaux.
2.4 Information des usagers sur la qualité et les prix	Information des usagers sur la qualité et les prix de divers services de santé.
2.5 Réglementation concernant les professionnels de la santé et les équipements	Limitation du nombre total d'étudiants en médecine et de leur nombre par spécialité ; réglementation du lieu d'installation des médecins ; mesures à l'égard des pénuries ressenties ; réglementation des équipements de haute technologie et activités des hôpitaux (nombre d'hôpitaux et de lits, services spécifiques, équipements médicaux coûteux) et contrôle du recrutement et de la rémunération du personnel hospitalier.
2.6 Choix du prestataire par les patients	Degré de liberté dans le choix des médecins généralistes, des spécialistes et des hôpitaux.
3. Usagers	
3.1 Choix du prestataire par les patients	Degré de liberté dans le choix des médecins généralistes, des spécialistes et des hôpitaux.
3.2 Système de médecin référent	Obligation de s'enregistrer auprès d'un généraliste et/ou d'avoir un médecin référent pour pouvoir consulter un spécialiste, ou incitation dans ce sens.
3.3 Signaux de prix pour les usagers	Paiements directs à la charge des patients (participation du patient au coût des services et médicaments sans ordonnance).
Caractéristiques de la couverture affectant l'équité	
4. Degré de couverture de l'assurance maladie	
4.1 Largeur de la couverture – population couverte	Proportion de la population couverte par l'assurance maladie de base.
4.2 Étendue de la couverture de base – services couverts	Éventail des biens et services couverts par l'assurance maladie de base.
4.3 Profondeur de la couverture – montants couverts	Niveau de prise en charge des coûts associés aux principaux produits et services inclus dans le panier des prestations de base, part réelle couverte par l'assurance maladie (y compris les assureurs privés) et paiements directs à la charge des patients pour les soins essentiels.
Principes budgétaires et de gouvernance visant à maîtriser les dépenses publiques	
5. Établissement et allocation de l'enveloppe budgétaire	
5.1 Établissement des priorités	Définition du panier de prestations ; critères pris en compte pour le définir ; utilisation effective de l'évaluation des technologies médicales ; définition et suivi des objectifs de santé publique.
5.2 Rigueur des contraintes budgétaires	Règles et/ou objectifs pour l'établissement du budget de la santé et sa répartition entre les sous-secteurs et/ou les régions.
5.3 Réglementation des professionnels de la santé et des équipements	Limitation du nombre total d'étudiants en médecine et de leur nombre par spécialité ; réglementation du lieu d'installation des médecins ; mesures à l'égard des pénuries ressenties ; réglementation des équipements de haute technologie et des activités des hôpitaux (nombre d'hôpitaux et de lits, services spécifiques, équipements médicaux coûteux) et contrôle du recrutement et de la rémunération du personnel hospitalier.
5.4 Réglementation des prix payés par les tiers payeurs	Réglementation des prix payés par les tiers payeurs pour les services des médecins généralistes, des spécialistes et des hôpitaux et pour les médicaments.
6. Décentralisation et délégation	
6.1 Degré de décentralisation au profit des autorités infranationales	Nombre de décisions clés prises à un niveau d'administration infranational.
6.2 Degré de délégation aux assureurs	Nombre de décisions clés prises au niveau des assureurs.
6.3 Cohérence dans la répartition des responsabilités entre les niveaux d'administration	Nombre de décisions relevant de la responsabilité de plusieurs niveaux d'administration et cohérence dans l'attribution des responsabilités.

Source : OECD.

(Smith, 2008*b*)[3]. Les paiements directs à la charge des patients représentent plus de 30 % des dépenses totales de santé en Corée, en Grèce, au Mexique et en Suisse et moins de 7 % en France, au Luxembourg et aux Pays-Bas (graphique 3.2, partie A).

- *Système de médecin référent*. Dans de nombreux pays, pour orienter la demande des patients, ceux-ci sont tenus de s'enregistrer auprès d'un généraliste, ou sont incités à le faire, et/ou doivent être aiguillés par un généraliste pour pouvoir accéder aux soins d'un spécialiste.
- *Choix des prestataires par les patients*. Une autre façon de contenir la demande consiste à restreindre le choix du patient. Le graphique 3.2 (parties B et C) montre que la plupart des pays limitent le choix des patients (par exemple aux prestataires installés dans une zone géographique donnée et/ou à un réseau de prestataires) et/ou ont des dispositifs de médecin référent – l'Islande, le Japon, le Luxembourg, la République tchèque, la Suède et la Turquie y font exception[4].

Mécanismes de marché et réglementations influant sur le comportement des prestataires

Le renforcement des pressions concurrentielles sur les prestataires peut avoir un certain nombre d'effets bénéfiques, comme d'accroître la productivité, réduire les coûts et améliorer la qualité des soins. Cependant il peut également produire des effets néfastes dus aux imperfections du marché, risquant en particulier de promouvoir des services inutiles et de faire perdre la maîtrise des dépenses publiques. Les approches suivies – c'est-à-dire les combinaisons entre les mécanismes de marché et les réglementations imposées aux prestataires – sont très diverses :

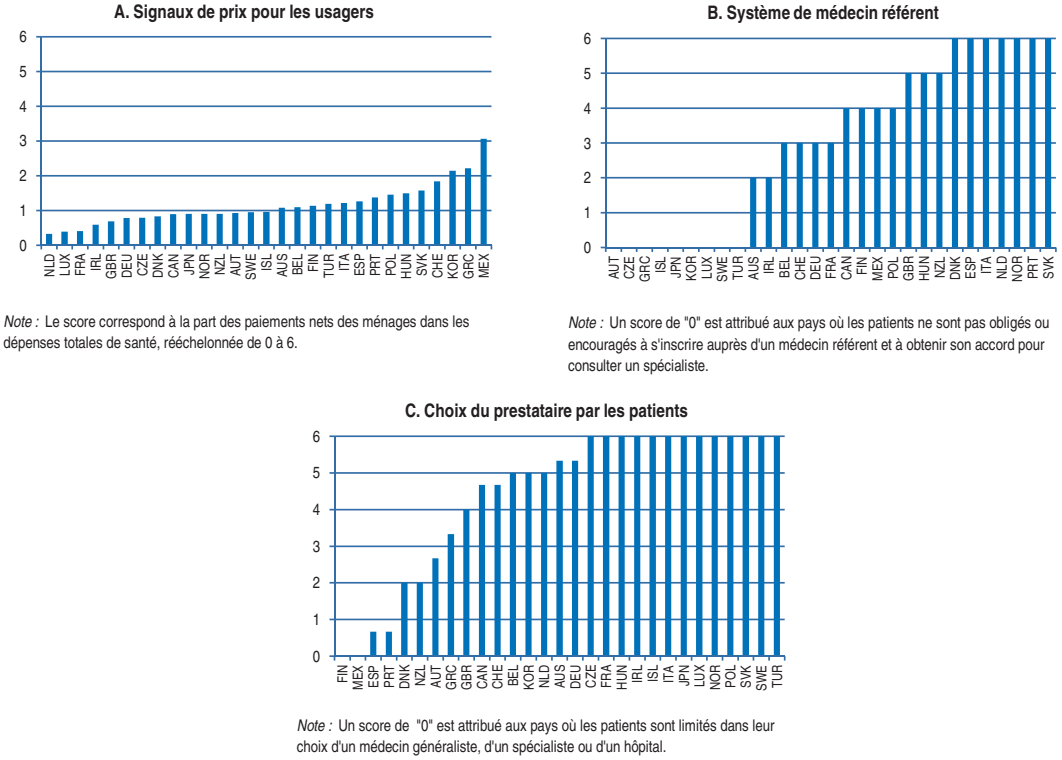
- Les *incitations au volume inhérentes aux modes de paiement des prestataires* sont depuis longtemps très différentes d'un pays à l'autre (Simoens et Hurst, 2006). Certains pays rémunèrent les médecins par un salaire et les hôpitaux sur la base d'un budget global prospectif et ces deux modes sont supposés rendre les prestataires moins sensibles à la demande que le paiement à l'acte habituellement utilisé dans d'autres pays. On a toutefois observé une certaine convergence des politiques ces dernières années, de nombreux pays ayant adopté le paiement par cas pour les hôpitaux (Busse *et al*., 2006) et/ou ayant évolué vers un système mixte de paiement des médecins (combinaison de paiement à l'acte et de capitation). Cependant, l'enquête montre que dans certains pays comme

3. L'expérience RAND est une étude des coûts, de l'utilisation et des résultats des services de santé menée aux États-Unis entre 1974 et 1982. Elle a consisté à attribuer de manière aléatoire à 5 809 personnes une police d'assurance prévoyant la gratuité des services, ou une participation des patients de 25 %, 50 % ou 95 % au coût des services, avec un plafond de 1 000 USD, 1 149 autres personnes étant inscrites dans un HMO (réseau de soins coordonnés) sans participation des patients. L'expérience a montré que la participation aux frais réduisait non seulement les soins médicaux « inappropriés ou inutiles » mais aussi les soins « appropriés ou nécessaires ». La diminution du recours aux soins entraînait une détérioration de l'état de santé des personnes à la fois pauvres et malades (Manning *et al*., 1988).

4. En l'absence de contrainte réglementaire, le choix du patient peut néanmoins être limité de fait par des contraintes géographiques – dans les régions où les autres prestataires auxquels il pourrait s'adresser sont éloignés – par le faible nombre de prestataires et/ou par les délais d'attente.

l'Espagne, l'Islande, le Portugal et la Turquie les modes de paiement des prestataires incitent peu à répondre à la demande de services de santé (graphique 3.3, partie A). Pour les soins ambulatoires, les pays qui recourent principalement au salaire comme mode de rémunération aussi bien des médecins généralistes que des spécialistes (comme la Finlande, le Mexique, le Portugal et la Suède) sont aussi parmi ceux qui ont le moins de consultations par habitant. Au contraire, le paiement à l'acte et le paiement à la procédure sont largement répandus en Allemagne, en Belgique, au Canada, en France, au Japon et en Suisse, incitant fortement les prestataires à s'adapter à la demande, avec toutefois le risque d'une « demande induite par l'offre »[5].

Graphique 3.2. **Signaux de marché et réglementations affectant le comportement des usagers**



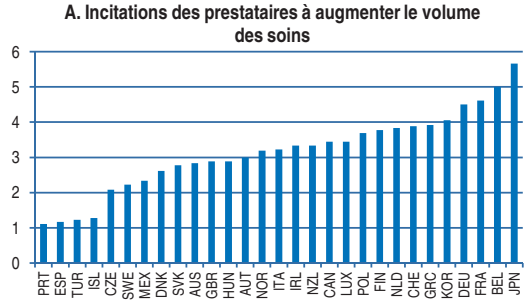
Source : Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09; Eco-Santé OCDE 2009.

- La *réglementation des prix facturés par les prestataires* constitue également un déterminant des incitations à l'égard des prestataires. D'un côté, la faiblesse des prix peut entraîner un effet de substitution du travail vers les loisirs pour les prestataires et une baisse des volumes de services de santé, puisque le traitement des patients devient moins lucratif ; de l'autre, un effet de revenu peut déboucher sur une hausse des volumes de soins lorsque les médecins tentent de compenser la perte de leurs gains. Dans la pratique, les modifications apportées aux honoraires

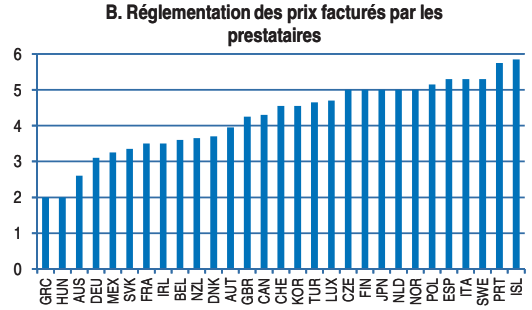
5. Il peut y avoir une « demande induite par les médecins » quand les patients sont mal informés et ignorent la quantité de soins dont ils ont besoin alors que les médecins sont tentés de pousser les patients à la consommation afin d'augmenter leurs revenus (Delattre et Dormont, 2003 ; Grignon *et al.*, 2002 ; OCDE, 2004 ; Shafrin, 2010).

en Norvège n'ont eu qu'un effet de revenu limité (Grytten, 2008), alors qu'au Japon, la réglementation stricte des honoraires des médecins s'accompagne de consultations médicales très courtes et répétées (OCDE, 2009*e*). L'enquête semble indiquer que la rigueur de la réglementation des prix et des honoraires varie largement selon les pays (graphique 3.3, partie B), avec une faible réglementation des prix des prestataires en Allemagne, en Australie, et au Mexique et de fréquents dessous de table, qui échappent par définition à la réglementation, en Grèce et en Hongrie.

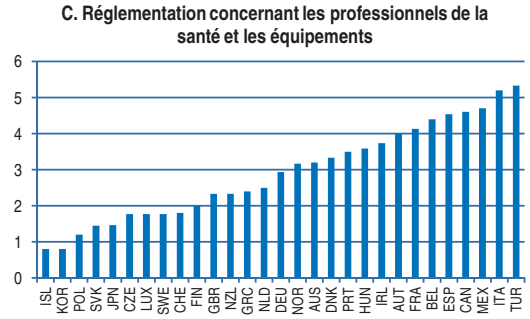
Graphique 3.3. **Signaux de marché et réglementations affectant le comportement des prestataires**



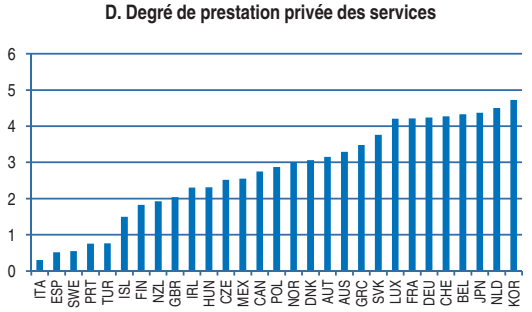
Note : Un faible score indique que les systèmes de rémunération des prestataires engendrent peu d'incitations à augmenter le volume des soins (c.à.d. salaires pour les médecins et budget global pour les hôpitaux).



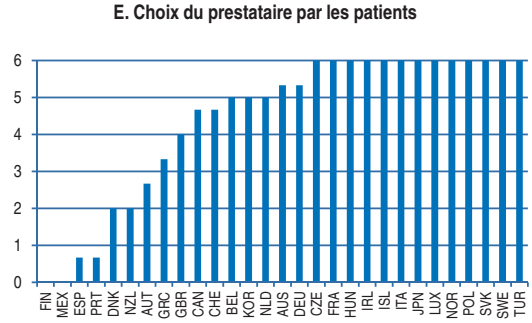
Note : Un faible score est attribué aux pays ayant une faible réglementation en matière de prix des médicaments et de prix facturés par les médecins et les hôpitaux.



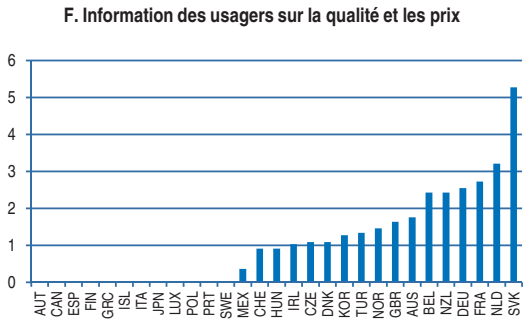
Note : Un faible score reflète de faibles niveaux de réglementation en matière d'équipements de haute technologie, d'activités et de personnel hospitaliers comme de médecins externes.



Note : Un faible score indique que la plupart des prestataires de santé appartiennent au secteur public.



Note : Un score de "0" est attribué aux pays où les patients sont limités dans leur choix d'un médecin généraliste, d'un spécialiste ou d'un hôpital.



Note : Un score élevé est attribué aux pays où l'information sur la qualité des soins et sur les prix permet aux patients et/ou aux acheteurs de choisir parmi les prestataires.

Source : Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09.

- La *réglementation concernant les professionnels de la santé et les équipements* est très présente dans certains pays. L'enquête montre que de nombreuses administrations limitent le nombre d'étudiants en médecine globalement et par spécialité, appliquent une échelle de salaires nationale pour le personnel hospitalier, réglementent le lieu d'installation des médecins ou l'ouverture de nouveaux hôpitaux, tout en prenant des mesures visant à combler les pénuries et les déséquilibres régionaux. L'Italie et la Turquie sont les pays qui interviennent le plus tandis que la Corée et l'Islande se situent à l'autre bout de l'échelle (graphique 3.3, partie C). Néanmoins il n'existe qu'une faible corrélation entre le degré de réglementation les médecins et le nombre de médecins par habitant ou la croissance du nombre des médecins ces dernières années.

- En intensifiant la rivalité entre prestataires, le *degré de prestation privée* des soins hospitaliers et des soins ambulatoires renforce les pressions concurrentielles, ce qui est susceptible de réduire les coûts des prestations, d'améliorer la qualité et de favoriser l'innovation (OCDE, 2006*b* ; Ennis, 2006). Toutefois, face aux défaillances du marché, ces effets bénéfiques peuvent ne pas se réaliser. L'enquête montre que la proportion des lits dans les hôpitaux privés par rapport au nombre total des lits de soins aigus est très variable d'un pays à l'autre. Elle est pratiquement nulle dans certains pays (Canada, Danemark, Islande, Norvège, Pologne, Suède et Royaume-Uni) mais dépasse 50 % en Allemagne, en Belgique, en Corée, au Japon et aux Pays-Bas. L'indicateur du degré de prestation privée (graphique 3.3, partie D) combine ces données avec des informations sur le mode de prestation prédominant – des dispensaires publics aux cabinets privés individuels – pour différents types de services médicaux dans le secteur ambulatoire.

- Laisser aux patients le *choix du prestataire* renforce leur implication et stimule la concurrence. Elle renforce ainsi les incitations poussant les prestataires à améliorer la qualité des soins et/ou à modérer les prix, en particulier si le financement reste attaché au patient et si le public dispose d'informations sur la qualité et le prix des services. Depuis quelques temps, dans de nombreux pays, les patients ont davantage la possibilité de choisir où et par qui ils vont être soignés (notamment en Norvège, au Royaume-Uni et en Suède). Toutefois, l'enquête indique que le choix du prestataire par les patients est très limité, voire inexistant, dans plusieurs pays, dont l'Espagne, la Finlande, le Mexique et le Portugal (graphique 3.3, partie E).

- Une amélioration de *l'information des usagers sur la qualité et les prix* des services de santé devrait renforcer les pressions concurrentielles en aidant les patients à choisir les prestataires les plus efficaces et ainsi pousser à l'amélioration des performances[6]. Une bonne information peut aussi jouer un rôle important quand le choix à la disposition des patients est limité, parce que les acheteurs et usagers peuvent alors comparer les prestataires et faire pression en faveur d'une amélioration des performances si celles-ci laissent à désirer

6. Au Royaume-Uni, les organismes de santé locaux (Primary Care Trusts) sont tenus d'offrir à la plupart des patients un choix entre différents hôpitaux. Pour aider les patients dans ce choix, NHS Choices est un site Web qui facilite les comparaisons en présentant des informations sur les délais d'attente, les taux de réadmission, etc., ainsi que les commentaires et notes d'appréciation des patients (OCDE, 2009*e*).

(concurrence par comparaison). Toutefois, la complexité des informations peut être un frein à leur utilisation, comme cela semble être le cas aux États-Unis (Hurst, 2002 ; Hanoch *et al*., 2009). D'une manière générale, l'enquête montre que dans certains des pays où les prestataires n'appliquent pas tous les mêmes prix (notamment la Belgique, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas et la Turquie), les patients continuent de disposer de très peu d'informations sur les prix. En outre, dans la majorité des pays de l'OCDE, il est quasiment impossible de se renseigner sur la qualité des services d'un prestataire donné (graphique 3.3, partie F).

Signaux de marché et incitations influant sur le comportement des assureurs

L'existence de plusieurs options – financement public ou privé – pour l'assurance maladie de base augmente le choix des consommateurs et donc les pressions concurrentielles. Plus le *degré de choix des usagers à l'égard de la couverture de base* est élevé, plus les pressions sont fortes pour s'adapter aux préférences des usagers (Colombo et Tapay, 2004) et adopter des technologies médicales nouvelles (Dormont *et al.*, 2007). Cependant, les systèmes comportant de multiples organismes payeurs peuvent également engendrer des coûts supplémentaires par rapport à un système de financement intégré (OCDE, 2004) : ils peuvent en effet compromettre la position de monopsone des organismes payeurs lorsqu'ils négocient avec les prestataires[7], entraîner une hausse des frais administratifs (Woolhandler *et al*., 2003), être source de frustration lorsque le choix devient trop difficile (Hanoch *et al.*, 2009), et compliquer le maintien de l'équité en matière d'accès et de financement. Ces motifs ont beaucoup pesé dans la mise en œuvre par la Corée de sa réforme d'intégration, qui a permis de regrouper de nombreuses compagnies d'assurance en un seul organisme payeur en juillet 2000 (OCDE, 2003*a*). En outre, il est souvent difficile pour un client de changer d'assureur en raison des coûts de transaction élevés, de l'absence de transférabilité de la couverture d'assurance et du manque d'informations comparatives sur les résultats des assureurs.

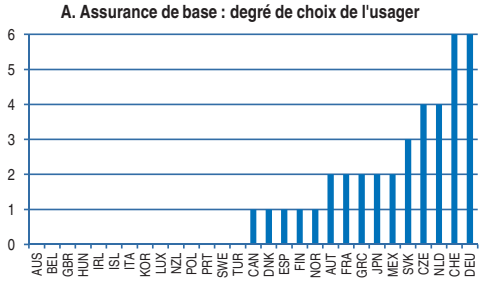
On a construit trois indicateurs pour décrire le recours des pays aux signaux de marché ou aux réglementations en ce qui concerne la couverture par l'assurance maladie :

- Au début des années 90, certains pays ont donné aux usagers la possibilité de *choisir leur assurance de base* ou renforcé la concurrence entre les assureurs, notamment l'Allemagne, les Pays-Bas, la République slovaque, la République tchèque et la Suisse[8]. Cependant, l'enquête montre (graphique 3.4, partie A) que dans la majorité des pays de l'OCDE, la concurrence pour la couverture d'assurance maladie de base est quasiment inexistante, dans la mesure où les citoyens n'ont pas le choix de l'assureur (par exemple dans les pays ayant un service national de santé et ceux dotés d'un système d'assurance sociale unique). Dans certains pays (en Espagne, en France, en Grèce et au Japon, par exemple), la couverture de base est liée à la situation au regard de l'emploi ou établie à l'échelle régionale/locale, et, même s'il n'existe pas officiellement de marché, des pressions concurrentielles peuvent apparaître.

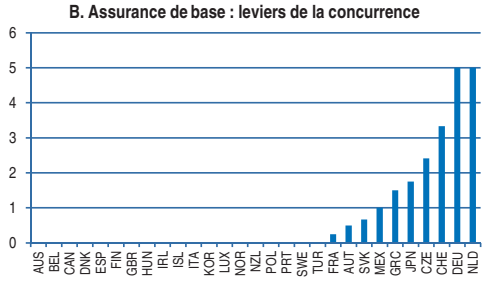
7. Aux États-Unis, toutefois, les assureurs privés sont assez actifs dans leurs négociations avec les prestataires, en particulier dans le contexte des initiatives en matière de services de santé (OCDE, 2004).

8. En Suisse, le libre choix de l'assureur et l'adhésion ouverte ont été introduits en 1996. En 2007, le Parlement a décidé d'affiner le dispositif de péréquation des risques. Cette modification entrera en vigueur en 2012.

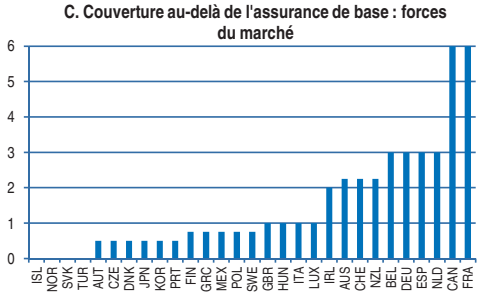
Graphique 3.4. **Signaux de marché et réglementation affectant le comportement des assureurs**



Note : Un score de "0" est attribué aux pays ayant un système de couverture médicale unique.



Note : Un score de "0" est attribué aux pays ayant un système de couverture médicale unique ou aux pays ayant de multiples régimes mais n'offrant pas la possibilité de modifier l'étendue, la prime, etc. de l'assurance de base.



Note : Les pays dont la part des dépenses d'assurances privées dans les dépenses totales est importante, dont la proportion de la population couverte par une assurance privée est forte et dont le degré de concentration du marché est faible se voient attribuer un score élevé.

Source: Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09; Eco-Santé OCDE 2009.

- *Leviers de la concurrence pour l'assurance de base.* Les pays où les usagers disposent d'un large choix s'appuient à des degrés divers sur certains leviers de concurrence. La concurrence est généralement plus forte lorsque les assureurs peuvent adapter l'éventail des prestations, la part des coûts pris en charge et/ou les primes, et s'ils peuvent négocier et passer des contrats avec les prestataires. Aux Pays-Bas par exemple, le recours à une clause contractuelle sélective, qui autorise les assureurs à sélectionner des prestataires de santé et à négocier avec les hôpitaux et les entreprises pharmaceutiques, est considéré comme l'un des piliers de la récente réforme du secteur de la santé favorisant les mécanismes du marché (RIVM, 2008 ; Leu et Matter, 2009). Dans les pays où le marché de l'assurance de base est concurrentiel, la loyauté de la concurrence repose sur des mécanismes de répartition équitable des risques entre groupements d'assurance à faible et à haut risque, et la concurrence est renforcée par la disponibilité de l'information sur les différentes offres en matière d'assurance. L'enquête confirme que, dans la plupart des pays de l'OCDE, il n'y a pratiquement pas de leviers de concurrence sur le marché de l'assurance maladie de base (graphique 3.4, partie B).

- *Couverture au-delà de l'assurance de base*. La proportion de la population, et des dépenses, couverte par des assurances privées au-delà du panier de prestations de base – appelée ici *couverture au-delà de l'assurance de base* – influe sur

l'intensité des pressions économiques qui s'exercent sur le marché de l'assurance maladie. Le Canada et la France se distinguent à cet égard : plus des deux tiers de leur population sont couverts par des assureurs privés, les dépenses correspondantes représentant plus de 10 % des dépenses de santé totales et le marché se caractérisant par un degré de concentration assez faible (graphique 3.4, partie C).

Dans l'ensemble, les pays recourent à différentes combinaisons de réglementations et d'instruments de marché

Pour étudier la combinaison de réglementations et de mécanismes de marché qui oriente la demande et l'offre des services de santé à l'intérieur de chaque pays et pour déterminer parmi ces éléments ceux qui différencient le plus les pays, on a effectué une analyse en composantes principales (ACP) dont les détails techniques sont présentés dans l'annexe 3.A3. L'ACP révèle que la principale dimension qui différencie les pays est l'ampleur du recours aux réglementations, matérialisé par l'axe horizontal (graphique 3.5, partie A). Les dispositifs de médecin référent et la réglementation des ressources allouées aux services de santé et des prix de ces services ont les poids les plus élevés dans la première composante principale; ils ont tendance à s'appliquer simultanément dans les pays considérés (tableau 3.2). Au contraire, la liberté de choix des patients parmi les prestataires apparaît avec un poids négatif élevé – les pays qui recourent le plus à la réglementation offrent généralement moins de choix aux usagers. Les pays qui se situent du côté droit du graphique 3.5 (partie B) sont ceux où la réglementation est très forte – le Portugal et l'Espagne apparaissent comme des pays fortement réglementés dans lesquels le choix des prestataires est très limité, voire inexistant.

L'ampleur du recours à des mécanismes de marché pour orienter le comportement des assureurs et des prestataires de services de santé est le deuxième élément important de différenciation des pays. Cette deuxième composante principale (correspondant à l'axe vertical) reflète de manière prépondérante le degré de concurrence entre assureurs (choix de l'assureur et moyens d'action en faveur de la concurrence dans le secteur de l'assurance de base ainsi que libre jeu du marché dans le secteur de l'assurance au-delà de la couverture de base) et entre prestataires (degré de prestation privée des services, incitations au volume pour les prestataires et information des usagers). L'ACP tend à montrer que, le plus souvent, les pays combinent divers instruments de marché. Les pays qui se situent dans la partie supérieure du graphique (graphique 3.5, partie B) sont ceux où l'intensité des forces du marché sur les marchés des prestataires et de l'assurance est élevée. L'Allemagne, la France, les Pays-Bas, la République slovaque et la Suisse en offrent de clairs exemples.

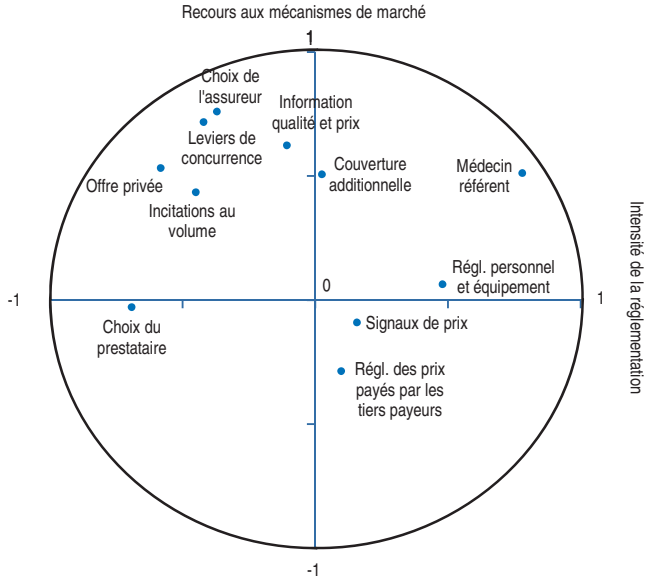
L'ACP fait aussi apparaître que l'ampleur du recours aux signaux de prix pour les usagers n'aide guère à différencier les pays lorsqu'il est dûment tenu compte d'autres approches réglementaires ou fondées sur le marché. Cette variable se situe très près du centre du cercle (graphique 3.5, partie A), ce qui montre une très faible corrélation avec les deux composantes principales qui représentent plus de la moitié de la variance.[9] En outre son poids dans les trois composantes principales suivantes est très faible

9. Si l'on modifie le système de codage pour la variable *signaux de prix à l'adresse des usagers* – de manière à augmenter sa dispersion en attribuant le score maximum de 6 au pays qui a le ratio paiements à la charge des patients/dépenses le plus élevé et en ajustant en conséquence les scores des autres pays – cela ne change pas le résultat.

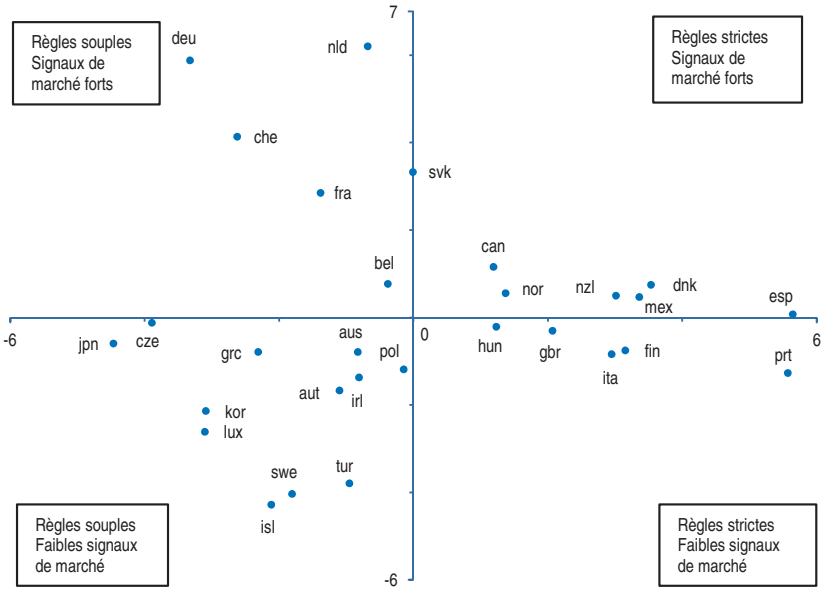
Graphique 3.5. **Utilisation des mécanismes de marché et de la réglementation pour orienter la demande et l'offre de soins**

Résultats d'une analyse en composantes principales (ACP)

Partie A. Cercle de corrélation[1]



Partie B. Position relative des pays[2]



1. Les axes du graphique correspondent aux 2 premiers facteurs de l'ACP, c.à.d. ceux qui expliquent la plus grande part de la variance des indicateurs institutionnels et de politique de santé entre les pays. Les valeurs sur l'axe horizontal (respectivement vertical) correspondent aux coefficients de corrélation avec le premier (respectivement le second) facteur de l'ACP.
2. Les valeurs sur l'axe horizontal (respectivement vertical) correspondent aux moyennes pondérées des indicateurs institutionnels et de politique de la santé, les poids étant déterminés par les vecteurs propres associés au premier (respectivement second) facteur de l'ACP.

Source : Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09.

(tableau 3.2). Concrètement, le niveau des paiements directs à la charge des patients est bas dans nombre de pays offrant un large choix aux usagers, comme l'Allemagne, la France, le Luxembourg et la République tchèque, mais il est élevé dans plusieurs autres (notamment la Corée, la République slovaque et la Suisse). En d'autres termes, les mécanismes de marché destinés à influer sur les prestataires (choix laissé aux usagers, prestation privée et systèmes de rémunération créant des incitations à augmenter le volume des soins) ne s'accompagnent pas systématiquement de mécanismes de marché destinés à réguler la demande (signaux de prix pour les usagers) ou de dispositifs de médecin référent. Cela pourrait indiquer que, lors de la fixation des paiements à la charge des patients, les considérations d'économie politique, de budget et/ou d'équité jouent un rôle plus grand que la volonté d'assurer la cohérence des politiques.

Tableau 3.2. **Analyse en composantes principales sur les indicateurs des mécanismes du marché et de la réglementation**

	Composantes principales				
	1	2	3	4	5
Valeurs propres	7.7	6.6	3.6	2.7	1.9
Part de la variance expliquée (%)	29.8	25.5	14.1	10.5	7.2
Part cumulée de la variance expliquée (%)	29.8	55.4	69.5	80.0	87.2
Vecteurs propres					
Choix des assureurs par les usagers	-0.24	0.53	-0.40	-0.09	0.31
Leviers de la concurrence	-0.22	0.40	-0.28	-0.11	0.28
Couverture au-delà de l'assurance de base	0.01	0.31	0.27	0.68	0.17
Degré de prestation privée des services	-0.28	0.28	0.01	0.09	-0.51
Incitations au volume liées aux modes de paiement des prestataires	-0.18	0.19	0.09	0.18	-0.38
Réglementation des prix facturés par les prestataires	0.04	-0.12	-0.06	-0.22	0.34
Information des usagers sur la qualité et les prix	-0.05	0.31	0.24	-0.18	-0.21
Réglementation concernant les professionnels de la santé et les équipements	0.23	0.03	0.15	0.44	0.36
Choix du prestataire par les patients	-0.51	-0.02	0.70	-0.28	0.30
Système de médecin référent	0.68	0.48	0.30	-0.35	-0.04
Signaux de prix pour les usagers	0.03	-0.02	-0.13	-0.01	-0.11

Source : Calculs de l'OCDE.

La combinaison d'instruments de marché et de réglementations varie notablement d'un pays à l'autre. Alors que les approches reposant sur le marché et les approches reposant sur la réglementation sont souvent présentées comme deux modèles bien distinct, dans la pratique, elles sont plus souvent employées ensemble qu'isolément. Certains des pays qui recourent fortement à la réglementation utilisent aussi des instruments de marché pour orienter la demande et l'offre de services de santé :

- L'Allemagne, les Pays-Bas et la Suisse sont trois pays qui recourent intensivement aux mécanismes de marché pour gérer aussi bien la couverture de base que l'offre de services. Toutefois, les Pays-Bas réglementent plus strictement les prix facturés par les prestataires.
- Le Canada et la France recourent eux aussi fortement aux mécanismes de marché pour gérer l'offre des services de santé et de l'assurance maladie, mais seulement pour la couverture au-delà de l'assurance de base et en s'appuyant simultanément sur la réglementation surtout pour les professionnels de la santé et les équipements plus que pour les prix des prestataires.

- En Islande, en Suède et en Turquie, les pressions concurrentielles sont faibles – la prestation privée des services et les incitations des prestataires à répondre à la demande sont assez limitées. Les usagers bénéficient d'une vaste liberté pour le choix des prestataires mais la réglementation des prix des prestataires est stricte.
- Le Danemark, l'Espagne, la Finlande, le Mexique et le Portugal se caractérisent par une approche monolithique et dirigiste – peu de prestation privée, pas de choix parmi les prestataires, peu d'incitations pour les prestataires à répondre à la demande et système de médecin référent strict.
- Les autres pays recourent à une combinaison associant une réglementation peu contraignante et de faibles pressions concurrentielles pour les prestataires.

Promouvoir l'équité dans l'accès aux soins médicaux : indicateurs de la couverture médicale

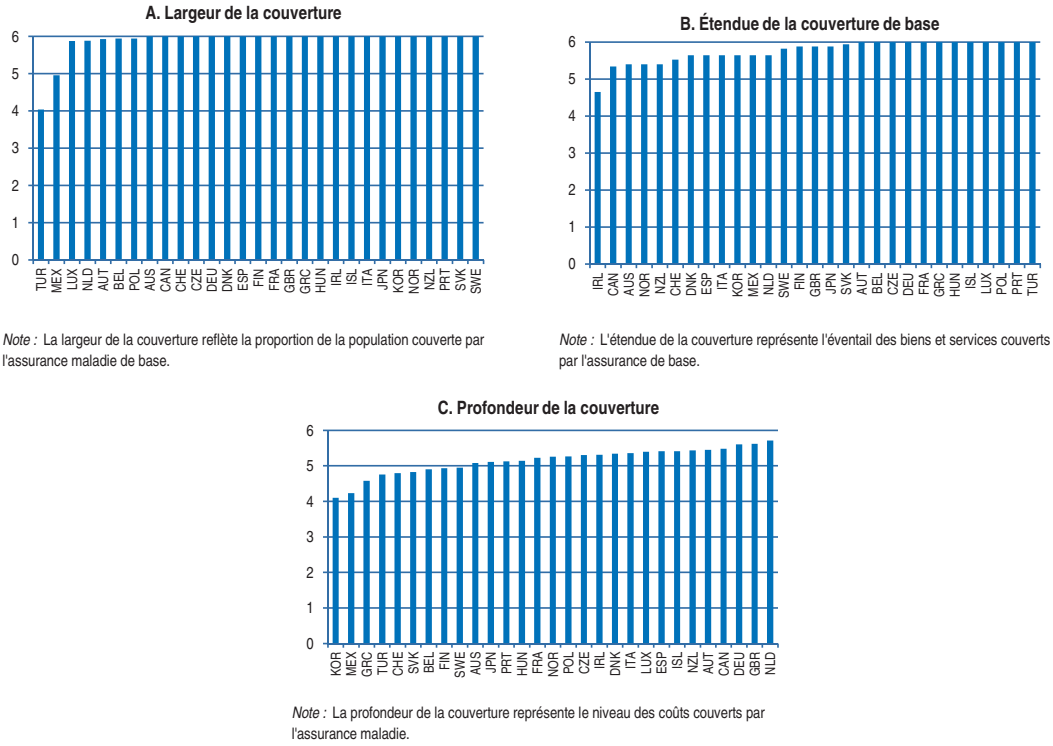
Un des objectifs depuis longtemps poursuivis dans pratiquement tous les pays de l'OCDE est d'assurer un accès suffisant aux services de santé essentiels. Le degré d'exhaustivité de la couverture médicale est un facteur clé de l'accès aux services de santé pour les catégories défavorisées. Elle dépend en grande partie de trois aspects fondamentaux :

- *La largeur de la couverture de base*. Les pays de l'OCDE sont aujourd'hui parvenus à une couverture quasi-universelle de la population pour un ensemble fondamental de services de santé, à l'exception du Mexique et de la Turquie parmi les 29 pays de l'OCDE qui ont répondu à l'enquête (graphique 3.6, partie A)[10].
- *L'étendue de la couverture de base*. Dans les 29 pays membres pris en considération, les soins hospitaliers aigus, les consultations externes de médecins généralistes et de spécialistes, les analyses médicales ainsi que l'imagerie diagnostique sont pris en charge par la couverture de base – à la seule exception de l'Irlande où les consultations d'un généraliste dans le secteur ambulatoire ne sont pas incluses dans l'assurance de base. Un certain nombre de pays excluent de la couverture de base les lunettes, les soins dentaires et les prothèses dentaires (Australie, Canada, Irlande, Norvège et Nouvelle-Zélande) ou certaines de ces prestations (Corée, Danemark, Espagne, Finlande, Italie, Japon, Mexique, Pays-Bas, Suède, Suisse et Royaume-Uni). Toutefois, globalement, les lunettes, les soins dentaires et les prothèses dentaires représentent une part assez faible des dépenses totales de santé et les données indiquent une variation très limitée du champ de la couverture de base entre les pays de l'OCDE (graphique 3.6, partie B).
- La *profondeur de la couverture de base.* Les coûts des soins hospitaliers et ambulatoires sont couverts par l'assurance de base pour la totalité de leur montant dans 11 pays alors que dans quelques autres pays les coûts des soins ambulatoires sont pris en charge à hauteur de 51 à 75 %. Les assurances complémentaires, supplémentaires et/ou duplicatives contribuent à réduire encore les paiements directs à la charge des patients dans un certain nombre de

10. La Turquie avance depuis de nombreuses années en direction d'un système d'assurance maladie contributif universel, maintenant établi par une loi votée en avril 2008 (OCDE, 2008*b*).

pays (en particulier au Canada, en France, en Irlande et en Suisse)[11]. Globalement, c'est en Corée, en Grèce, au Mexique, en Suisse et en Turquie que la profondeur de la couverture de base est la plus faible et en Allemagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni qu'elle est la plus forte (graphique 3.6, partie C).

Graphique 3.6. **Niveau de la couverture de l'assurance maladie**



Source : Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09.

Maîtriser les dépenses publiques : indicateurs des principes budgétaires et de gouvernance

La capacité à contenir les dépenses publiques de santé est devenue et demeure une question pressante dans la plupart des pays. Les indicateurs suivants concernent deux aspects clés : les caractéristiques de la fixation et de la répartition de l'enveloppe budgétaires et le degré de décentralisation et de délégation de la prise de décisions.

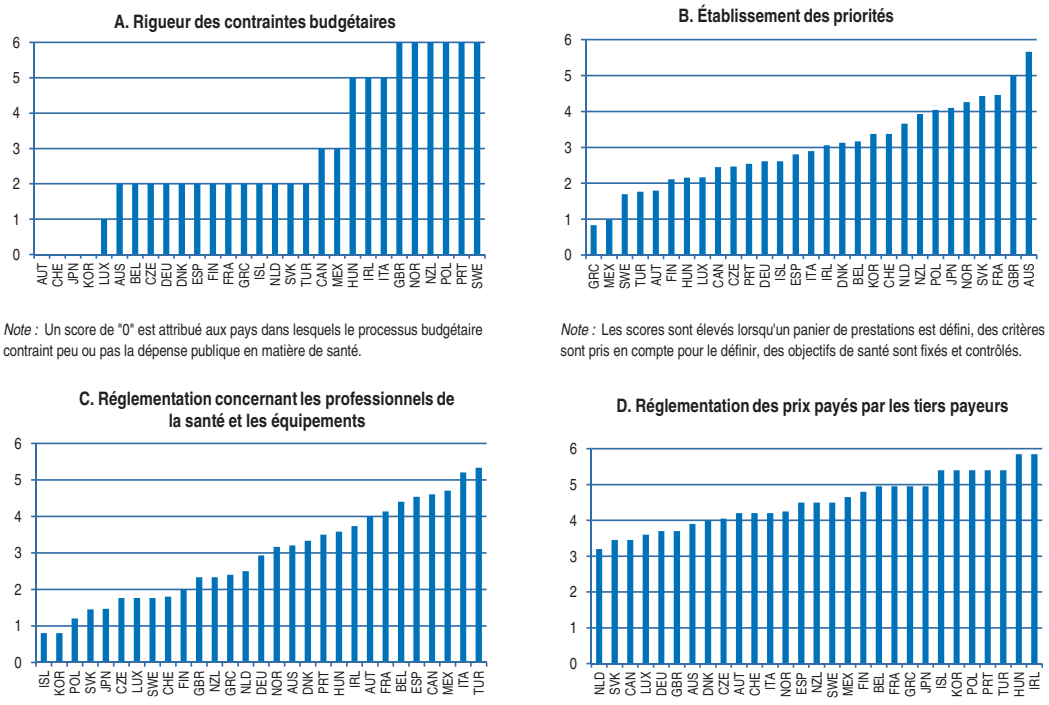
11. Presque 90 % de la population française bénéficie d'une assurance maladie privée *complémentaire* pour couvrir la part à la charge du patient dans le système de sécurité sociale et les assurances privées financent plus de 13 % des dépenses totales de santé. Le marché de l'assurance *supplémentaire* est très important au Canada et aux Pays-Bas où l'assurance privée prend en charge des éléments non inclus dans la couverture de base. L'assurance *duplicative* offre un accès plus rapide aux services médicaux quand il existe des délais d'attente dans le système public. Ce marché est particulièrement important en Irlande, en Australie et en Nouvelle-Zélande (OCDE, 2009*a*).

Fixer l'enveloppe budgétaire, les prix et les volumes

Pour contenir les pressions sur les dépenses, les pays ont adopté divers instruments :

- Certains ont accru la *rigueur des contraintes budgétaires*, en imposant des plafonds aux dépenses de santé, globalement ou par secteur. L'enquête montre que les plafonds et autres contraintes budgétaires sont largement utilisés, en particulier dans les pays où la délivrance des soins médicaux est principalement du ressort du secteur public (par exemple en Norvège, en Nouvelle-Zélande, en Pologne, au Portugal, en Suède et au Royaume-Uni). Au contraire, la Corée, l'Autriche, le Japon et la Suisse n'imposent pas de contraintes aux dépenses publiques de santé par le biais du processus budgétaire (graphique 3.7, partie A).
- La *réglementation des prix payés par les tiers payeurs* et la *réglementation des professionnels de la santé et des équipements* sont aussi utilisées (graphique 3.7, parties C et D). Ainsi, depuis le milieu des années 1990, la Belgique fixe un plafond général pour le budget global, complété par des cibles budgétaires pour les sous-secteurs. Des mesures correctives – comme l'ajustement des honoraires et des taux de remboursement – sont prises quand il y a un risque de dépassement (OCDE, 2005*a*).
- Une autre approche, parfois complémentaire, consiste à renforcer *l'établissement des priorités* (graphique 3.7, partie B) – en particulier en utilisant l'évaluation des technologies médicales de manière effective et avec des critères bien définis concernant l'éventail des prestations couvertes.

Graphique 3.7. **Principes budgétaires et de gouvernance – Établissement et allocation de l'enveloppe budgétaire**



Note : Un score de "0" est attribué aux pays dans lesquels le processus budgétaire contraint peu ou pas la dépense publique en matière de santé.

Note : Les scores sont élevés lorsqu'un panier de prestations est défini, des critères sont pris en compte pour le définir, des objectifs de santé sont fixés et contrôlés.

Note : Un faible score reflète de faibles niveaux de réglementation en matière d'équipements de haute technologie, d'activités et de personnel hospitaliers comme de médecins externes.

Note : Un score faible est attribué aux pays avec peu de réglementation sur les prix payés par les tiers payeurs pour les médecins généralistes, les spécialistes et les services hospitaliers.

Source : Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09.

Répartition des responsabilités entre les différents niveaux d'administration publique ou autres organismes

La répartition des responsabilités en matière de soins médicaux entre les niveaux d'administration publique et/ou les assureurs est un déterminant du degré de maîtrise des dépenses publiques de santé. La décentralisation peut accroître la réceptivité du système de santé aux besoins locaux, stimuler la concurrence entre les circonscriptions et promouvoir l'expérimentation[12]. D'un autre côté, la décentralisation peut aussi générer une complexité institutionnelle inutile, des gaspillages par double emploi, une moindre maîtrise des dépenses quand les responsabilités se chevauchent et une exploitation insuffisante des économies d'échelle (Diderichsen, 1995 ; Joumard et Kongsrud, 2003)[13]. Quelques pays ont récemment transféré certaines attributions aux autorités infranationales (par exemple, l'Espagne et l'Italie) mais beaucoup d'autres (comme le Danemark, l'Irlande, la Norvège et la Pologne) ont recentralisé les responsabilités en matière de santé (Bach *et al*., 2009 ; Saltman, 2008).

Pour refléter quantitativement et qualitativement la décentralisation/délégation entre les niveaux d'administration publique ou autres organismes, on a construit trois indicateurs :

- Le *degré de décentralisation vers les niveaux d'administration infranationaux* pour la prise de décision sur des questions clés de la politique de la santé est présenté dans le graphique 3.8 (partie A). Cet indicateur reflète l'autonomie de décision effective des autorités infranationales sur des aspects essentiels des dépenses de santé (comme le choix des modes de rémunération pour les prestataires ou le financement de nouvelles installations de santé). C'est au Canada, en Espagne, en Finlande, en Suède et en Suisse qu'il est le plus élevé[14].
- Le *degré de délégation aux assureurs*. Dans certains pays, la décision est aussi déléguée aux caisses d'assurance maladie. En Corée, par exemple, ces organismes établissent l'assiette et le niveau des contributions sociales de santé et les modes de rémunération des médecins et des hôpitaux ; ils financent aussi les constructions et les équipements coûteux des hôpitaux et leur entretien. Les pays très décentralisés ont aussi tendance à laisser peu d'autonomie de décision aux assureurs, la Suisse étant la principale exception (graphique 3.8, partie B).

---

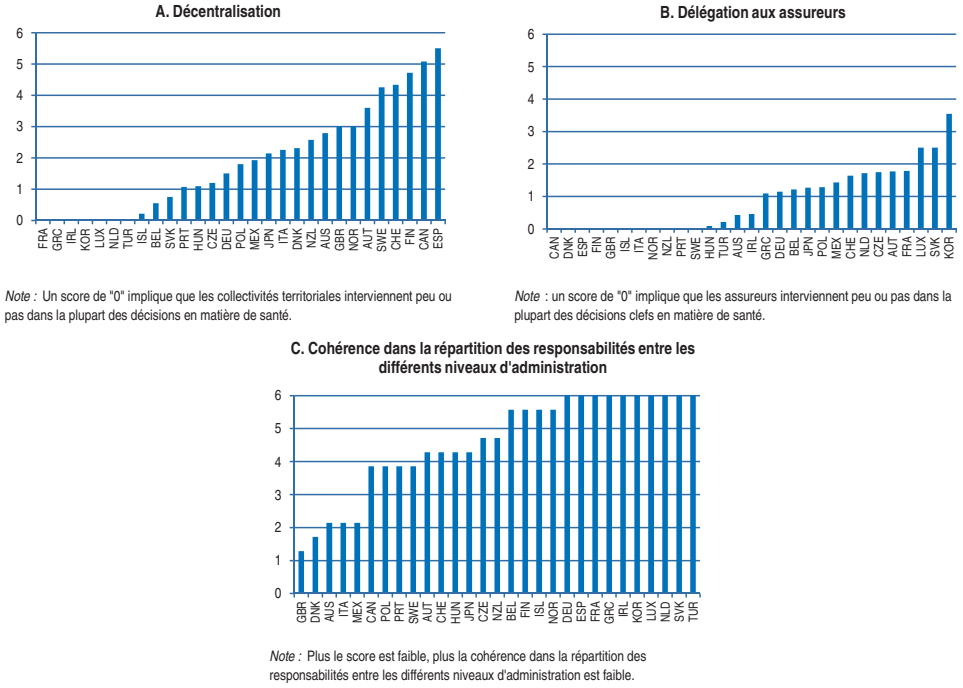
12. En Suède, les conseils de comté ont d'importantes responsabilités dans la gestion du système de santé. Ils gèrent les hôpitaux, contrôlent l'installation des praticiens privés et fixent le barème d'honoraires que ceux-ci doivent accepter pour être remboursés par le système d'assurance sociale. On considère aussi que la décentralisation a accru la flexibilité du système de santé et l'a rendu plus innovant (OCDE, 2005*b*).

13. Du fait d'une fragmentation de la décision et des dispositifs de financement, les différents niveaux d'administration se rejettent souvent le blâme et les coûts les uns sur les autres. Les *Études économiques de l'OCDE* sur l'Australie et la Norvège en donnent des exemples (OCDE, 2006*a* ; OCDE, 2002).

14. Dans la plupart des études empiriques plurinationales, le degré de décentralisation est mesuré par la part des autorités infranationales dans les dépenses publiques. Cependant, une valeur élevée de cette part infranationale des dépenses n'implique pas nécessairement une véritable autonomie budgétaire étant donné que les dépenses infranationales peuvent être soumises à l'influence des réglementations de l'administration centrale (Bach *et al*., 2009). Toutefois, dans le domaine de la santé, la part des autorités infranationales dans les dépenses publiques est étroitement liée à l'autonomie de décision effective de ces autorités, telle qu'elle est définie dans l'enquête.

- L'indicateur de la *cohérence dans la répartition des responsabilités* entre les niveaux d'administration montre dans quelle mesure les responsabilités sont clairement définies, réparties de manière cohérente et avec le moins de chevauchement possible (graphique 3.8, partie C). La degré de cohérence dans la répartition des responsabilités diminue lorsque plusieurs niveaux d'administration participent à des décisions clés en matière de santé (comme c'est le cas par exemple pour le financement des équipements coûteux en Australie, au Canada, au Danemark, en Italie, au Japon, au Mexique, en Nouvelle-Zélande, en Pologne, au Portugal, en République tchèque, au Royaume-Uni, en Suède et en Suisse). Il diminue aussi quand la répartition des différentes responsabilités peut générer des incitations inappropriées (comme le financement de nouveaux hôpitaux à un niveau d'administration et l'entretien des hôpitaux existants à un autre niveau, susceptibles de faire double emploi et/ou de se solder par des prestations insuffisantes ou le rejet du blâme entre les différents niveaux d'administration).

Graphique 3.8. **Principes budgétaires et de gouvernance – Décentralisation et délégation**



Source : Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09.

Globalement, la rigueur de la contrainte budgétaire et le degré de décentralisation sont les deux variables qui différencient le plus les principes budgétaires et de gouvernance adoptées par les pays pour maîtriser les dépenses publiques. L'ACP effectuée sur le sous-ensemble de variables correspondant aux principes budgétaires et de gouvernance semble indiquer par ailleurs que la cohérence dans la répartition des responsabilités entre les niveaux d'administration est généralement plus faible dans les pays les plus décentralisés – à l'exception de l'Espagne et de la Finlande – et que la délégation de responsa-bilités aux assureurs est plus grande dans les pays centralisés[15].

15. L'Annexe 3.A4 présente les principaux résultats de l'ACP concernant les principes budgétaires et de gouvernance.

Annexe 3.A1

Défaillances et imperfections du marché dans les systèmes de santé

Depuis longtemps, il est reconnu par les courants dominants de la science économique que les marchés concurrentiels conduisent, dans de nombreux cas, à une allocation efficace des ressources et à une maximisation du bien-être social. La théorie néoclassique démontre que l'équilibre atteint sur un marché parfaitement concurrentiel est optimal au sens de Pareto, c'est-à-dire qu'aucune autre allocation des ressources ne peut améliorer simultanément la situation de tous les participants du marché[1]. Toutefois, cet équilibre concurrentiel ne peut se réaliser qu'à certaines conditions, dont beaucoup ne sont pas vérifiées dans le secteur de la santé. Depuis les travaux d'avant-garde d'Arrow (1963), de nombreuses études ont examiné les raisons des défaillances du marché dans les services de santé et dans l'assurance maladie. Cette annexe donne une vue d'ensemble de ces défaillances et décrit les interventions gouvernementales conçues pour y remédier.

Défaillances et imperfections du marché dans les services de santé

Externalités

La consommation de services de santé peut être bénéfique non seulement pour la personne concernée mais aussi pour les autres. Un exemple évident est le traitement des maladies transmissibles et la vaccination. En présence de ces externalités, la consommation déterminée par le marché est socialement non optimale, nécessitant ainsi une intervention publique. En outre, certaines activités liées au domaine de la santé, notamment en recherche-développement, ont des caractéristiques de biens publics (Smith, 2008*a*).

Asymétrie de l'information

L'hypothèse de la souveraineté du consommateur n'est en général pas vérifiée sur les marchés de la santé[2], étant donné que les prestataires ont souvent une position de marché dominante par rapport aux patients et aux payeurs (assureurs ou gouvernement) parce

1. Une allocation des ressources optimale au sens de Pareto peut ne pas être optimale d'un point de vue social. Un changement de l'allocation des ressources qui améliore beaucoup la situation de la plupart des participants du marché, en détériorant modérément la situation de quelques-uns, est sûrement souhaitable du point de vue social. Sur les marchés parfaitement concurrentiels, on peut utiliser les transferts monétaires (impôts et subventions) pour réaliser un équilibre conforme aux préférences sociales (Arrow, 1963).

2. La souveraineté du consommateur signifie que, sur un marché parfaitement concurrentiel, ce sont les consommateurs qui, en fin de compte, dictent ce qui doit être produit.

qu'ils ont plus d'information quant à la nécessité et à l'adéquation des soins médicaux. En outre, les individus ont peu de possibilités d'évaluer la qualité des soins de par leur expérience et il leur faut souvent prendre des décisions alors qu'ils sont vulnérables (Hurley, 2000). En conséquence, les patients se fient essentiellement à l'avis médical. La demande peut donc être induite par l'offre entraînant une surconsommation[3]. Un certain nombre de mesures peuvent atténuer ces problèmes informationnels. Du côté de la demande, on peut mettre à la disposition des patients des informations sur la qualité des soins. Du côté de l'offre, on peut limiter l'autonomie des prestataires par des contrôles d'utilisation, des dispositifs d'autorisation préalable, des recommandations pour la pratique clinique et la promotion de la prévention – comme dans le contexte de la gestion coordonnée des soins. Les systèmes de rémunération peuvent aussi être conçus de manière à limiter les incitations à l'augmentation du volume des soins – par exemple en payant les médecins à la capitation ou en les salariant, de préférence au paiement à l'acte.

Il existe aussi une asymétrie de l'information entre les autorités de santé et les prestataires. L'expertise de la médecine est nécessaire pour évaluer l'efficacité de la pratique médicale. De ce fait, les gouvernements ont octroyé aux professionnels de santé des pouvoirs importants d'autorégulation, ce qui renforce leur position. De même, les prestataires ont un avantage informationnel sur les assureurs, ce qui limite la capacité de ces derniers à évaluer la valeur des soins.

Barrières à l'entrée et à la sortie

La concurrence suppose une libre entrée et sortie du marché. Dans le secteur de la santé, l'entrée des prestataires est très réglementée afin de garantir la qualité[4]. Généralement la sécurité d'emploi des prestataires est rarement menacée. Il est par exemple politiquement difficile de fermer des hôpitaux locaux (Smith, 2008).

Pouvoir de monopole

Les prestataires jouissent souvent d'un certain pouvoir de monopole, qui découle des caractéristiques techniques des soins médicaux – par exemple les économies d'échelle – ou de l'intervention gouvernementale visant à garantir la qualité des soins ou de l'attribution de droits de propriété intellectuelle. Les économies d'échelle dans le secteur hospitalier impliquent que « dans de nombreuses spécialités et localités, on n'a pratiquement pas le choix du fournisseur de soins » (Smith, 2008). La législation des brevets octroie un monopole aux technologies médicales et aux médicaments nouveaux (Hsiao et Heller, 2007).

Défaillances et imperfections du marché dans le secteur de l'assurance

L'incertitude est une caractéristique essentielle des services de santé : les personnes sont dans l'incertitude quant à la survenue de la maladie et à l'efficacité des traitements.

3. L'économie comportementale indique qu'un certain nombre de facteurs additionnels – par exemple, la capacité limitée des patients de traiter les informations ou le désir d'éviter d'avoir des regrets – peuvent contribuer à ce qui apparaît comme des inductions de la demande (Frank, 2004).

4. Il peut y avoir des obstacles techniques à l'entrée sur le marché : par exemple, la formation des médecins ou la construction des hôpitaux exigent beaucoup de temps.

La capacité d'atteindre un équilibre concurrentiel dépend de l'existence d'un ensemble complet de marchés d'assurance couvrant ces risques, mais cela s'avère impossible dans la pratique en raison d'un certain nombre de défaillances du marché, comme le phénomène de sélection biaisée (voir ci-dessous) et l'aléa moral[5].

Sélection des risques

L'asymétrie de l'information entre le consommateur et l'assureur quant à l'état de santé du premier entraîne une *sélection biaisée* – les personnes à plus grand risque sont plus enclines à souscrire une assurance maladie de niveau élevé que celles en bonne santé. Les primes fixées en fonction du risque moyen sont ainsi insuffisantes pour couvrir les demandes de prestations et une hausse des primes poussera les personnes à bas risque à résilier leur assurance. L'assurance obligatoire est une réponse évidente au phénomène de sélection biaisée.

L'*écrémage*, ou sélection des risques, est la possibilité pour les assureurs de choisir les personnes à bas risque et de s'abstenir de couvrir les autres. On peut remédier à ce problème par une réglementation limitant les pratiques de sélection des risques et/ou en créant des systèmes d'égalisation des risques permettant une redistribution entre des consortiums à bas et à haut risque.

Aléa moral

Quand les patients ne supportent pas la totalité du coût des soins médicaux, ils peuvent être tentés de consommer plus que nécessaire. De même, les prestataires, sachant que leurs patients sont bien assurés, peuvent avoir tendance à prescrire plus de soins qu'il n'est nécessaire, notamment s'ils en tirent un avantage financier. Il est possible de réduire l'aléa moral en évitant les systèmes de rémunération qui incitent les prestataires à augmenter les volumes de soins et en favorisant une pratique médicale fondée sur des preuves scientifiques. L'augmentation de la part restant à la charge des patients peut aussi réduire l'aléa moral mais avec le risque de mettre certaines personnes en difficulté financière et d'aller à l'encontre des objectifs d'équité.

Économies d'échelle

Des coûts administratifs fixes et les gains d'efficience associés à la mise en commun des risques génèrent des économies d'échelle. Ainsi, la présence d'un grand nombre de petites entreprises entraîne des inefficacités techniques, tandis qu'un petit nombre de grandes entreprises génère des situations de monopole. Un système à payeur unique apparaît quelquefois comme une solution en présence d'économies d'échelle (Hurley, 2000).

5. Selon Arrow (1963), l'absence d'un ensemble complet de marchés d'assurance explique le développement des institutions sociales non marchandes.

Annexe 3.A2

Codage des indicateurs des institutions et politiques de la santé – exemples

Pour effectuer des comparaisons internationales sur un nombre raisonnable d'indicateurs des institutions et politiques de la santé, on a transformé le vaste ensemble de données obtenu au moyen du questionnaire (269 variables essentiellement qualitatives) en un plus petit nombre d'indicateurs quantitatifs, prenant des valeurs entre 0 et 6. En outre, on a construit directement certains indicateurs de politiques à partir des bases de données de l'OCDE existantes (principalement Eco-Santé OCDE et Système de comptes de la santé), en assumant que ceux-ci rendaient bien compte d'un aspect des politiques. Au total, on a limité à 20 le nombre des indicateurs quantitatifs des politiques et institutions. Cette annexe décrit, à titre d'exemple, les principes et les hypothèses sous-jacentes qui ont présidé à la construction de trois indicateurs quantitatifs, les deux premiers découlant du questionnaire et le dernier reposant sur les données du Système de comptes de la santé.

Liberté de choix des patients parmi les prestataires

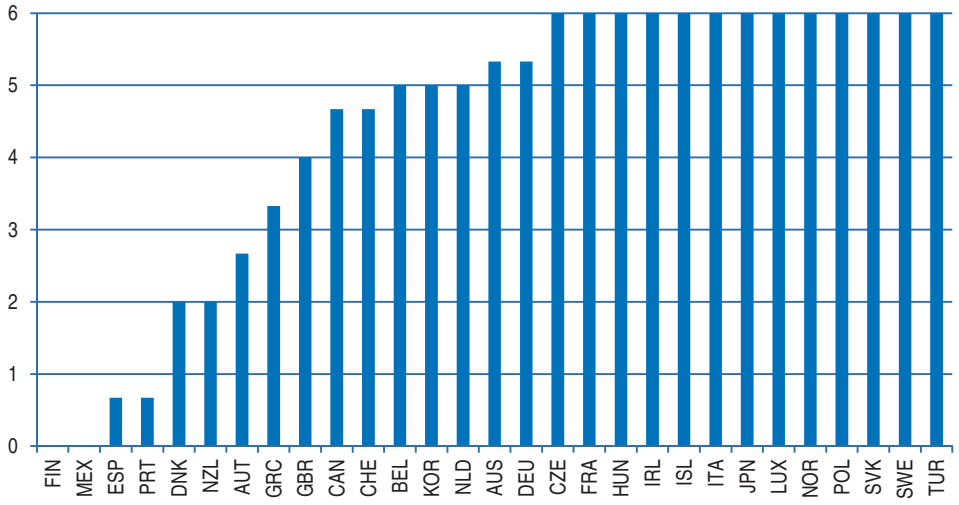
Une partie du questionnaire visait à déterminer si les patients sont libres de choisir n'importe quel médecin (ou hôpital), sont exposés à des incitations à choisir un médecin (ou un hôpital) de préférence à un autre, ou ont un choix limité, restreint à une zone géographique ou à un réseau de prestataires, par exemple. Le score est calculé par addition, suivant les règles présentées dans le tableau 3.A2.1. Les pays qui ont les scores les plus élevés sont ceux où les patients disposent du plus large choix parmi les prestataires (graphique 3.A2.1).

Tableau 3.A2.1. **Calcul du score pour le degré de choix des patients**

Questions	Réponses	Score additif
Quel choix le patient a-t-il parmi les médecins généralistes?	Choix libre	2
	Des incitations pécuniaires (réduction de la part du paiement à la charge du patient, par exemple) influent sur le choix	1
	Choix limité (à une zone géographique ou à un réseau de prestataires, par exemple)	0
Quel choix le patient a-t-il parmi les spécialistes ?	Choix libre	2
	Des incitations pécuniaires (réduction de la part du paiement à la charge du patient, par exemple) influent sur le choix	1
	Choix limité (à une zone géographique ou à un réseau de prestataires, par exemple)	0
Quel choix le patient a-t-il parmi les hôpitaux ?	Choix libre	2
	Des incitations pécuniaires (réduction de la part du paiement à la charge du patient, par exemple) influent sur le choix	1.33
	Choix limité mais avec des exceptions (délai d'attente, par exemple)	0.67
	Choix limité (à une zone géographique ou à un réseau de prestataires, par exemple)	0

Source : Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 (voir Paris *et al.,* 2010, pour plus de détails).

Graphique 3.A2.1. **Choix du prestataire par les patients**



Note : Un score de « 0 » est attribué aux pays où les patients sont limités dans leur choix d'un médecin généraliste, d'un spécialiste ou d'un hôpital.

Source : Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09.

Système de médecin référent

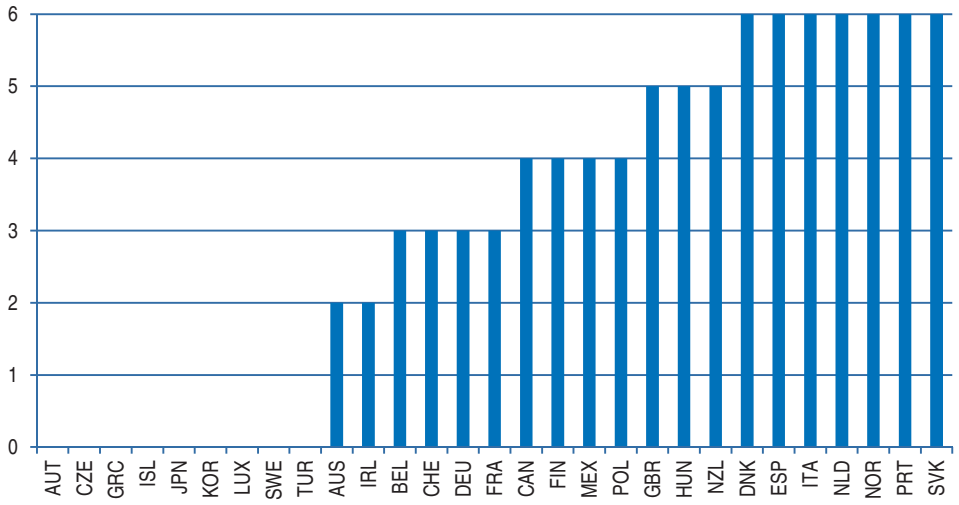
Des informations sur l'obligation de s'enregistrer auprès d'un médecin généraliste et de se faire aiguiller pour pouvoir accéder aux soins d'un spécialiste, ou les incitations à le faire, ont été collectées au moyen du questionnaire. Pour transformer cette information qualitative en un indicateur quantitatif prenant des valeurs entre 0 et 6, on a appliqué les critères décrits dans le tableau 3.A2.2. Les pays qui ont le score le plus élevé pour l'indicateur du système de médecin référent sont ceux où les contraintes sont les plus rigoureuses (graphique 3.A2.2).

Tableau 3.A2.2. **Calcul du score pour l'indicateur du système de médecin référent**

Score entre crochets		Aiguillage par un généraliste pour l'accès aux soins d'un spécialiste		
		Obligatoire	Incitations	Pas d'obligation ni d'incitation
Enregistrement auprès d'un médecin généraliste	Obligatoire	Danemark, Espagne, Italie, Pays-Bas, Norvège, Portugal, République slovaque [6]	[4]	[2]
	Incitations	Hongrie, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni [5]	Allemagne, Belgique, France, Suisse [3]	[1]
	Pas d'obligation ni d'incitation	Canada, Finlande, Mexique, Pologne [4]	Australie, Irlande [2]	Autriche, Corée, Grèce, Islande, Japon, Luxembourg, République tchèque, Suède, Turquie [0]

Source : Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 (voir Paris *et al.,* 2010 pour plus de détails).

Graphique 3.A2.2. **Système de médecin référent**



Note : Un score de « 0 » est attribué aux pays où les patients ne sont pas obligés ou encouragés à s'inscrire auprès d'un médecin référent et à obtenir son accord pour consulter un spécialiste.

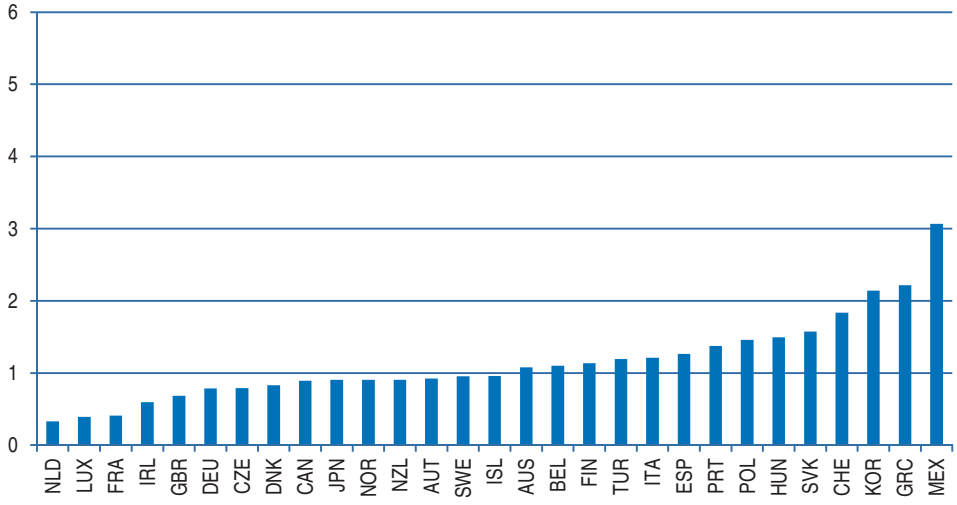
Source : Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09.

Signaux de prix pour les usagers

L'indicateur des *Signaux de prix pour les usagers* reflète les paiements directs à la charge des patients. Les données sont tirées du Système de comptes de la santé et l'indicateur est défini comme étant le montant des paiements directs à la charge des patients rapporté aux dépenses totales de santé. Dans cette base de données, les paiements directs à la charge des patients comprennent la participation du patient aux coûts des biens et services couverts par le panier de prestations de l'assurance maladie de base, ainsi que la consommation d'autres biens et services de santé. Pour le Mexique et la Turquie, ils comprennent aussi les dépenses de santé des non-assurés.

Dans les pays de l'OCDE, les paiements directs à la charge des patients en proportion des dépenses totales de santé s'étagent entre 5.5 % et 51.1 %. Ces chiffres ont été ramenés à une échelle de 0 à 6. C'est aux Pays-Bas, au Luxembourg et en France que les paiements directs des patients en proportion des dépenses totales de santé sont les plus bas et au Mexique et en Grèce, suivis par la Corée et la Suisse qu'ils sont les plus élevés (graphique 3.A2.3).

Graphique 3.A2.3. **Signaux de prix pour les usagers**



Note : Le score correspond à la part des paiements nets des ménages dans les dépenses totales de santé, rééchelonnée de 0 à 6.

Source : Eco-Santé OCDE 2009.

Annexe 3.A3

Analyse en composantes principales et classification hiérarchique

Au-delà de l'analyse des simples corrélations (bilatérales), l'analyse en composantes principales (ACP) peut-être utilisée pour identifier les caractéristiques institutionnelles qui différencient le plus les pays de l'OCDE et pour évaluer empiriquement comment ces diverses caractéristiques institutionnelles se combinent dans les différents pays. La classification hiérarchique permet elle de regrouper les pays qui présentent des structures de politiques, c'est-à-dire des combinaisons spécifiques d'instruments d'action, comparables.

Analyse en composantes principales (ACP)

L'ACP condense les informations contenues dans un ensemble d'indicateurs en un plus petit nombre de composantes principales non corrélées, qui sont des combinaisons linéaires des indicateurs initiaux. Si X est une matrice (n,p) de n pays et p indicateurs, on obtient la première composante principale (vecteur propre) v_1 en maximisant la variance expliquée $v_1'X'X\ v_1$ sous la contrainte de normalisation $v_1'v_1 = 1$. On obtient la deuxième composante principale en maximisant $v_2'X'X\ v_2$ sous la contrainte de normalisation $v_2'v_2 = 1$ et avec comme condition qu'elle soit orthogonale à la première composante principale ($v_1'v_2 = 0$). On calcule de la même manière les autres composantes principales. On peut démontrer que v_1 est le vecteur propre associé à la plus grande valeur propre de la matrice de covariance X'X, v_2 le vecteur propre associé à la deuxième plus grande valeur propre et de même pour les autres composantes principales. Les valeurs propres représentent le pourcentage de la variance expliquée par chaque composante principale et les p éléments des vecteurs propres correspondent aux poids attribués à chaque indicateur dans le calcul des composantes principales (voir par exemple le tableau 3.2 dans le corps du chapitre).

Le cercle des corrélations est une façon classique de représenter la relation entre les composantes principales et les indicateurs. Le coefficient de corrélation entre l'indicateur i et la composante principale j est calculé par la formule $\sqrt{\lambda_j}.v_{ij} / \sigma_i$, où λ_j est la valeur propre associée à la composante principale j, v_{ij} la composante du vecteur propre j correspondant à la variable i et σ_i l'écart type de la variable i. Ces coefficients – quelquefois appelés « saturations factorielles » – apparaissent dans le cercle des corrélations (par exemple, graphique 3.5, partie A). Les variables qui présentent les plus fortes corrélations avec les composantes principales, et qui ont ainsi le plus de poids dans cette analyse, se situent près du cercle. Les variables proches du centre du cercle pèsent peu sur les axes correspondant aux composantes principales – elles sont peu corrélées avec la plupart des autres variables.

On peut calculer les coordonnées des pays sur les composantes principales en utilisant les vecteurs propres correspondants v_j pour pondérer les valeurs des indicateurs, ce qui

montre comment les pays se situent les uns par rapport aux autres en fonction des dimensions associées aux axes (par exemple, graphique 3.5, partie B).

Analyse par clusters (ou classification hiérarchique)

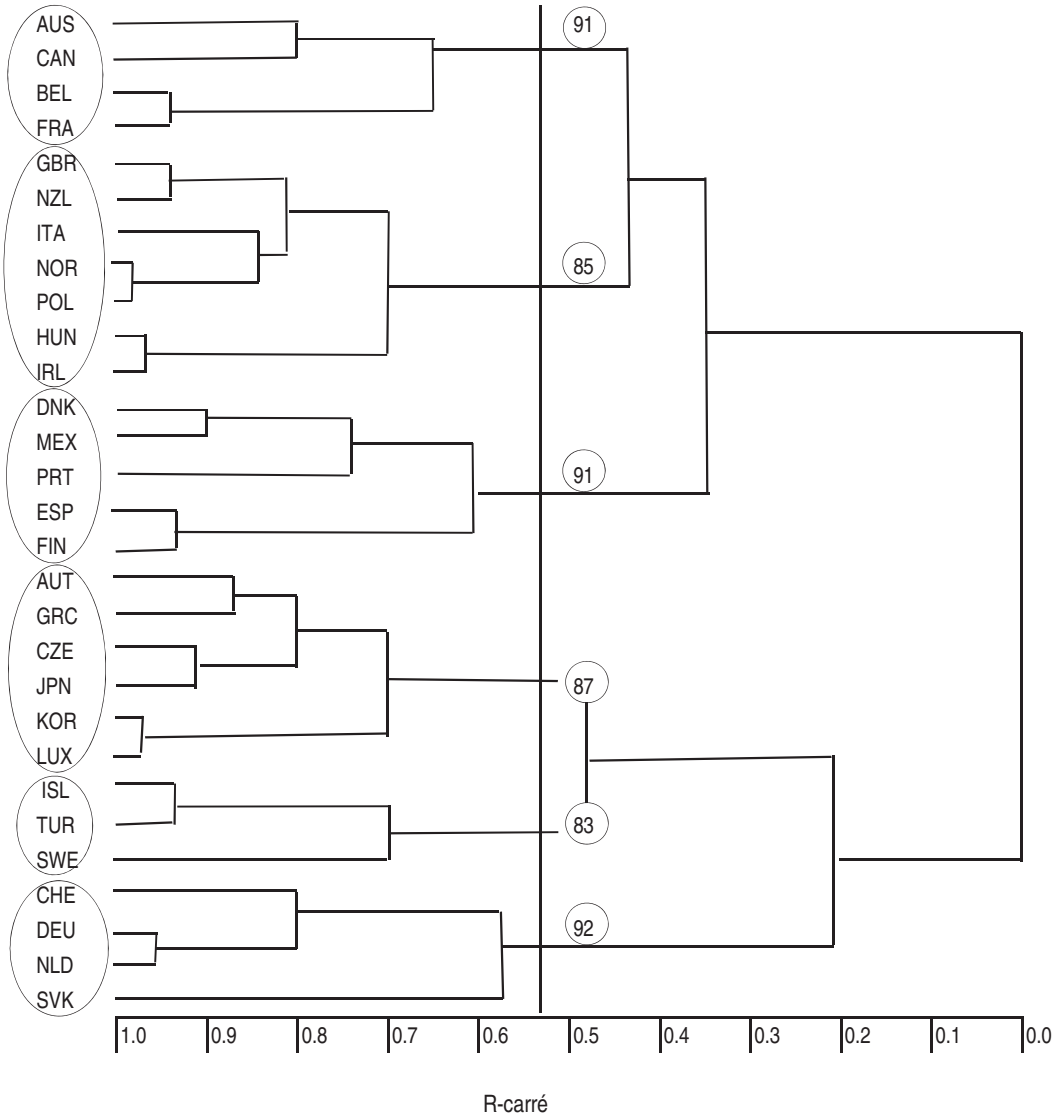
L'analyse par clusters produit une classification hiérarchique par agglomération ascendante. L'algorithme débute par une situation où chaque pays constitue un cluster distinct; il regroupe ensuite les pays par étapes successives en formant des clusters croissants, en minimisant la variance intra-cluster (Méthode de la variance minimum de Ward)[1].

Un diagramme arborescent – appelé dendrogramme (graphique 3.A3.1) – montre les clusters successifs et donne des renseignements sur la perte d'information résultant de chaque regroupement. Il permet aussi de partitionner l'échantillon en groupes de pays qui partagent des caractéristiques communes pour les variables incluses dans l'analyse.

On peut évaluer la robustesse des clusters mises en évidence au moyen des valeurs-p approximativement sans biais calculées à l'aide du programme *pvclust* (Suzuki et Shimodaira, 2006). Le calcul des valeurs-p approximativement sans biais repose sur un ré-échantillonnage bootstrap multi-échelle, qui est plus exact que le bootstrap simple (Efron *et al*., 1996 ; Shimodaira, 2002, 2004). La valeur-p représente le pourcentage d'occurrence d'un cluster donné quand on effectue un grand nombre de tirages répétés d'échantillons par bootstrapping (10 000, par exemple).

1. L'ACP et l'analyse par clusters s'effectuent souvent sur des variables normalisées. Cela s'impose quand les variables sont mesurées en unités différentes, parce que des variables non normalisées recevraient des poids proportionnels à leur variance. Les indicateurs des politiques et institutions de santé sont mesurés sur une même échelle (0 à 6). Une normalisation des variables attribuerait le même poids à de petites différences de variables qui varient peu d'un pays à l'autre (comme l'étendue de la couverture) et à de grands écarts de variables qui varient fortement d'un pays à l'autre (comme le système de médecin référent). On a donc effectué l'ACP et l'analyse par clusters sur les indicateurs des politiques et institutions de santé sans normalisation préalable des variables.

Graphique 3.A3.1. **Dendogramme**



Note : Ce dendogramme illustre les résultats de la classification hiérarchique réalisée à partir des 20 indicateurs institutionnels (voir graphique 3.1). Le R^2 mesure le ratio variance intergroupes/variance totale des données. Par conséquent, la diminution de la valeur du R^2 à chaque niveau d'agrégation peut s'interpréter comme une mesure de la perte d'informations due au regroupement des pays. Les valeurs dans les cercles représentent le niveau de confiance, en pourcentage, associé à chaque groupe, c'est-à-dire la valeur p approximativement sans biais obtenue au moyen d'un tirage répété d'échantillons de taille variable (méthode dite de bootstrap).

Source : OCDE.

Annexe 3.A4

Analyse en composantes principales des principes budgétaires et de gouvernance

Une analyse en composantes principales (ACP) des indicateurs budgétaires et de gouvernance met en évidence deux grands axes suivant lesquels les pays se différencient. Le premier correspond principalement à l'intensité de la contrainte budgétaire et, en corrélation négative avec celle-ci, au degré de délégation aux assureurs et à la cohérence de l'attribution des responsabilités entre les niveaux d'administration publique (tableau 3.A4.1 et graphique 3.A4.1, partie A). Les pays à droite dans la direction du premier axe (l'axe horizontal) sont ceux où la couverture maladie est principalement gérée au niveau du gouvernement, avec une stricte contrainte budgétaire (graphique 3.A4.1, partie B). Les pays où le gouvernement a délégué des responsabilités de la politique de santé à la sécurité sociale ou à des caisses d'assurance maladie se situent dans la direction opposée de cet axe. Le deuxième axe important est lié au degré de décentralisation vers les différents niveaux d'administration publique. Les pays décentralisés ont un score élevé sur le deuxième axe (l'axe vertical). Dans la plupart d'entre eux, la couverture maladie est principalement gérée au niveau du gouvernement – ils sont donc situés du côté droit du diagramme – à l'exception de l'Autriche et de la Suisse.

Tableau 3.A4.1. **Analyse en composantes principales sur les indicateurs budgétaires et de gouvernance**

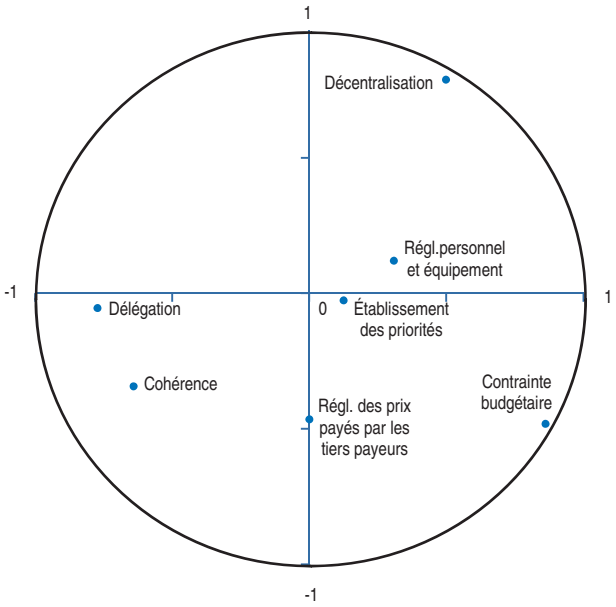
	Composantes principales			
	1	2	3	4
Valeurs propres	5.6	3.2	2.0	1.5
Part de la variance expliquée (%)	39.5	22.9	14.3	10.8
Part cumulée de la variance expliquée (%)	39.5	62.5	76.8	87.6
Vecteurs propres				
Établissement des priorités	0.06	0.02	-0.57	-0.21
Rigueur des contraintes budgétaires	0.75	0.55	-0.07	0.21
Réglementation concernant les professionnels de la santé et les équipements	0.17	-0.09	0.76	-0.34
Réglementation des prix payés par les tiers payeurs	0.00	0.19	0.14	0.08
Degré de décentralisation au profit des autorités infranationales	0.36	-0.75	-0.05	0.48
Degré de délégation aux assureurs	-0.32	0.03	-0.18	-0.12
Cohérence dans la répartition des responsabilités entre niveaux d'administration	-0.41	0.29	0.20	0.73

Source : Calculs de l'OCDE.

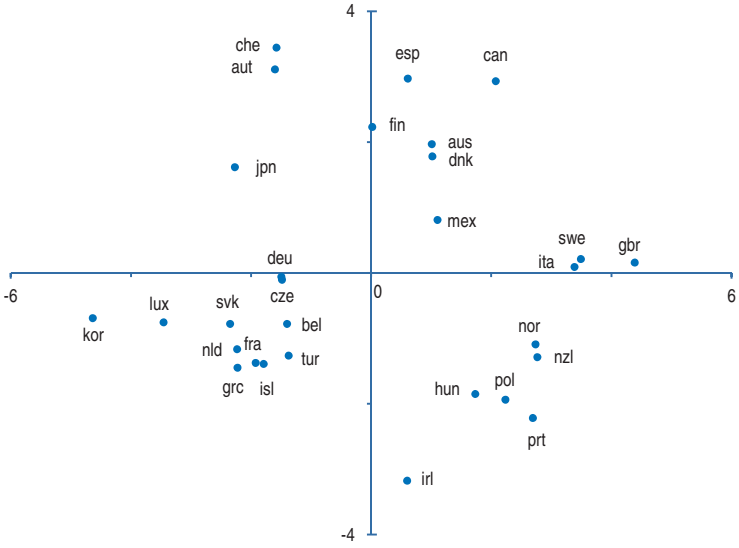
Graphique 3.A4.1. **Principes budgétaires et de gouvernance visant à maîtriser les dépenses publiques**

Résultats d'une analyse en composantes principales (ACP)

Partie A. Cercle de corrélation[1]



Partie B. Position relative des pays[2]



1. Les axes du graphique correspondent aux 2 premiers facteurs de l'ACP, c.à.d. ceux qui expliquent la plus grande part de la variance des indicateurs institutionnels et de politique de santé entre les pays. Les valeurs sur l'axe horizontal (respectivement vertical) correspondent aux coefficients de corrélation avec le premier (respectivement le second) facteur de l'ACP.
2. Les valeurs sur l'axe horizontal (respectivement vertical) correspondent aux moyennes pondérées des indicateurs institutionnels et de politique de santé, les poids étant déterminés par les vecteurs propres associés au premier (respectivement second) facteur de l'ACP.

Source : Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09.

Chapitre 4

Examiner les liens entre efficacité des systèmes de santé et politiques de la santé

Après un bref aperçu des typologies existantes, ce chapitre présente une caractérisation empirique des systèmes de santé fondée sur les nouveaux indicateurs des politiques et institutions de santé de l'OCDE. Six groupes de pays, à l'intérieur desquels les institutions sont assez similaires, ont été identifiés. Aucun de ces systèmes de santé ne réussit uniformément mieux qu'un autre à améliorer l'état de santé de la population avec un bon rapport efficacité-coût. Il ressort toutefois de ce chapitre que les comparaisons internationales permettent de mettre en lumière les points forts et les points faibles de chaque pays et les réformes qui pourraient générer des gains d'efficience.

Introduction

Une contribution essentielle de cet ouvrage est de proposer une caractérisation empirique des systèmes de santé, sur la base du nouvel et riche ensemble de données de l'OCDE sur les institutions et politiques de santé. Cet ensemble de données, présenté dans le chapitre 3, rassemble des informations sur les incitations et les réglementations qui influent sur le comportement des prestataires, des usagers et des assureurs. Il couvre aussi certains aspects souvent négligés dans la plupart des autres cadres et typologies, comme le degré de décentralisation des politiques de santé ou la complétude et la nature de l'assurance maladie. Il permet ainsi d'aller au-delà des typologies habituelles des systèmes de santé qui reposent le plus souvent sur des critères relatifs au financement, comme la répartition public-privé du financement, ou le modèle d'assurance (Bismarck, Beveridge ou assurance privée). L'analyse en composantes principales (ACP) et l'analyse par clusters (ou classification hiérarchique) permettent d'identifier des groupes de pays présentant des systèmes de santé comparables, c'est-à-dire caractérisés par une combinaison particulière de politiques et institutions de santé[1].

Caractériser les systèmes de santé

Divers « modèles de systèmes de santé », consistant en des ensembles de caractéristiques institutionnelles, ont été présentés dans des travaux de recherche (encadré 4.1) mais il y a eu peu de tentatives de produire une caractérisation empirique[2]. L'absence de données rendait cette tâche difficile. Une complication supplémentaire tient au fait que des traits saillants des différents modèles peuvent coexister (Burau et Blank, 2006), même si un de ces traits est prédominant. Ainsi dans certains pays la majorité des hôpitaux et des médecins dépendent du secteur public, secteur qui coexiste avec quelques prestataires privés. En outre, les systèmes de santé évoluent au cours du temps. Les systèmes à assurance sociale, par exemple, ont eu tendance à incorporer certaines garanties de couverture universelle, tandis que les « systèmes publics intégrés » ont souvent adopté certains mécanismes de marché. Une autre limite de ces typologies est qu'elles sont souvent axées sur une ou deux caractéristiques institutionnelles, par exemple les modes prédominants de financement et/ou de délivrance des soins, mais ne tiennent pas compte des interactions entre les caractéristiques institutionnelles. Dans la pratique, il peut y avoir plus de différences entre des pays qui financent leurs dépenses de santé principalement au moyen de cotisations sociales qu'avec ceux qui le font par le biais des recettes fiscales.

1. Wendt (2009) recourt à une classification sur des données de 2001 pour 15 pays d'Europe. Il distingue trois groupes de pays, plus deux isolés (la Grèce et les Pays-Bas). L'analyse repose sur les indicateurs institutionnels suivants : *i*) le mode de rémunération des généralistes – avec trois catégories : paiement à l'acte, capitation, salaire ; *ii*) obligation ou non de s'enregistrer auprès d'un généraliste ; *iii*) principe de médecin référent (quatre catégories) et *iv*) montants restant à la charge des patients.

2. Kotzian (2006), Pommer *et al.* (2004), Nixon (2000) et Wendt (2009) sont les principales exceptions. On notera toutefois l'existence de travaux visant à caractériser empiriquement les systèmes de protection sociale – voir par exemple Bambra (2007) ainsi qu'Arts et Gelissen (2002).

Encadré 4.1. **Systèmes de santé : diversité des cadres et typologies**

Comme le note Shakarishvili (2009), « on constate une prolifération des approches conceptuelles à l'égard des systèmes de santé ». Ces approches varient en particulier par leur point de vue, leur champ et leur taxinomie. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) distingue trois buts majeurs des systèmes de santé dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000* : améliorer la santé, assurer une protection financière équitable et répondre aux attentes de la population (OMS, 2000 ; Evans, 2002). Le Rapport considère aussi quatre principales fonctions qui contribuent à la réalisation de ces objectifs : la prestation de services, le financement (collecte, mise en commun et achat), la création de ressources (investissement et formation) et l'administration générale (supervision). Le cadre d'action de l'OMS (OMS, 2007) propose six grandes composantes : prestation de services ; personnel de santé ; information ; produits médicaux ; vaccins et technologies ; financement ; et direction et gouvernance. Le programme de l'Institut de la Banque mondiale sur la réforme du secteur de la santé considère les stratégies de réforme, regroupées en cinq « boutons de commande » : financement, paiement, organisation, réglementation et comportement. D'autres approches, y compris par l'OCDE, mettent davantage l'accent sur les acteurs et leurs interactions mutuelles[1].

En considérant les relations entre les prestataires, assureurs/payeurs et usagers des soins, Docteur et Oxley (2003) et OCDE (2004) distinguent trois principaux « modèles » de système de santé :

1. Le *modèle public intégré* se caractérise par un financement de la santé sur le budget de l'État, avec des services hospitaliers fournis par le secteur public[2]. Les fonctions d'assurance et d'offre de soins sont fusionnées et le système est organisé et géré comme un ministère. Les personnels sont généralement salariés (bien que, dans certains cas, les médecins puissent aussi avoir une clientèle privée) et ont le plus souvent le statut des employés du secteur public. Les médecins et autres professionnels de santé du secteur ambulatoire peuvent appartenir au secteur public ou travailler à titre privé pour l'autorité de santé, avec divers modes de rémunération. Il est particulièrement facile d'assurer une couverture complète de la population dans ce genre de systèmes et, étant soumis à une contrainte budgétaire, ils maîtrisent plus facilement la croissance des coûts globaux. Toutefois, ils ont de faibles incitations à adapter l'offre à la demande, à accroître l'efficience, à améliorer la qualité des soins et à mieux répondre aux attentes des patients. C'est peut-être moins le cas dans le secteur ambulatoire, où la rémunération des prestataires est plus souvent liée au volume de leur activité.

2. Dans le modèle de *contrat public*, des payeurs publics passent contrat avec des prestataires du secteur privé. Ces payeurs peuvent être un organisme d'État ou une caisse de sécurité sociale[3]. Quand le payeur est unique, il est en position de négociation plus forte vis-à-vis des prestataires (comme dans le modèle public intégré) et les coûts administratifs sont généralement moindres que dans les systèmes à payeurs multiples. Dans beaucoup de systèmes à contrat public, les hôpitaux et cliniques privés sont à but non lucratif. Les soins ambulatoires sont généralement fournis par des contractants privés indépendants. Dans le passé, les prestataires étaient souvent payés *a posteriori*, mais les dispositifs contractuels ont évolué. On considère généralement que ces systèmes sont plus réceptifs aux besoins des patients que les systèmes publics intégrés mais qu'ils maîtrisent moins bien les coûts des soins, d'où la nécessité d'une réglementation et d'un contrôle supplémentaires par les autorités publiques.

3. Le modèle *assurance privée/prestataire privé* associe l'assurance privée à des prestataires (souvent à but lucratif) privés. En Suisse, les assureurs doivent être sans but lucratif pour l'assurance obligatoire et sont à but lucratif pour l'assurance supplémentaire ; les prestataires privés peuvent être à but lucratif ou non. Aux États-Unis, l'assurance est facultative et peut être inabordable pour certaines

personnes. Les modes de rémunération ont traditionnellement pour base l'activité et les systèmes se sont caractérisés par une grande faculté de choix et une grande réceptivité aux besoins des patients, mais avec une faible maîtrise des coûts. En réaction à cela, les réseaux coordonnés de soins, qui apportent des incitations à la maîtrise des volumes et des prix, se sont développés rapidement aux États-Unis au cours de la décennie 1990. Dans ces dispositifs, les assureurs passent contrat sélectivement avec des prestataires en concurrence et restreignent le choix de services et de prestataires à la disposition des patients.

1. Wendt *et al.* (2009) passent en revue les travaux sur les typologies des systèmes de santé et proposent leur propre typologie avec 27 modèles possibles, qui se caractérisent par trois dimensions – financement, offre et réglementation des soins médicaux – et trois catégories d'acteurs – l'État, les organisations non gouvernementales et les acteurs privés.
2. On peut considérer que le système est de type public intégré dans les pays nordiques, en Australie (hôpitaux publics), en Italie, en Grèce et au Portugal et l'était au Royaume-Uni avant les réformes du début de la décennie 1990. La Nouvelle-Zélande a établi dans les années 1990 une séparation entre les acheteurs et les prestataires similaire à l'évolution du Royaume-Uni, mais elle s'est ensuite rapprochée du modèle intégré par des réformes en 2000.
3. Le Canada, la plupart des pays d'Europe continentale restants, le Japon et maintenant le Royaume-Uni, et dans une certaine mesure la Nouvelle-Zélande, appartiennent à la catégorie du contrat public.

Identifier empiriquement les systèmes de santé

Quelles sont les caractéristiques institutionnelles qui différencient le plus les pays de l'OCDE ? Comment les caractéristiques institutionnelles et les politiques sont-elles combinées dans les pays considérés ? Pour répondre à ces questions, une analyse en composantes principales (ACP) a été menée, sur la base des 20 indicateurs des politiques et institutions présentés dans le chapitre 3. L'ACP permet de prendre en compte un grand nombre de dimensions sans nécessiter une hypothèse préalable quant aux aspects les plus pertinents à prendre en compte. Elle permet aussi d'éviter une partie des problèmes délicats que pose l'utilisation d'indicateurs composites (encadré 4.2).

Encadré 4.2. **Avantages et inconvénients des indicateurs composites des politiques et institutions**

On peut utiliser des indicateurs composites pour résumer des questions multidimensionnelles complexes, ce qui paraît très intéressant étant donné la richesse des informations dont on dispose maintenant sur les politiques et institutions de santé. Cependant, l'utilisation d'indicateurs composites présente aussi bien des avantages que des inconvénients, notamment pour l'examen des politiques (tableau 4.1).

Tableau 4.1 **Avantages et inconvénients des indicateurs composites**

Avantages	Inconvénients
• Ils apportent une aide à la décision en résumant des questions multidimensionnelles complexes • Ils sont plus faciles à interpréter qu'un grand nombre d'indicateurs séparés • Ils facilitent la comparaison des pays • Ils permettent de suivre la progression des pays sur des questions complexes • Ils placent la problématique des performances et de la progression des pays au centre des débats • Ils facilitent la communication avec le grand public (citoyens, médias, etc.) et favorisent la responsabilisation	• Ils peuvent masquer de sérieuses défaillances dans certains aspects et rendre plus difficile l'identification des remèdes à apporter • Ils peuvent envoyer des messages trompeurs, être mal interprétés ou être détournés, par exemple pour justifier une politique souhaitée, s'ils sont mal construits ou manquent de transparence • Ils poussent à des conclusions simplistes et peuvent conduire à des politiques inappropriées si certains aspects de performance difficiles à mesurer sont passés sous silence ou mal représentés • Le choix des indicateurs et de leur pondération n'est pas évident et peut faire l'objet de pressions politiques • Il peut être difficile dans ce cadre de rendre compte des complémentarités entre les politiques

Source : D'après Saisana et Tarantola (2002) et Smith (2002).

Un défaut des indicateurs composites est que les méthodes d'agrégation peuvent avoir un effet non négligeable sur les résultats. On peut en partie traiter ce problème en effectuant une analyse de sensibilité (OCDE, 2008). Un point plus important est que l'approche additive implique une possibilité de compensation – les mauvaises performances pour certains indicateurs peuvent être compensées par des valeurs élevées d'autres indicateurs. La plupart des indicateurs composites sont construits par addition de divers indicateurs élémentaires, supposant une certaine substituabilité ou compensation entre eux[1]. Cependant, en présence de complémentarités entre les instruments d'action, il peut ne pas y avoir de compensation ; l'impact d'une caractéristique institutionnelle ou d'une politique particulière dépend *in fine* des scores relatifs à d'autres caractéristiques institutionnelles. Dans le contexte de l'analyse des institutions de santé, l'hypothèse de compensation impliquerait par exemple que les pays qui réglementent très strictement le nombre des praticiens de santé et réglementent très peu leurs honoraires auraient, toutes choses égales par ailleurs, un score similaire à celui des pays qui appliquent une approche plus équilibrée pour réglementer l'offre des services de santé. On suppose qu'une stricte réglementation des prix compense (ou se substitue à) une très faible réglementation des volumes. Cette hypothèse implicite de compensation est contestable : les instruments d'action interagissent mutuellement et on ne peut les analyser isolément.

1. Les indicateurs institutionnels de l'éducation construits par l'OCDE (Gonand *et al.*, 2007) sont une exception : la méthode additive contient des relations conditionnelles et une méthode multiplicative a aussi été mise en œuvre.

Une analyse en composantes principales sur les 20 indicateurs des politiques et institutions de santé montre que le degré de recours aux mécanismes de marché ou aux réglementations afin d'orienter la demande et l'offre de services est un élément essentiel pour caractériser les systèmes de santé. Si, en plus des indicateurs relatifs aux mécanismes de marché ou aux réglementations qui influent sur les usagers, les prestataires et les assureurs (voir le chapitre 3), on ajoute les indicateurs décrivant les approches en matière de budget et de gestion et les principes gouvernant l'assurance santé, cela ne change pas beaucoup les résultats de l'ACP (tableau 4.2)[3]. Certains indicateurs sont fortement corrélés avec un des axes calculés dans la première ACP (par exemple, la contrainte budgétaire avec l'axe de la réglementation). Quelques indicateurs varient peu d'un pays à l'autre (par exemple, le champ, l'étendue et la profondeur de la couverture ont tous un faible poids sur les deux axes) et ainsi donnent peu d'information pour différencier les pays. D'autres sont dans une grande mesure non corrélés avec tous les autres indicateurs (par exemple, l'établissement des priorités) ; ils augmentent la variance totale mais ne permettent pas de mettre clairement en lumière des schémas institutionnels supplémentaires.

Tableau 4.2. **Analyse en composantes principales sur l'ensemble complet des indicateurs des politiques de la santé**

	Composantes principales					
	1	2	3	4	5	6
Valeurs propres	11.0	7.1	5.4	3.0	2.9	2.3
Part de la variance expliquée (%)	28.6	18.4	14.1	7.7	7.4	6.0
Part de la variance expliquée cumulée (%)	28.6	46.9	61.1	68.8	76.2	82.2
Vecteurs propres						
Degré de prestation privée des services	-0.30	0.21	0.08	0.04	-0.08	-0.35
Incitations au volume liées aux modes de paiement des prestataires	-0.16	0.14	0.09	0.19	0.00	-0.23
Réglementation des prix facturés par les prestataires	0.05	-0.09	-0.05	-0.07	0.26	0.10
Information des usagers sur la qualité et les prix	-0.09	0.27	0.29	-0.14	-0.17	-0.09
Réglementation des personnels et des équipements	0.16	0.07	-0.05	0.33	-0.36	0.30
Choix du prestataire par les patients	-0.31	-0.16	0.63	0.22	0.36	0.18
Système de médecin référent	0.50	0.58	0.22	-0.22	-0.13	-0.09
Signaux de prix pour les usagers	0.01	-0.02	-0.10	-0.11	-0.07	-0.06
Choix des assureurs par les usagers	-0.27	0.45	-0.18	-0.19	0.27	0.32
Leviers de la concurrence	-0.23	0.33	-0.06	-0.21	0.21	0.34
Couverture au-delà de l'assurance de base	-0.02	0.30	0.06	0.68	-0.19	0.18
Établissement des priorités	0.01	0.15	0.28	0.09	0.16	-0.39
Rigueur des contraintes budgétaires	0.46	-0.11	0.43	-0.12	0.17	0.28
Réglementation des prix payés par les tiers payeurs	0.02	-0.16	0.02	-0.03	-0.16	0.04
Degré de décentralisation	0.24	0.14	-0.36	0.36	0.51	-0.08
Degré de délégation aux assureurs	-0.22	0.05	0.00	-0.11	-0.09	-0.18
Cohérence dans la répartition des responsabilités	-0.24	0.00	0.06	-0.08	-0.33	0.36
Population couverte	0.00	0.04	0.03	0.03	0.07	-0.08
Étendue de la couverture	-0.02	-0.02	-0.02	-0.05	0.00	0.00
Montants couverts	0.02	0.04	0.04	0.05	0.07	0.06

Source : Calculs de l'OCDE.

3. Les corrélations entre les coordonnées des pays sur les deux premiers axes de l'ACP quand on utilise l'ensemble complet d'indicateurs et celles obtenues avec l'ACP reposant seulement sur les mécanismes de marché et les réglementations sont supérieures à 0.9.

L'incorporation de tous les indicateurs des politiques à l'ACP donne néanmoins des résultats intéressants sur la structure des systèmes de santé. En particulier :

- Les variables relatives au degré de couverture de l'assurance ne jouent pas un rôle important dans la différenciation des pays, étant donné que la plupart des 29 pays de l'OCDE qui ont répondu à l'Enquête ont maintenant atteint une couverture quasi universelle de la population pour un noyau de base de services de santé, à l'exception du Mexique et de la Turquie. Ces variables sont situées près du centre du cercle (graphique 4.1, partie A).
- Les pays qui appliquent principalement des approches dirigistes pour orienter la demande et l'offre de services de santé – réglementations strictes des personnels et des équipements, prestataires pour la plupart publics, peu de choix pour les usagers entre les prestataires – tendent aussi à imposer des limites aux dépenses publiques de santé par le biais du processus budgétaire (par exemple, avec des cibles ou normes de dépense).
- Les pays les plus décentralisés réglementent généralement les ressources en soins et/ou les prix des soins plus que la moyenne de l'OCDE[4]. Un haut degré de décentralisation est souvent associé à une cohérence relativement faible des attributions entre niveaux d'administration publique ; les responsabilités en matière de santé sont souvent mal définies ou mal partagées dans les systèmes décentralisés.
- Les résultats doivent être interprétés avec précaution pour certains pays, notamment ceux qui sont proches du centre du graphique 4.1, partie B. La position de l'Australie et de l'Irlande reflète en partie l'hétérogénéité de leur système de santé[5]. La position de certains pays d'Europe de l'Est pourrait, dans une certaine mesure, s'expliquer par un processus de réforme en cours (Medved *et al.*, 2005).

Regrouper les pays ayant des institutions similaires

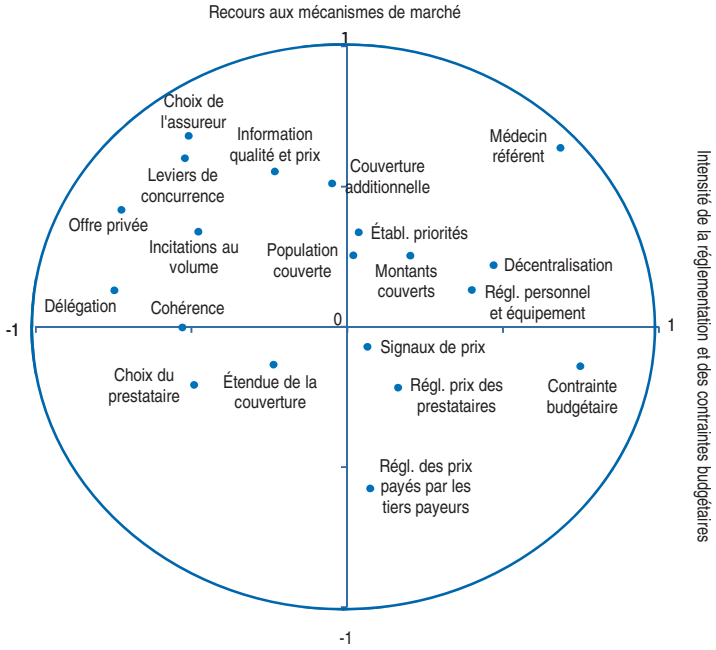
Quels pays ont les politiques et institutions de santé les plus similaires ? En d'autres termes, peut-on identifier empiriquement les modèles de système de santé en se fondant sur un ensemble d'indicateurs suffisamment large et sans poser d'hypothèse préalable sur les aspects les plus importants pour différencier les pays ? Pour répondre à ces questions, on a effectué une classification hiérarchique sur les 20 indicateurs des politiques et institutions présentés dans le chapitre 3.

4. On considère souvent que la décentralisation introduit une certaine forme de pressions concurrentielles. Les citoyens peuvent observer les différences de qualité des services publics, ainsi que les différences des impôts correspondants, entre les circonscriptions. Ils peuvent « voter avec leurs pieds » (modèle de Tiebout) et/ou « se faire entendre » pour presser les autorités locales d'améliorer l'efficacité des services publics.

5. Wendt (2009) note lui aussi qu'en raison de sa structure hétérogène, le système de santé irlandais est difficile à classer.

Graphique 4.1. **Indicateurs des institutions et politiques de santé : résultats d'une ACP**

Partie A. Cercle de corrélation[1]



Partie B. Position relative des pays[2]

1. Les axes du graphique correspondent aux deux premiers facteurs de l'ACP, c.à.d. ceux qui expliquent la plus grande partie de la variance des instruments d'action entre les pays. Les valeurs sur l'axe horizontal (respectivement vertical) correspondent aux coefficients de corrélation avec le premier facteur de l'ACP (respectivement le second).
2. Les valeurs sur l'axe horizontal (respectivement vertical) correspondent aux moyennes pondérées des instruments d'action, les poids étant déterminés par les valeurs propres associées au premier facteur de l'ACP (respectivement au second).

Source : Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09.

On peut utiliser la classification hiérarchique pour identifier des groupes de pays ayant des institutions similaires. Bien qu'il y ait toujours une appréciation à porter pour fixer le nombre optimal de groupes en raison de l'arbitrage entre le nombre de groupes et le degré d'hétérogénéité à l'intérieur de chacun d'eux, l'analyse indique que l'on peut raisonnablement classer les pays de l'OCDE en six groupes[6]. Ces groupes de pays ont les caractéristiques institutionnelles majeures suivantes (graphique 4.2 et tableau 4.3) :

- L'Allemagne, les Pays-Bas, la République slovaque et la Suisse s'appuient fortement sur des mécanismes de marché pour réguler l'assurance de base. Les prestataires du secteur privé jouent un rôle important et sont principalement payés à l'acte. Les usagers disposent d'un large choix parmi les prestataires mais des dispositifs de médecin référent sont en place. La maîtrise de la croissance des dépenses publiques repose peu sur des règles budgétaires ou sur la réglementation des prix payés par les assureurs. Cependant, ces pays diffèrent notablement par leur degré de décentralisation : en Suisse, les cantons ont une grande autonomie dans la gestion des services de santé alors que les Pays-Bas sont très centralisés.
- Un deuxième groupe de pays – Australie, Belgique, Canada et France – se caractérise par une assurance de base publique, combinée avec un fort recours aux mécanismes de marché au niveau des prestataires : les usagers disposent d'un large choix parmi ces derniers ; l'offre privée est relativement abondante aussi bien dans le secteur hospitalier que dans le secteur ambulatoire ; les incitations pour les prestataires à produire de hauts volumes de services sont généralement fortes et l'information des usagers sur la qualité et les prix peut être un facteur de discipline. La couverture au-delà de l'assurance de base joue un rôle important dans ces pays. En France et dans une moindre mesure en Belgique, l'assurance de base impose une participation notable des patients aux coûts des services, participation en grande partie remboursée pour ceux qui ont une assurance complémentaire. Le Canada a un grand marché d'assurance supplémentaire (67 % de la population) dans lequel l'assurance privée paie les médicaments sur ordonnance et les soins dentaires non remboursés par le système public. En Australie, la couverture au-delà de l'assurance de base consiste en une assurance privée aussi bien supplémentaire que duplicative. Dans ce groupe de pays, la maîtrise des coûts prend généralement la forme d'un recours modéré au système de médecin référent, mais surtout de stricts dispositifs d'établissement des priorités (panier de prestations défini au niveau du gouvernement central par une liste positive et/ou l'utilisation effective de l'évaluation des technologies de santé pour déterminer les biens et services à inclure dans la couverture de base).
- Le troisième groupe – Autriche, Corée, Grèce, Japon, Luxembourg et République tchèque – présente lui aussi une large offre de soins privée et un large choix des prestataires pour les patients mais, à la différence du deuxième groupe, il n'y a

6. Avec six groupes, le ratio entre la variance intergroupe et la variance totale est supérieur à 50 %, comme on le voit sur l'axe horizontal (R^2) du dendrogramme (voir l'Annexe 3.A3, graphique 3.A3.1). Pour augmenter le ratio de manière significative, il faudrait un nombre de groupes beaucoup plus grand. Si l'on réduisait à moins de six le nombre des groupes, ceux-ci deviendraient très hétérogènes. On peut évaluer plus techniquement la robustesse de l'analyse par clusters en considérant les valeurs-p approximativement sans biais qui indiquent le niveau de confiance associé à chaque cluster (l'Annexe 3.A3 donne plus de détails sur l'analyse par clusters et les valeurs-p). Les six groupes de pays mis en évidence ont des valeurs-p supérieures à 80 %.

pas de recours au système de médecin référent. En outre, il y a peu d'information sur la qualité et les prix et donc peu de pressions concurrentielles sur les prestataires. La couverture au-delà de l'assurance de base est limitée. La contrainte budgétaire est généralement moins stricte que dans les autres groupes de pays.

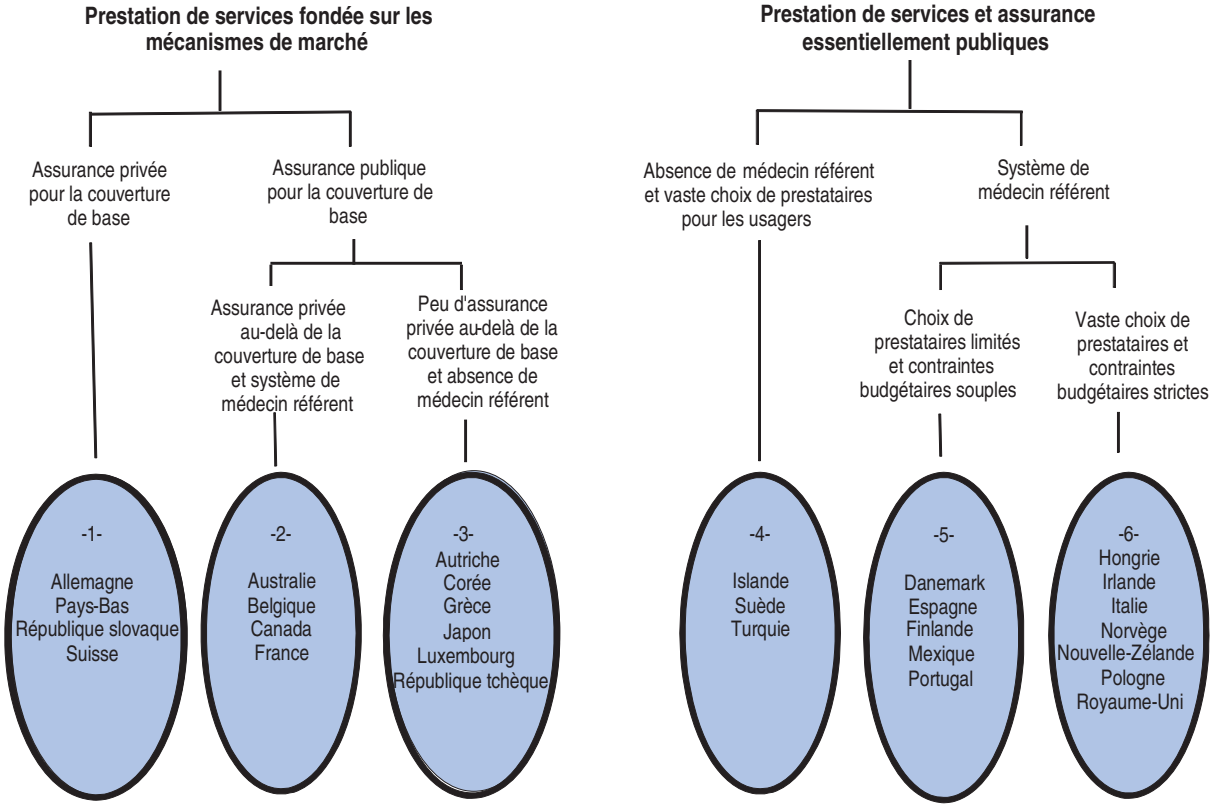
- Les systèmes de santé de l'Islande, de la Suède et de la Turquie offrent aux patients un libre choix des prestataires dans les trois catégories – soins primaires, soins de spécialistes de ville et soins hospitaliers – sans médecin référent, bien que ce choix puisse avoir été offert assez récemment (Suède) et/ou qu'il soit de fait limité par des contraintes géographiques ou par le nombre effectif de prestataires[7]. L'offre privée est très limitée, les prestataires ont peu d'incitations à accroître les volumes et leurs prix sont généralement étroitement réglementés. La contrainte budgétaire est faible, sauf en Suède où elle est très stricte.
- Dans le groupe réunissant le Danemark, l'Espagne, la Finlande, le Mexique et le Portugal les soins médicaux sont principalement fournis dans le cadre d'un système public très réglementé. Les patients disposent d'un choix extrêmement limité parmi les prestataires et le système de médecin référent joue un rôle important. Un objectif est fixé pour les dépenses publiques de santé mais il n'y a pas de stricte contrainte budgétaire, sauf au Portugal. Parmi ces pays, l'Espagne et la Finlande sont nettement plus décentralisés que la moyenne de l'OCDE.
- Le dernier groupe – Hongrie, Irlande, Italie, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pologne et Royaume-Uni – réunit lui aussi des systèmes publics très réglementés. La contrainte budgétaire est plus stricte que dans la plupart des autres pays de l'OCDE. Par comparaison avec le groupe précédent, les patients ont en général un large choix de prestataires et les autorités infra-nationales ont généralement moins d'autonomie. Le recours à une couverture au delà de l'assurance de base est très limité, sauf en Irlande et en Nouvelle-Zélande où il existe une couverture duplicative non-négligeable qui offre un accès plus rapide à des services médicaux dans le secteur privé.

Examiner les liens entre performances et politiques

Un des objectifs majeurs de cet ouvrage est d'identifier les caractéristiques institutionnelles propices à de bonnes performances du système de santé. Dans cette section, on compare les performances entre les groupes de pays partageant des caractéristiques institutionnelles similaires et à l'intérieur de ces groupes, et on met en lumière les politiques qui peuvent contribuer aux différences de performance.

7. En Islande et en Turquie, le choix du prestataire pour les usagers peut être limité de fait par des facteurs géographiques et/ou par le nombre des prestataires (particulièrement en Islande). En Suède, des initiatives visant à accroître le choix à la disposition des usagers ont été lancées depuis le milieu de la décennie 1990. En 2007, le conseil du comté de Halland a été le premier à permettre l'agrément de prestataires privés aussi bien que publics. En 2009, beaucoup de comtés ont mis en œuvre un dispositif permettant le choix en matière de soins et depuis 2010 tous les conseils de comtés sont tenus de le faire et d'autoriser une offre privée. Le choix à la disposition des usagers reste toutefois limité par les contraintes géographiques, par le manque de prestataires privés et/ou par des facteurs politiques (Ahgren, 2010).

Graphique 4.2. **Groupes de pays partageant des institutions similaires**



Note : Ces groupes de pays sont le résultat d'une analyse par clusters. Dans les pays situés à gauche, comme l'Allemagne et les Pays-Bas, les systèmes de santé s'appuient fortement 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. Des pays qui semblent différents peuvent appartenir au même groupe : la réglementation en Islande, en Suède et en Turquie par exemple permet un vaste choix de prestataires pour les usagers, 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.

Source : OCDE.

L'efficience est plus variable à l'intérieur des groupes que d'un groupe à l'autre

Il n'y a pas d'indice clair qu'un système de santé ait systématiquement des performances supérieures à celles d'un autre système. Au contraire, dans tous les groupes institutionnels on trouve des pays qui ont de bonnes performances. Les pays qui ont de mauvaises performances sont aussi représentés dans la plupart des groupes.

Le tableau 4.4 et le graphique 4.3, qui reposent sur les scores d'efficacité tirés de l'analyse d'enveloppement des données (AED), en donnent une illustration mais on pourrait tirer des conclusions similaires au moyen d'autres indicateurs de

Tableau 4.3. **Caractéristiques des groupes de pays**

	Choix de l'assureur	Leviers de concurrence	Couverture additionnelle	Offre privée	Incitations au volume	Rég. prix des prestataires	Information qualité et prix	Régl. du personnel et équipements	Choix du prestataire	Médecin référent	Signaux de prix	Établissement des priorités	Contrainte budgétaire	Reg. prix payés par les tiers payeurs	Décentralisation	Délégation	Cohérence	Population couverte	Étendue de la couverture	Montants couverts
Allemagne	6.0	5.0	3.0	4.2	4.5	3.1	2.5	2.9	5.3	3.0	0.8	2.6	2.0	3.7	1.5	1.1	6.0	6.0	6.0	5.6
Pays-Bas	4.0	5.0	3.0	4.5	3.8	5.0	3.2	2.5	5.0	6.0	0.3	3.7	2.0	3.2	0.0	1.7	6.0	5.9	5.6	5.7
République slovaque	3.0	0.7	0.0	3.8	2.8	3.4	5.3	1.5	6.0	6.0	1.6	4.4	2.0	3.5	0.8	2.5	6.0	6.0	5.9	4.8
Suisse	6.0	3.3	2.3	4.3	3.9	4.6	0.9	1.8	4.7	3.0	1.8	3.4	0.0	4.2	4.3	1.6	4.3	6.0	5.5	4.8
Groupe 1	**4.8**	**3.5**	**2.1**	**4.2**	**3.8**	**4.0**	**3.0**	**2.2**	**5.3**	**4.5**	**1.1**	**3.5**	**1.5**	**3.6**	**1.6**	**1.7**	**5.6**	**6.0**	**5.8**	**5.2**
Australie	0.0	0.0	2.3	3.3	2.8	2.6	1.8	3.2	5.3	2.0	1.1	5.7	2.0	3.9	2.8	0.4	2.1	6.0	5.4	5.1
Belgique	0.0	0.0	3.0	4.3	5.0	3.6	2.4	4.4	5.0	3.0	1.1	3.2	2.0	5.0	0.5	1.2	5.6	5.9	6.0	4.9
Canada	1.0	0.0	6.0	2.8	3.4	4.3	0.0	4.6	4.7	4.0	0.9	2.4	3.0	3.5	5.1	0.0	3.9	6.0	5.3	5.5
France	2.0	0.3	6.0	4.2	4.6	3.5	2.7	4.1	6.0	3.0	0.4	4.5	2.0	5.0	0.0	1.8	6.0	6.0	6.0	5.2
Groupe 2	**0.8**	**0.1**	**4.3**	**3.6**	**4.0**	**3.5**	**1.7**	**4.1**	**5.3**	**3.0**	**0.9**	**3.9**	**2.3**	**4.3**	**2.1**	**0.9**	**4.4**	**6.0**	**5.7**	**5.2**
Autriche	2.0	0.5	0.5	3.2	3.0	4.0	0.0	4.0	2.7	0.0	0.9	1.8	0.0	4.2	3.6	1.8	4.3	5.9	6.0	5.4
République tchèque	4.0	2.4	0.5	2.5	2.1	5.0	1.1	1.8	6.0	0.0	0.8	2.5	2.0	4.1	1.2	1.8	4.7	6.0	6.0	5.3
Grèce	2.0	1.5	0.8	3.5	3.9	2.0	0.0	2.4	3.3	0.0	2.2	0.8	2.0	5.0	0.0	1.1	6.0	6.0	6.0	4.6
Japon	2.0	1.8	0.5	4.4	5.7	5.0	0.0	1.5	6.0	0.0	0.9	4.1	0.0	5.0	2.1	1.3	4.3	6.0	5.9	5.1
Corée	0.0	0.0	0.5	4.7	4.1	4.6	1.3	0.8	5.0	0.0	2.1	3.4	0.0	5.4	0.0	3.5	6.0	6.0	5.6	4.1
Luxembourg	0.0	0.0	1.0	4.2	3.4	4.7	0.0	1.8	6.0	0.0	0.4	2.2	1.0	3.6	0.0	2.5	6.0	5.9	6.0	5.4
Groupe 3	**1.7**	**1.0**	**0.6**	**3.7**	**3.7**	**4.2**	**0.4**	**2.0**	**4.8**	**0.0**	**1.2**	**2.5**	**0.8**	**4.5**	**1.2**	**2.0**	**5.2**	**6.0**	**5.9**	**5.0**
Islande	0.0	0.0	0.0	1.5	1.3	5.9	0.0	0.8	6.0	0.0	1.0	2.6	2.0	5.4	0.2	0.0	5.6	6.0	6.0	5.4
Suède	0.0	0.0	0.8	0.6	2.2	5.3	0.0	1.8	6.0	0.0	1.0	1.7	6.0	4.5	4.3	0.0	3.9	6.0	5.8	4.9
Turquie	0.0	0.0	0.0	0.8	1.2	4.7	1.3	5.3	6.0	0.0	1.2	1.8	2.0	5.4	0.0	0.2	6.0	4.0	6.0	4.8
Groupe 4	**0.0**	**0.0**	**0.3**	**0.9**	**1.6**	**5.3**	**0.4**	**2.6**	**6.0**	**0.0**	**1.0**	**2.0**	**3.3**	**5.1**	**1.5**	**0.1**	**5.1**	**5.3**	**5.9**	**5.0**
Danemark	1.0	0.0	0.5	3.1	2.6	3.7	1.1	3.3	2.0	6.0	0.8	3.1	2.0	4.0	2.3	0.0	1.7	6.0	5.6	5.3
Finlande	1.0	0.0	0.8	1.8	3.8	5.0	0.0	2.0	0.0	4.0	1.1	2.1	2.0	4.8	4.7	0.0	5.6	6.0	5.9	4.9
Mexique	2.0	1.0	0.8	2.6	2.3	3.3	0.4	4.7	0.0	4.0	3.1	1.0	3.0	4.7	1.9	1.4	2.1	5.0	5.6	4.2
Portugal	0.0	0.0	0.5	0.8	1.1	5.8	0.0	3.5	0.7	6.0	1.4	2.5	6.0	5.4	1.1	0.0	3.9	6.0	6.0	5.1
Espagne	1.0	0.0	3.0	0.5	1.2	5.3	0.0	4.5	0.7	6.0	1.3	2.8	2.0	4.5	5.5	0.0	6.0	6.0	5.6	5.4
Groupe 5	**1.0**	**0.2**	**1.1**	**1.7**	**2.2**	**4.6**	**0.3**	**3.6**	**0.7**	**5.2**	**1.5**	**2.3**	**3.0**	**4.7**	**3.1**	**0.3**	**3.9**	**5.8**	**5.8**	**5.0**
Hongrie	0.0	0.0	1.0	2.3	2.9	2.0	0.9	3.6	6.0	5.0	1.5	2.2	5.0	5.9	1.1	0.1	4.3	6.0	6.0	5.3
Irlande	0.0	0.0	2.0	2.3	3.3	3.5	1.0	3.7	6.0	2.0	0.6	3.1	5.0	5.9	0.0	0.5	6.0	6.0	4.7	5.1
Italie	0.0	0.0	1.0	0.3	3.2	5.3	0.0	5.2	6.0	6.0	1.2	2.9	5.0	4.2	2.3	0.0	2.1	6.0	5.6	5.4
Nouvelle-Zélande	0.0	0.0	2.3	1.9	3.3	3.7	2.4	2.3	2.0	5.0	0.9	3.9	6.0	4.5	2.6	0.0	4.7	6.0	5.4	5.4
Norvège	1.0	0.0	0.0	3.0	3.2	5.0	1.5	3.2	6.0	6.0	0.9	4.3	6.0	4.3	3.0	0.0	5.6	6.0	5.4	5.3
Pologne	0.0	0.0	0.8	2.9	3.7	5.2	0.0	1.2	6.0	4.0	1.5	4.0	6.0	5.4	1.8	1.3	3.9	5.9	6.0	5.3
Royaume-Uni	0.0	0.0	1.0	2.0	2.9	4.3	1.6	2.3	4.0	5.0	0.7	5.0	6.0	3.7	3.0	0.0	1.3	6.0	5.9	5.6
Groupe 6	**0.1**	**0.0**	**1.1**	**2.1**	**3.2**	**4.1**	**1.1**	**3.1**	**5.1**	**4.7**	**1.0**	**3.6**	**5.6**	**4.8**	**2.0**	**0.3**	**4.0**	**6.0**	**5.6**	**5.3**
Moyenne simple	**1.3**	**0.7**	**1.5**	**2.8**	**3.1**	**4.2**	**1.1**	**2.9**	**4.4**	**3.1**	**1.2**	**3.0**	**2.9**	**4.5**	**1.9**	**0.9**	**4.6**	**5.9**	**5.8**	**5.1**

Note : Ces groupes de pays sont le résultat d'une analyse par clusters effectuée sur les 20 indicateurs des institutions et des politiques de la santé.
Source : Calculs de l'OCDE.

performances tels que ceux présentés dans le chapitre 2. L'analyse portant sur l'efficience des systèmes de santé peut se résumer comme suit :

- Dans le groupe des quatre pays qui recourent largement aux mécanismes de marché pour réguler la couverture de base, l'efficience est proche de la moyenne de l'OCDE mais il existe de grandes différences entre les pays. La Suisse est un des pays de l'OCDE qui ont les meilleures performances ; celles de l'Allemagne et des Pays-Bas sont proches de la moyenne de l'OCDE et celles de la République slovaque sont médiocres. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence étant donné que, en plus des incertitudes entourant les estimations de l'efficacité, les réformes récentes des systèmes de santé en Allemagne, aux Pays-Bas et en République slovaque n'ont peut-être pas encore produit tous leurs effets sur l'efficience.
- Dans le deuxième groupe qui se caractérise par une couverture de base publique, un fort recours aux mécanismes de marché au niveau des prestataires et un système de médecin référent, l'efficience moyenne est légèrement supérieure à la moyenne de l'OCDE.
- Le troisième groupe, qui se caractérise lui aussi par une large utilisation des mécanismes de marché au niveau des prestataires mais moins d'assurance privée au-delà de la couverture de base et pas de médecin référent, est divisé en deux sur le plan de l'efficience. Les deux pays asiatiques – Corée et Japon – sont très performants, alors que les résultats des autres pays sont proches de la moyenne ou au-dessous.
- L'efficience est élevée dans tous les pays du groupe qui réunit l'Islande, la Suède et la Turquie. Dans ce groupe, peu de réglementations limitent le choix des patients pour les médecins et hôpitaux mais l'offre privée est très restreinte et les prix sont étroitement réglementés.
- Le cinquième groupe, constitué des pays qui ont des systèmes publics très réglementés, pas de choix des prestataires pour les usagers et un système de médecin référent assez strict, est hétérogène. L'Espagne, le Mexique et le Portugal sont assez performants tandis que l'efficience des systèmes danois et finlandais est faible.
- Dans le dernier groupe, constitué de pays à système public très réglementé et stricte contrainte budgétaire, l'efficience est très variable. L'Italie, la Norvège, et la Pologne ont de bons résultats. L'Irlande, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni sont moins efficients bien qu'il faille interpréter les scores avec une prudence particulière dans le cas de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni étant donné que les réformes et les augmentations de dépenses récentes peuvent demander du temps pour produire tous leurs effets en termes d'amélioration des résultats de santé. Enfin, la Hongrie montre une faible efficience.

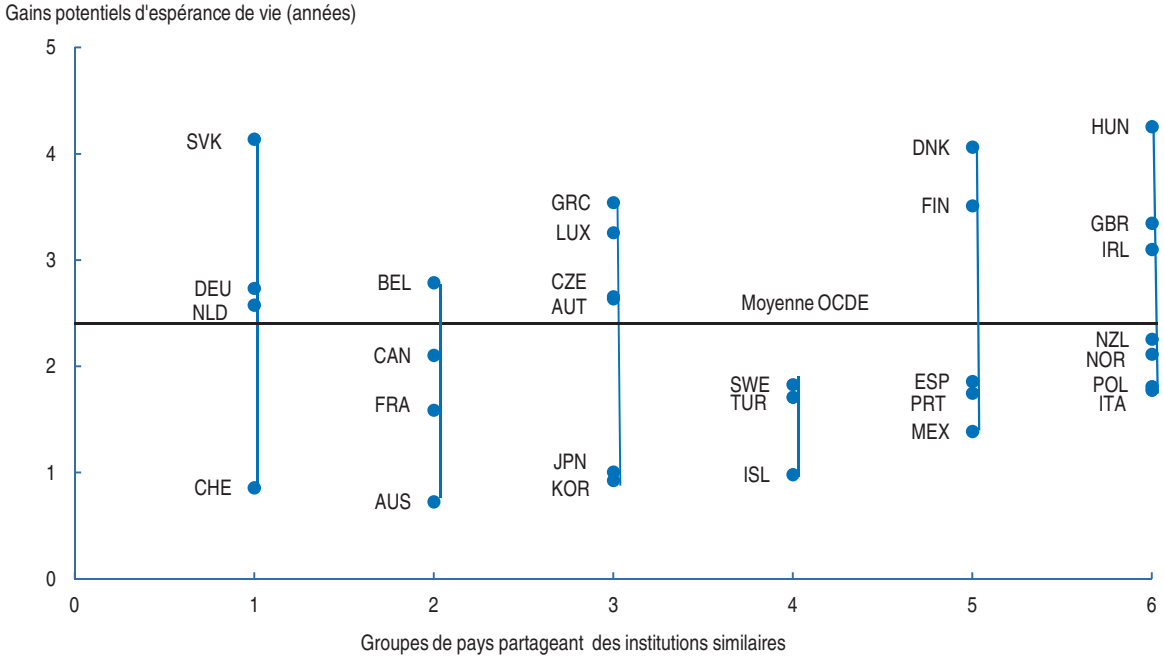
Tableau 4.4. **Scores d'efficacité tirés de l'AED : moyennes et variances à l'intérieur et entre les groupes de pays**

Groupes de pays	Gains potentiels d'espérance de vie, années	
	Moyenne	Variance
Groupe 1 : Allemagne, Pays-Bas, République slovaque, Suisse	2.6	1.35
Groupe 2 : Australie, Belgique, Canada, France	1.8	0.57
Groupe 3 : Autriche, Corée, Grèce, Japon, Luxembourg, République tchèque	2.3	1.04
Groupe 4 : Islande, Suède, Turquie	1.5	0.14
Groupe 5 : Danemark, Espagne, Finlande, Mexique, Portugal	2.5	1.14
Groupe 6 : Hongrie, Irlande, Italie, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pologne, Royaume-Uni	2.7	0.74
Total	**2.3**	**1.02**
dont		
Intragroupe	-	0.87
Intergroupe	-	0.15

Source : Calculs de l'OCDE.

Graphique 4.3. **Scores d'efficacité entre groupes de pays et à l'intérieur de ces groupes**

Résultat d'une analyse par enveloppement des données (AED)



Note : Les gains potentiels d'espérance de vie sont tirés d'une AED orientée sur les résultats avec comme inputs les dépenses de santé par habitant et un indicateur composite de l'environnement socioéconomique et des facteurs relatifs au mode de vie en 2007. Pour faciliter leur interprétation, les scores d'efficacité ont été convertis en gains potentiels d'espérance de vie, c.à.d. les gains qu'un pays pourrait réaliser pour un niveau donné de dépenses s'il était aussi efficace que le pays le plus performant.

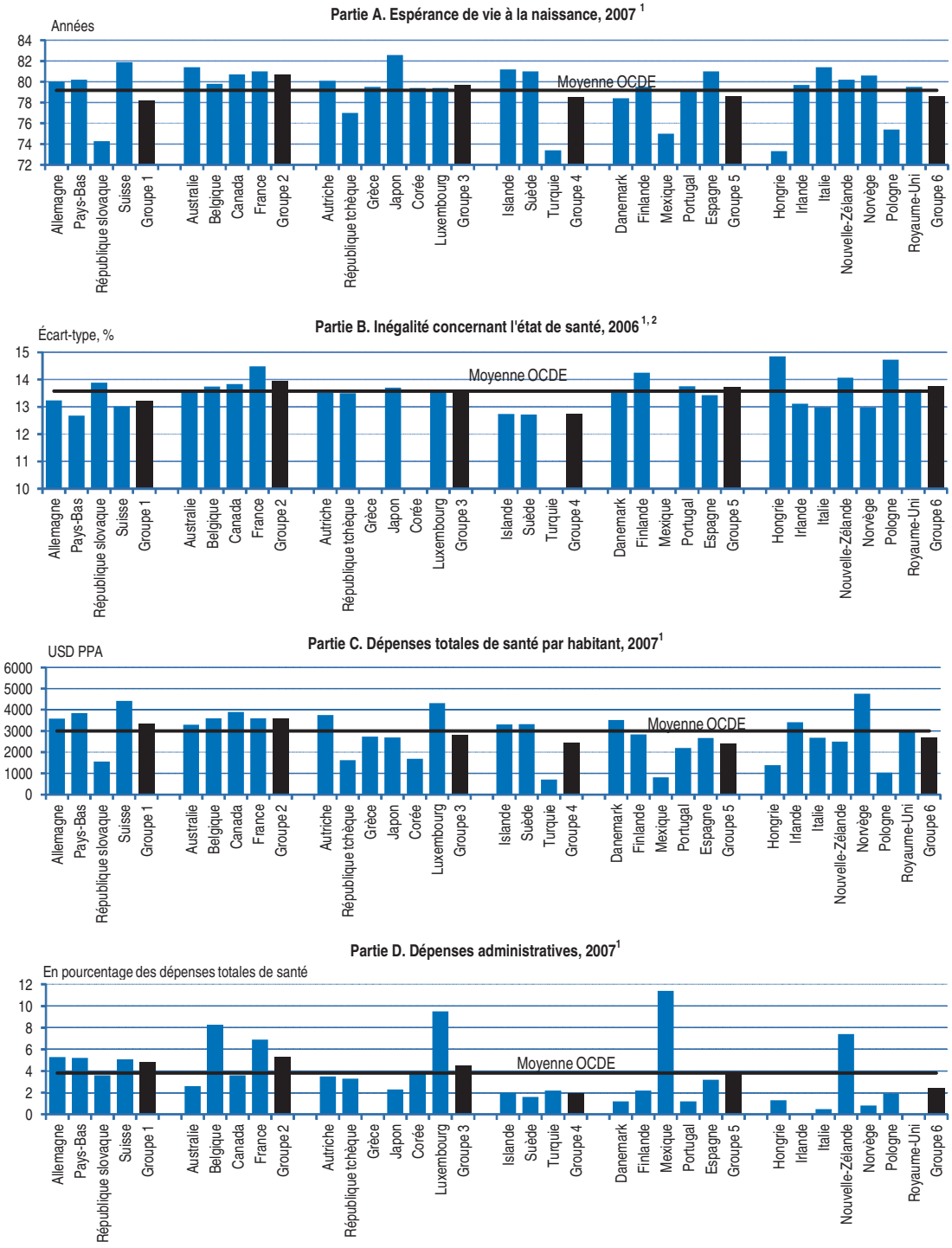
Source : Calculs de l'OCDE.

Au-delà des comparaisons des scores d'efficacité de l'AED, on peut noter des différences entre les groupes concernant les résultats et les dépenses :

- Aucun profil clair ne se dégage concernant l'espérance de vie à la naissance entre les groupes de pays et il existe d'importantes variations à l'intérieur des groupes (graphique 4.4, partie A).
- Les inégalités d'état de santé (graphique 4.4, partie B) sont généralement moindres dans les pays qui recourent le plus à l'assurance privée pour la couverture de base (groupe 1), à l'exception de la République slovaque. Il faut interpréter ce résultat avec prudence, étant donné que l'Allemagne, les Pays-Bas et la Suisse ont introduit des mécanismes de péréquation des risques et des réglementations pour atténuer les effets dommageables potentiels des marchés d'assurance en matière d'équité. Il faut aussi garder à l'esprit que les inégalités de santé résultent en grande partie de facteurs socioéconomiques et ont donc leur origine en dehors du secteur de la santé (voir le chapitre 1).
- Les dépenses par habitant (graphique 4.4, partie C) sont généralement élevées dans les pays qui recourent fortement aux mécanismes de marché pour l'assurance de base (groupe 1) et dans les pays où l'assurance maladie privée joue un rôle important dans la couverture additionnelle (groupe 2).
- Les coûts administratifs tendent aussi à être plus élevés dans les pays qui s'appuient le plus sur l'assurance privée (groupes 1 et 2). À l'autre extrémité, les pays qui recourent davantage aux réglementations et aux prestataires publics dépensent généralement moins en administration (graphique 4.4, partie D)[8]. Toutefois, à l'intérieur de certains groupes, les coûts administratifs varient notablement. En particulier, les coûts administratifs très élevés – 7 % ou plus des dépenses totales de santé en 2007 – en Belgique, en France, au Luxembourg, au Mexique et en Nouvelle-Zélande pourraient bien être le signe d'inefficacités.

8. Pour les pays qui financent les dépenses de santé principalement par les recettes fiscales, les données peuvent souffrir d'un léger biais si les coûts de recouvrement des impôts ne sont pas inclus.

Graphique 4.4. **Résultats des services de santé et niveaux des dépenses : comparaison entre groupes de pays et à l'intérieur de ces groupes**



1. Ou dernière année disponible.
2. Mesurée par l'écart-type des âges de mortalité pour la population âgée de plus de 10 ans.

Source : ECO-Santé 2009; Human Mortality Database (HMD), Université de Californie, Berkeley, États-Unis.

Globalement, il ressort de l'analyse précédente qu'aucun modèle de système de santé n'est clairement supérieur aux autres quant aux progrès de l'état de santé qu'il génère pour un niveau de dépenses donné et des facteurs socioéconomiques donnés. Ainsi, la remise à plat intégrale des systèmes de santé – un « big bang » – ne semble pas être le meilleur moyen de gagner en efficacité.

Effectuer des comparaisons et mettre en évidence les points forts et les points faibles

Si un big bang ne se justifie pas pour améliorer l'efficacité des dépenses, on peut néanmoins mettre en lumière des voies de réforme utiles en observant les pratiques dans les autres pays et en particulier les pays pairs – c'est-à-dire au sein de groupes de pays ayant des institutions similaires. Cette section met en lumière des domaines où l'atteinte d'une plus grande cohérence dans les politiques serait susceptible de générer des gains d'efficience[9]. Dans cette analyse, on utilise les informations présentées ci-dessus sur les performances et les politiques, ainsi que d'autres données sur les ressources, le financement, l'activité et les prix en matière de soins tirées d'Eco-Santé OCDE, afin de déterminer en quoi chaque pays diffère de ses pairs et s'il existe des moyens d'action pour améliorer la cohérence des institutions et politiques de santé et ainsi l'efficience. Ces informations sont résumées dans le tableau 4.5 et elles apparaissent aussi de manière plus détaillée dans chacun des profils par pays présentés dans l'Annexe 4.A1. Ce large ensemble d'indicateurs permet de mettre en lumière les points faibles et les points forts aussi bien des pays les plus performants que de ceux qui ont de moins bons résultats et il devrait constituer le point de départ d'une analyse approfondie des systèmes de santé. Pour en illustrer le mode d'emploi, on examine ci-dessous le cas de la France et celui de la Finlande.

Le cas de la France

La France est dans le groupe des pays – avec l'Australie, la Belgique et le Canada – qui recourent fortement aux mécanismes de marché et où la couverture de base est fournie par des assureurs publics. La performance moyenne de ce groupe de pays est légèrement supérieure à la moyenne de l'OCDE. A l'intérieur de ce groupe, la France se caractérise par une grande efficience globale (d'après les résultats de l'AED), une haute qualité des soins ambulatoires et préventifs, et un niveau d'efficience dans le secteur des soins aigus – mesuré par le taux de rotation des lits de soins aigus ainsi que par la durée moyenne de séjour (DMS) par maladie – qui est légèrement au-dessus de la moyenne du groupe (graphique 4.5, partie A). Cependant, l'assez longue DMS pour l'ensemble du secteur hospitalier et la forte proportion d'opérations de la cataracte effectuées à l'hôpital mettent en évidence un manque de coordination ou une mauvaise allocation des ressources entre le secteur hospitalier et celui des soins ambulatoires. En outre, les inégalités d'état de santé ainsi que les coûts administratifs sont à un très haut niveau à la fois par rapport au groupe et par rapport à la moyenne de l'OCDE.

Si l'on considère les indicateurs des politiques et institutions (graphique 4.5, partie B), la France se distingue par son fort recours à l'assurance maladie privée complémentaire ainsi que par la multiplicité des caisses fournissant la couverture de base. Il conviendrait donc d'évaluer le rôle de ces deux spécificités dans la présence des

9. Comme on procède à des comparaisons à l'intérieur des groupes, il n'est pas possible d'appliquer une méthode économétrique en raison de la très petite taille des échantillons.

inégalités de santé et le niveau élevé des coûts administratifs[10]. Du côté de la demande, la France offre aux usagers un plus grand choix parmi les médecins et hôpitaux, tandis que les montants restant à la charge des patients sont très bas. De ce fait, il peut être difficile de contenir une demande excessive de services de santé, bien que l'introduction récente du système de médecin référent puisse apporter une aide à cet égard. Pour les hôpitaux, le remplacement graduel du financement par enveloppe globale par un système de paiement sur la base de l'activité devrait pousser les hôpitaux à rechercher des gains d'efficience et à répondre davantage aux besoins. Toutefois, les personnels et équipements hospitaliers restent très réglementés, ce qui est un point à examiner du fait que cela peut faire obstacle à la réallocation des ressources et limiter ainsi la capacité des hôpitaux d'exploiter des gains potentiels d'efficience.

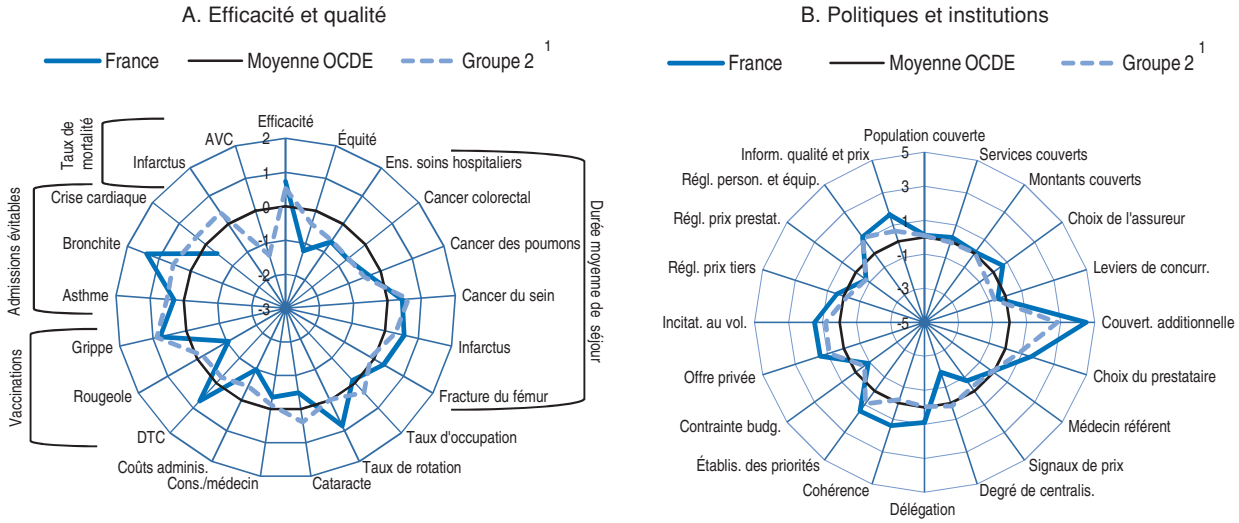
Le cas de la Finlande

On a choisi le système de santé finlandais, qui diffère notablement du système français, comme deuxième exemple. La Finlande appartient au groupe de pays (avec le Danemark, l'Espagne, le Mexique et le Portugal) qui ont un système public très réglementé, un système de médecin référent strict et très peu de choix parmi les prestataires à la disposition des usagers. Pour ce groupe, la performance du système de santé – mesurée par le score d'efficacité tiré de l'AED et par des indicateurs plus spécifiques de l'efficacité dans le secteur hospitalier et de la qualité dans le secteur ambulatoire – est légèrement inférieure à la moyenne de l'OCDE. Points positifs, la Finlande se distingue par ses coûts administratifs bas et par un faible taux de mortalité à l'hôpital après un AVC, aussi bien par rapport à l'ensemble de l'OCDE que par rapport à la moyenne du groupe. Toutefois, à plusieurs égards, ses performances ne sont pas aussi bonnes que celles des autres pays du groupe. Le score d'efficacité de l'AED est plus faible et les inégalités d'état de santé sont plus grandes. Les indicateurs de qualité des soins ambulatoires donnent une image ambivalente. En particulier, le taux d'admission évitable à l'hôpital pour maladie pulmonaire obstructive chronique se situe légèrement au-dessous de la moyenne de l'OCDE et de la moyenne du groupe. Cependant, la Finlande a aussi des taux élevés d'admission évitable à l'hôpital pour l'asthme et pour l'insuffisance cardiaque (graphique 4.5, partie C). En outre, les patients restent généralement plus longtemps hospitalisés pour la plupart des maladies considérées.

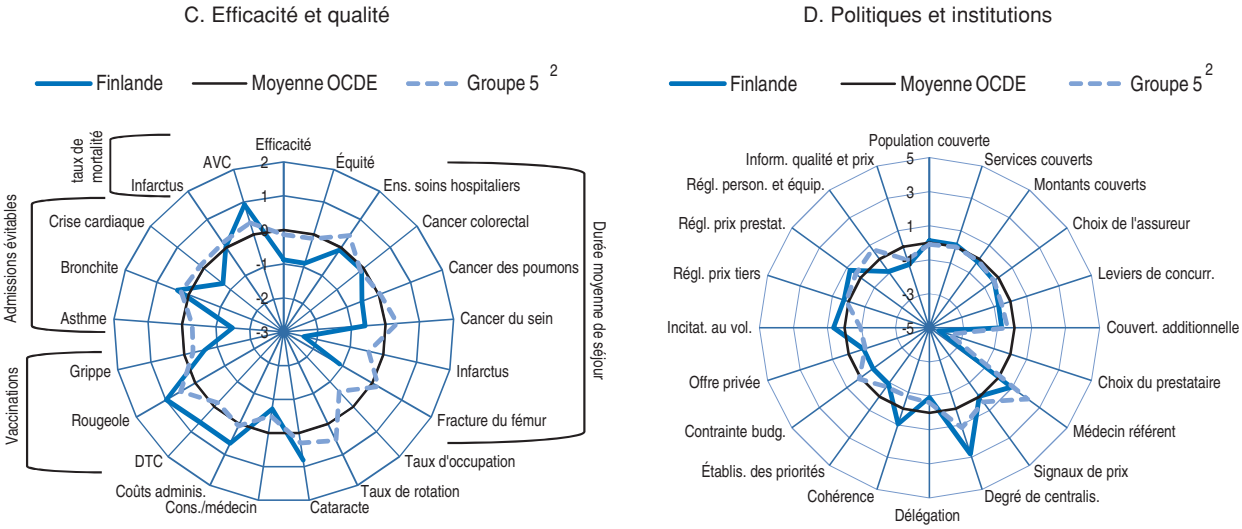
10. Le très bas niveau des *signaux de prix pour les usagers* par comparaison avec l'ensemble de l'OCDE reflète en grande partie la large couverture par les mutuelles et autres assurances maladie privées. En 2006, les mutuelles et assurances privées couvraient un grand panier de biens et services médicaux pour 88 % de la population, remboursant à un degré variable la participation des patients aux coûts au-delà de ceux déjà pris en charge par le système de sécurité sociale, suivant les biens et services en question mais aussi suivant les contrats d'assurance. Les paiements à la charge des patients peuvent néanmoins être élevés, et ainsi créer des difficultés d'accès, pour les personnes non ou peu couvertes par ces mutuelles ou assurances privées.

Graphique 4.5. **Une sélection d'indicateurs pour la France et la Finlande**

France



Finlande



Note: Les groupes de pays sont le résultat d'une classification hiérarchique (ou analyse par clusters) réalisée sur les indicateurs institutionnels et de politique de santé. Dans les graphiques A et C, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le groupe ou le pays retenu enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE. Dans les graphiques B et D, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays retenu est supérieur à celui de la moyenne des pays de l'OCDE. Dans les graphiques A et C, les points représentent l'écart par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans les graphiques B et D, les points représentent les simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE. Les variables présentées sont définies à l'Annexe 4.A1.

1. Groupe 2 : Australie, Belgique, Canada, France.
2. Groupe 5 : Danemark, Espagne, Finlande, Mexique, Portugal.

Source: Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09.

Les institutions et politiques de santé de la Finlande diffèrent de celles de ses pairs dans un certain nombre de domaines et certaines de ces spécificités pourraient contribuer à créer un biais en faveur du secteur hospitalier souvent plus coûteux. *Premièrement,* les usagers disposent d'un choix très limité parmi les prestataires (graphique 4.5, partie D). Avec des médecins salariés pour la plupart et un niveau de revenu très bas des professionnels de santé par comparaison avec la moyenne de l'OCDE et celle du groupe, les incitations à fournir des services de haute qualité dans le secteur des soins ambulatoires sont probablement faibles[11]. Le nombre de consultations par médecin est aussi inférieur à la moyenne de l'OCDE. *Deuxièmement,* le recours à des dispositifs de médecin référent est plus limité que dans les autres pays du groupe. Ces deux spécificités peuvent être un facteur expliquant le grand nombre de sorties d'hôpital par habitant. *Troisièmement,* les incitations à accroître le volume d'activité dans le secteur hospitalier sont plus fortes en Finlande que chez ses pairs ; le système de rémunération sur la base de l'activité pour les hôpitaux (système de GHM) génère des incitations à répondre à une demande qui n'est peut-être pas prise en charge dans le secteur ambulatoire. *Quatrièmement,* les réglementations sur les personnels et équipements hospitaliers sont modérées par comparaison avec les pairs et ne restreignent pas la taille du secteur hospitalier[12]. Dans la pratique, le secteur hospitalier absorbe une très large part des dépenses totales de santé, comme cela ressort de l'ensemble complet des indicateurs pour la Finlande (Annexe 4.A1).

Enseignements pour les réformes suggérées par les comparaisons internationales

Il ressort de l'analyse ci-dessus qu'il n'existe pas un modèle unique de réforme, au moins pour certains instruments d'action : les recommandations dépendent clairement du système considéré. En particulier, l'analyse pour la Finlande et pour la France indique qu'accroître la cohérence des politiques peut impliquer la mise en œuvre d'approches différentes et même opposées en apparence. Le degré de rigueur qu'il convient de conférer aux *réglementations des personnels et équipements hospitaliers* en donne un exemple. Certains des pays dans lesquels les systèmes de paiement des hôpitaux, récemment réformés, reposent maintenant principalement sur l'activité ont maintenu des réglementations assez strictes sur les personnels et les équipements des hôpitaux par comparaison avec leurs pairs. Ces réglementations réduisent probablement la flexibilité de réponse au nouvel ensemble d'incitations et il peut être nécessaire de les assouplir (par exemple, en Belgique, France ou Irlande). Au contraire, il est peut-être nécessaire de renforcer la réglementation des personnels et équipements des hôpitaux dans certains pays qui se caractérisent par un faible recours aux mécanismes de marché pour les prestataires et des capacités hospitalières supérieures à la moyenne (par exemple, Finlande et Islande).

11. Le temps de travail moyen des médecins est également bas en Finlande (Fujisawa et Lafortune, 2008).

12. La publication de 2003 intitulée *Études économiques de l'OCDE : Finlande* note que l'absence de séparation entre les fonctions d'achat et d'offre de soins est une source d'inefficacité, les municipalités acquérant des services auprès de districts hospitaliers qu'elles gèrent elles-mêmes. Il en ressort aussi que le fait que les hôpitaux soient de grands employeurs locaux influe sur leur relation avec les municipalités, avec relativement peu de contraintes budgétaires pour les hôpitaux.

Certaines suggestions pour l'amélioration des politiques s'appliquent à différents pays, indépendamment de leur groupe. En particulier :

- Les pays ont différentes approches à l'égard de *l'établissement des priorités*. Certains ébauchent seulement des principes généraux pour guider la priorisation de la délivrance des soins. D'autres recommandent explicitement les services à fournir, en créant quelquefois des organismes spéciaux pour établir les priorités et suivre les résultats (par exemple le National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE] au Royaume-Uni). S'il y a peu de preuves que la formulation de principes ait des effets notables sur la pratique médicale, il semble que les organismes de priorisation disposant d'un pouvoir de décision aient bien réussi dans certains pays (Sabik *et al.*, 2008). À l'intérieur des groupes, les pays les plus efficients sont généralement ceux où l'établissement des priorités est le plus rigoureux. Ainsi, il conviendrait peut-être d'améliorer l'établissement des priorités dans les pays où le panier de services couverts par l'assurance de base n'est pas précisément défini, qui n'utilisent pas de manière effective l'évaluation des technologies de santé et où il n'y a pas de définition claire ni de suivi suffisant des objectifs de santé publique[13].
- La *cohérence de l'attribution des responsabilités* pourrait être accrue dans de nombreux pays décentralisés pour éviter les chevauchements et assurer une bonne coordination entre les différents niveaux d'administration publique participant à la gestion du système de santé. L'Australie, l'Autriche, le Canada, le Danemark, l'Italie, le Mexique, la Pologne, le Royaume-Uni, la Suède et la Suisse sont des pays où il conviendrait d'y porter attention.
- Le *système de médecin référent* pourrait être introduit ou renforcé dans certains pays pour réduire le nombre élevé de consultations (par exemple en Corée, au Japon et en République tchèque) ou pour endiguer les dépenses dans le secteur hospitalier (par exemple, en Belgique et en Islande).
- Les *signaux de prix pour les usagers* pourraient être renforcés quand ils sont faibles et qu'un large choix de prestataires à la disposition des patients peut induire une activité excessive, notamment au Luxembourg et en République tchèque.
- L'*information sur la qualité et les prix* à l'intention des usagers devrait être augmentée dans de nombreux pays. Dans les pays où il existe un choix abondant pour les soins, cela accroîtrait les pressions concurrentielles. Dans ceux où il y a moins de choix, cela permettrait de comparer les résultats des prestataires et pourrait ainsi contribuer à diffuser les meilleures pratiques.
- L'opportunité d'une *réforme des modes de rémunération des prestataires* devrait être étudiée dans de nombreux pays, dans le secteur hospitalier comme dans le secteur ambulatoire. Dans certains des pays où les médecins sont principalement payés à l'acte, le niveau d'activité est élevé comparativement à l'ensemble des pays. L'introduction d'un élément de capitation pourrait aider à réduire le nombre des consultations et améliorer la qualité des soins préventifs (par exemple en

13. En République slovaque et au Royaume-Uni, l'établissement des priorités est rigoureux mais ne s'accompagne pas d'un haut niveau d'efficience. Cela peut peut-être s'expliquer par le fait que l'amélioration de l'établissement des priorités, entreprise en réponse à des performances insatisfaisantes, est assez récente.

Allemagne, en Corée et au Japon). Au contraire, on pourrait introduire une composante basée sur l'activité ou renforcer cette composante dans certains des pays qui appliquent principalement le salariat (par exemple, Grèce, Islande et Suède) ou la capitation (Irlande, Pologne et République slovaque). Un ajustement du niveau de revenu relatif des praticiens de santé pourrait en outre se justifier – il est généralement bas dans certains pays nordiques ou d'Europe de l'Est et il est particulièrement élevé aux États-Unis et au Royaume-Uni. Le renforcement de la composante basée sur l'activité et/ou l'ajustement du niveau de revenu relatif des praticiens de santé réduirait aussi les incitations aux dessous-de-table (par exemple, en Hongrie). De même, l'introduction d'un système de GHM dans les pays où il n'y en a pas peut être une option pour améliorer l'efficience dans le secteur hospitalier – notamment en Grèce, en Islande, au Luxembourg, au Portugal et en Turquie.

Il existe de fortes inégalités d'état de santé dans un certain nombre de pays. Les causes varient d'un pays à l'autre et résident dans le système de santé ou dans des circonstances socioéconomiques. Dans tous les cas, il convient d'examiner les facteurs sous-jacents à ces inégalités afin d'y apporter la réponse appropriée. Le Mexique et la Turquie devraient continuer à progresser vers une couverture universelle. Il serait aussi utile d'examiner si le large recours à l'assurance privée au-delà de la couverture de base (Canada et France) et/ou à des montants élevés restant à la charge du patient (Finlande, Hongrie, Pologne et République slovaque) crée des inégalités d'accès aux soins et, de ce fait, des inégalités d'état de santé.

Limites et suggestions pour les travaux futurs

Bien que les conclusions tirées de l'analyse qui précède concordent dans une grande mesure avec celles des évaluations approfondies exposées dans de récentes *Études économiques de l'OCDE* sur différents pays, il convient de les interpréter avec prudence pour un certain nombre de raisons :

- La mesure des performances reste une tâche ardue et une question controversée, particulièrement dans le contexte d'objectifs multiples des politiques de santé. Une grande marge d'incertitude entoure les estimations d'efficacité par l'AED, notamment pour les pays qui ont des niveaux atypiques des facteurs influençant l'état de santé. De ce fait, il importe de compléter les estimations d'efficience globales par un plus large ensemble d'indicateurs de performances – des mesures d'efficience reposant sur les volumes d'activité des hôpitaux et des indicateurs de qualité des soins. Il faut aussi savoir que les comparaisons entre les pays permettent d'identifier les meilleurs pratiques mais qu'elles peuvent sous-estimer le potentiel de gains d'efficience étant donné que les pays les plus performants ne sont peut-être pas parfaitement efficients.
- Les réformes récentes du système de santé réalisées dans un certain nombre de pays n'ont peut-être pas encore produit tous leurs effets sur l'efficience – la vaste réforme de la santé aux Pays-Bas est un exemple notable.
- Si les indicateurs des politiques mesurent l'existence de mécanismes de marché et/ou de réglementations, ils ne rendent pratiquement pas compte de leur intensité. Par exemple, l'indicateur de la rigueur de la contrainte budgétaire reflète l'existence de règles de dépenses incorporées au processus budgétaire, mais non leurs niveaux ni si ces limites sont respectées.

- L'ensemble des indicateurs des institutions et des politiques ne permet pas actuellement de réaliser une analyse solide pour au moins trois domaines souvent désignés comme des priorités dans les *Études économiques de l'OCDE* et les *Examens de l'OCDE des systèmes de santé*, à savoir le secteur pharmaceutique (par exemple, incitations à l'utilisation de génériques), la coordination des soins (par exemple entre les environnements hospitaliers de soins aigus et de soins de longue durée) et les congés de maladie. En outre, il est peut-être nécessaire d'affiner les indicateurs existants dans un certain nombre de domaines, comme la nature des marchés de l'assurance maladie (par exemple, contrats individuels ou collectifs) ou les spécificités des paiements à la charge des patients (en particulier l'existence d'exemptions de la participation du patient, de plafonnements des franchises et des quotes-parts à la charge du patient, ainsi que leur ciblage).

Ces limites indiquent clairement la nécessité de poursuivre les travaux pour mettre à jour régulièrement et développer l'ensemble des indicateurs des institutions et des politiques, et de compléter les travaux sur les indicateurs par une évaluation approfondie du système de santé de chaque pays.

Tableau 4.5. **Principales caractéristiques ressortant des comparaisons à l'intérieur des groupes**

	Efficience et qualité	Prix et ressources physiques	Activité et consommation	Composition du financement et des dépenses	Politiques et institutions	Points faibles et défauts de cohérence des politiques ressortant des indicateurs
GROUPE 1 :	Fort recours aux mécanismes de marché pour réguler la couverture de base et l'assurance au-delà de la couverture de base et offre de soins privée abondante.					
Allemagne	Score AED proche de la moyenne du groupe			Grande part de financement public et moindres paiements à la charge des patients	Plus de pressions concurrentielles sur le marché de l'assurance	
	Scores mitigés pour l'efficience de l'activité hospitalière	Plus de lits de soins aigus par habitant	Plus de sorties d'hôpital par habitant		Plus de choix parmi les prestataires et moindres signaux de prix pour les usagers	Arbitrer au mieux entre un large choix à la disposition des usagers et de faibles paiements à la charge du patient dans le cas où les signes d'une demande excessive de services de santé se manifesteraient clairement
	Scores mitigés pour la qualité des soins ambulatoires et préventifs				Plus d'incitations à destination des prestataires et plus de réglementation des ressources	Examiner si une réforme des modes de paiement des prestataires pourrait aider à éviter une activité excessive, par exemple en combinant le système existant de paiement à l'acte pour les médecins avec un élément de capitation et/ou de salariat
	Coûts administratifs proches de la moyenne du groupe	Haut niveau de revenu relatif des généralistes et des infirmiers				

Tableau 4.5. **Principales caractéristiques ressortant des comparaisons à l'intérieur des groupes** (suite)

	Efficience et qualité	Prix et ressources physiques	Activité et consommation	Composition du financement et des dépenses	Politiques et institutions	Points faibles et défauts de cohérence des politiques ressortant des indicateurs
Pays-Bas	Score AED proche de la moyenne du groupe mais moindres inégalités d'état de santé			Plus grand recours au financement par l'assurance sociale et moins aux paiements à la charge des patients	Les mécanismes de marché dans l'offre de l'assurance de base jouent un rôle important mais le marché de l'assurance reste plus concentré que dans les pays pairs	Faire en sorte que les pressions concurrentielles soient suffisantes sur le marché de l'assurance
	Scores mitigés pour l'efficience des soins hospitaliers aigus	Moins d'équipements de haute technologie et de lits de soins aigus par habitant	Peu de sorties d'hôpital et faible consommation de produits pharmaceutiques par habitant		Moins d'incitations au volume, en particulier au niveau des hôpitaux	Examiner les niveaux d'activité relativement bas des hôpitaux et déterminer si une réforme des systèmes de paiement des hôpitaux pourrait accroître les incitations à répondre aux besoins
	Haute qualité des soins ambulatoires et de prévention	Plus de médecins et d'étudiants en médecine		Moindre part des soins ambulatoires	Moins de choix parmi les prestataires et système de médecin référent plus strict	
	Coûts administratifs proches de la moyenne du groupe	Plus haut niveau de revenu relatif des spécialistes et des généralistes			Moins de décentralisation, attribution cohérente des responsabilités	
République slovaque	Faible score AED et haut taux de mortalité évitable	Faibles dépenses de santé par habitant et en proportion du PIB		Moindre part de dépenses publiques et paiements à la charge des patients plus élevés	Pas de marché pour la couverture au-delà de l'assurance de base	Le système de santé slovaque semble en transition avec l'introduction ou l'accroissement récent de l'offre de soins privée et d'instruments de marché (paiement au cas pour les hôpitaux et contribution pécuniaire du patient)
	Scores mitigés pour l'efficience des soins hospitaliers	Moins d'infirmiers et d'équipements de haute technologie, mais plus de lits de soins aigus	Plus de sorties d'hôpital par habitant	Faible part des soins hospitaliers	Moins de choix parmi les prestataires. Système de médecin référent plus strict et plus forts signaux de prix pour les usagers.	
	Signaux mitigés pour la qualité des soins ambulatoires et de prévention	Très bas niveau de revenu relatif des généralistes et des infirmiers	Plus de consultations de médecins par habitant	Très forte part des médicaments	Moins d'incitations au volume (les médecins sont payés à la capitation et/ou salariés) et moins de réglementation des ressources	En révisant le système de paiement et éventuellement le niveau de revenu des praticiens de santé, il serait possible de renforcer les incitations à répondre au besoin de services de santé de plus haute qualité

Tableau 4.5. **Principales caractéristiques ressortant des comparaisons à l'intérieur des groupes** (suite)

	Efficience et qualité	Prix et ressources physiques	Activité et consommation	Composition du financement et des dépenses	Politiques et institutions	Points faibles et défauts de cohérence des politiques ressortant des indicateurs
Suisse	Haut score AED et faibles inégalités d'état de santé	Fortes dépenses de santé par habitant et en proportion du PIB		Part des paiements à la charge des patients élevée	Moins de leviers de concurrence pour les assureurs offrant une assurance de base, du fait qu'il ne leur est pas permis de contracter sélectivement avec les prestataires	Évaluer l'intérêt d'autoriser les assureurs à passer des contrats sélectifs avec les prestataires
	Scores mitigés pour l'efficience des soins hospitaliers	Plus d'équipements de haute technologie et moins de lits de soins aigus		Plus forte part des soins hospitaliers	Moins d'information à l'intention des usagers sur la qualité et les prix des services	Une plus grande information sur la qualité et les prix des services pourrait accroître la concurrence et freiner les prix des soins
	Haute qualité des soins ambulatoires et de prévention	Plus de médecins et d'infirmiers par habitant	Moins de consultations de médecins par habitant	Faible part des médicaments	Système de médecin référent peu contraignant et plus de paiements à la charge des patients	Il pourrait être utile d'examiner l'équilibre entre l'utilisation plus intensive du système de médecin référent et les paiements à la charge des patients, en tant que mécanismes pour éviter une demande excessive
	Coûts administratifs proches de la moyenne du groupe	Prix élevé des soins			Plus de décentralisation mais moins de cohérence dans l'attribution des responsabilités entre les niveaux d'administration publique	Une plus grande cohérence dans l'attribution des responsabilités entre les niveaux d'administration pourrait favoriser l'exploitation de gains d'efficience

Tableau 4.5. **Principales caractéristiques ressortant des comparaisons à l'intérieur des groupes** (suite)

	Efficience et qualité	Prix et ressources physiques	Activité et consommation	Composition du financement et des dépenses	Politiques et institutions	Points faibles et défauts de cohérence des politiques ressortant des indicateurs
GROUPE 2 :	Couverture de base publique combinée avec une assurance privée au-delà de la couverture de base. Fort recours aux mécanismes de marché au niveau des prestataires, avec un large choix d'hôpitaux et médecins pour les patients, d'assez fortes incitations à produire de hauts volumes de services et le recours à un système de médecin référent.					
Australie	Haut score AED	Moins de médecins par habitant		Moindre part publique		
	Assez grande efficience des soins hospitaliers aigus mais longues durées de séjour à l'hôpital		Moins de sorties d'hôpital		Moins d'incitations au volume, en particulier dans le secteur des soins hospitaliers	Examiner les causes des longues durées de séjour dans le secteur des soins hospitaliers (non aigus)
	Données manquantes sur la qualité des soins	Plus bas niveau de revenu des généralistes		Plus forte part des soins ambulatoires ; moindre part des médicaments	Système de médecin référent moins contraignant	Améliorer la production de données internationalement comparables sur la qualité des soins
	Faibles coûts administratifs				Plus de décentralisation, moins de cohérence, plus d'établissement des priorités, moins de réglementation des ressources	Une plus grande cohérence dans l'attribution des responsabilités entre les niveaux d'administration publique pourrait générer des gains d'efficience

Tableau 4.5. **Principales caractéristiques ressortant des comparaisons à l'intérieur des groupes** (suite)

	Efficience et qualité	Prix et ressources physiques	Activité et consommation	Composition du financement et des dépenses	Politiques et institutions	Points faibles et défauts de cohérence des politiques ressortant des indicateurs
Belgique	Score AED au-dessous de la moyenne du groupe			Plus grande part de la sécurité sociale		
	Scores d'efficience inférieurs pour les soins hospitaliers aigus	Plus de médecins, d'infirmiers, d'équipements de haute technologie et de lits de soins aigus par habitant		Plus forte part des soins hospitaliers	Système de médecin référent moins contraignant mais plus d'information à l'intention des usagers sur la qualité et les prix des services	Évaluer l'opportunité d'un renforcement des dispositifs de médecin référent pour maîtriser le nombre de consultations de médecins par habitant
	Qualité des soins ambulatoires inférieure à la moyenne du groupe (mais supérieure à la moyenne de l'OCDE)	Plus haut niveau de revenu des infirmiers salariés et des spécialistes	Plus de consultations de médecins par habitant		Plus d'incitations au volume pour les prestataires et plus d'offre de soins privée. Plus de réglementation des prix payés par les tiers payeurs, du nombre de médecins, des équipements hospitaliers et des niveaux de rémunération	Réviser les mesures gouvernementales régissant les effectifs, les équipements et les niveaux de rémunération qui peuvent nuire aux performances des hôpitaux
	Coûts administratifs très élevés				Moins de décentralisation et moindre établissement des priorités	Explorer les options en vue de réduire les coûts administratifs. Un meilleur établissement des priorités pourrait contribuer à générer des gains d'efficience

Tableau 4.5. **Principales caractéristiques ressortant des comparaisons à l'intérieur des groupes** (suite)

	Efficience et qualité	Prix et ressources physiques	Activité et consommation	Composition du financement et des dépenses	Politiques et institutions	Points faibles et défauts de cohérence des politiques ressortant des indicateurs
Canada	Haut score AED mais inégalités d'état de santé un peu plus grandes. Faible taux de mortalité évitable			Plus grande part de l'assurance maladie privée	Moindre champ de couverture de l'assurance de base et fort recours aux assurances privées (supplémentaires)	Examiner les principales causes des inégalités d'état de santé et en particulier l'influence du système d'assurance supplémentaire et du champ de la couverture de base
	Signaux mitigés pour l'efficience des soins hospitaliers	Moins d'équipements de haute technologie et de lits de soins aigus	Moins de sorties d'hôpital par habitant	Moindre part des soins hospitaliers	Moins de choix parmi les prestataires et système de médecin référent plus contraignant	
	Haute qualité des soins ambulatoires et de prévention	Moins de médecins et d'étudiants en médecine	Moins de consultations de médecins par habitant		Moins d'offre de soins privée et d'incitations au volume. Plus de réglementation des prix des prestataires et sur les personnels et équipements	Il pourrait être nécessaire d'assouplir les réglementations des personnels et équipements hospitaliers si les hôpitaux sont de plus en plus rémunérés en fonction de leur activité
	Coûts administratifs plus bas	Plus haut revenu relatif des généralistes			Moins de réglementation des prix payés par les tiers payeurs. Plus grande décentralisation mais moins de cohérence dans l'attribution des responsabilités. Moindre établissement des priorités	Une plus grande cohérence dans l'attribution des responsabilités entre les niveaux d'administration publique pourrait générer des gains d'efficience

Tableau 4.5. **Principales caractéristiques ressortant des comparaisons à l'intérieur des groupes** (suite)

	Efficience et qualité	Prix et ressources physiques	Activité et consommation	Composition du financement et des dépenses	Politiques et institutions	Points faibles et défauts de cohérence des politiques ressortant des indicateurs
France	Haut score AED et meilleur résultat de l'OCDE pour la mortalité évitable mais fortes inégalités d'état de santé	Dépenses de santé en proportion du PIB plus élevées		Financement par la sécurité sociale, par les assurances privées et les mutuelles plus important ; montants restant à la charge des patients moins élevés	Plus grand recours aux forces du marché dans le secteur de l'assurance	Examiner les principales causes des fortes inégalités d'état de santé et en particulier l'influence du recours important aux mutuelles et assurances privées au-delà de la couverture de base (assurance complémentaire)
	Scores mitigés pour l'efficience des soins hospitaliers	Moins d'infirmiers et d'équipements de haute technologie	Plus de sorties d'hôpital	Plus forte part des soins hospitaliers	Plus de choix parmi les prestataires pour les usagers, moindres signaux de prix	
	Assez haute qualité de la médecine de ville	Moins d'étudiants en médecine		Moindre part des soins ambulatoires	Plus d'offre de soins privée et plus d'incitations à accroître les volumes. Plus de réglementation des personnels et équipements, en particulier dans le secteur des hôpitaux, et des prix payés par les tiers payeurs.	Réviser les mesures gouvernementales régissant les personnels et les équipements dans le secteur hospitalier (la réforme du système de paiement des hôpitaux peut nécessiter plus de flexibilité en matière de personnel et d'équipements pour que les hôpitaux s'adaptent au nouvel ensemble d'incitations)
	Coûts administratifs très élevés				Moins de décentralisation	Explorer les options en vue de réduire les coûts administratifs, notamment la fusion des caisses de sécurité sociale

Tableau 4.5. **Principales caractéristiques ressortant des comparaisons à l'intérieur des groupes** (suite)

	Efficience et qualité	Prix et ressources physiques	Activité et consommation	Composition du financement et des dépenses	Politiques et institutions	Points faibles et défauts de cohérence des politiques ressortant des indicateurs
GROUPE 3 :	Couverture médicale de base publique avec peu d'assurance privée au-delà de la couverture de base. Large offre de soins privée, avec un large choix de prestataires à la disposition des patients et d'assez fortes incitations à produire de hauts volumes de services. Pas de système de médecin référent et contrainte budgétaire modérée. Informations limitées sur la qualité et les prix pour stimuler la concurrence.					
Autriche	Score AED proche de la moyenne ; faibles taux de mortalité évitable	Plus fortes dépenses de santé par habitant et en proportion du PIB	Plus de sorties d'hôpital par habitant	Moindre part des montants restant à la charge des patients	Couverture médicale plus généreuse	Examiner si un rééquilibrage des ressources, du secteur hospitalier vers le secteur ambulatoire, pourrait contribuer à accroître l'efficience des dépenses de santé. L'introduction d'un système de médecin référent et/ou un moindre recours au remboursement des coûts pour les hôpitaux pourraient être des options pour éviter une activité hospitalière excessive. Les réformes devraient aussi viser à élever la qualité des soins ambulatoires et de prévention
	Assez grande efficience des soins hospitaliers	Plus de lits de soins aigus par habitant que la moyenne de l'OCDE		Plus forte part des soins hospitaliers	Moins de choix parmi les prestataires pour les patients	
	Scores inférieurs à la moyenne pour la qualité des soins ambulatoires et de prévention	Plus de médecins et d'étudiants en médecine par habitant. Plus haut niveau de revenu relatif des spécialistes et des généralistes		Moindre part des médicaments	Moins d'offre de soins privée et d'incitations au volume et plus de réglementation des ressources	
					Plus de décentralisation et moins de cohérence. Moindre établissement des priorités et peu de contrainte sur les dépenses de santé par le biais du processus budgétaire	Il pourrait être utile de renforcer l'établissement des priorités, d'accroître le choix parmi les prestataires et d'améliorer l'information sur la qualité et les prix des services. Accroître la cohérence dans l'attribution des responsabilités entre les niveaux d'administration, étant donné que la décision et le financement sont encore souvent partagés entre différents niveaux

Tableau 4.5. **Principales caractéristiques ressortant des comparaisons à l'intérieur des groupes** (suite)

	Efficience et qualité	Prix et ressources physiques	Activité et consommation	Composition du financement et des dépenses	Politiques et institutions	Points faibles et défauts de cohérence des politiques ressortant des indicateurs
Corée	Haut score AED, avec un taux de mortalité évitable proche de la moyenne	Moindres dépenses de santé par habitant et en proportion du PIB		Moindre part de financement public ; plus de paiements à la charge des patients	Moindre profondeur de la couverture	Évaluer l'impact du champ et de la profondeur assez faibles de l'assurance de base sur l'équité de l'accès aux services de santé
	Efficience des soins hospitaliers aigus assez faible	Plus de lits de soins aigus et d'équipements de haute technologie par habitant que la moyenne de l'OCDE	Moins de sorties d'hôpital par habitant	Moindre part des soins hospitaliers	Pas de système de médecin référent et plus forts signaux de prix pour les usagers	
	Assez haute qualité des soins ambulatoires et de prévention et nombre très élevé de consultations par médecin	Moins de médecins, d'infirmiers et d'étudiants en médecine par habitant	Plus de consultations de médecins par habitant	Plus forte part des médicaments	Plus d'offre de soins privée et d'incitations à accroître les volumes de soins pour les prestataires conjointement avec une stricte réglementation des prix des prestataires. Moindre réglementation des ressources	Envisager l'instauration d'un système de médecin référent et/ou une réforme du système de paiement des généralistes (par exemple, en combinant un élément de capitation avec le paiement à l'acte existant) pour réduire le nombre des consultations de médecins
					Moins de décentralisation, plus de cohérence, de délégation et d'établissement des priorités ; contrainte budgétaire plus modérée	

Tableau 4.5. **Principales caractéristiques ressortant des comparaisons à l'intérieur des groupes** (suite)

	Efficience et qualité	Prix et ressources physiques	Activité et consommation	Composition du financement et des dépenses	Politiques et institutions	Points faibles et défauts de cohérence des politiques ressortant des indicateurs
Grèce	Score AED plus bas. Taux de mortalité évitable proche de la moyenne		Plus de dépenses de santé en proportion du PIB	Moindre part de financement public. Plus de paiements à la charge des patients	Assez faible montants couverts par l'assurance de base	Il est difficile d'évaluer le système de santé grec au moyen de l'ensemble d'indicateurs existant, étant donné sa très grande fragmentation (y compris un système parallèle assez important). Il existe peu de données internationalement comparables, en particulier sur la répartition des dépenses entre les sous-secteurs et sur la qualité des soins
	Signaux mitigés pour l'efficience des soins hospitaliers aigus				Moins de choix parmi les prestataires et plus forts signaux de prix pour les usagers (souvent sous la forme de paiements informels)	Améliorer l'information sur les prix pour les usagers
		Plus de médecins et d'étudiants en médecine par habitant, moins d'infirmiers			La réglementation des prix des prestataires est souvent incomplètement respectée	L'introduction d'un système de rémunération hybride pour les médecins (capitation et paiement à l'acte) devrait être envisagée. Pour les hôpitaux, un changement d'approche, de manière à remplacer le paiement à la journée et le remboursement rétrospectif des coûts par un système de GHM, pourrait être une option pour favoriser l'efficacité des dépenses
	Peu de données internationalement comparables sur la qualité des soins	Plus haut revenu relatif des infirmiers			Moindre établissement des priorités	Des normes budgétaires plus strictes et un renforcement de l'établissement des priorités devraient être envisagés pour une meilleure maîtrise des dépenses de santé

Tableau 4.5. **Principales caractéristiques ressortant des comparaisons à l'intérieur des groupes** (suite)

	Efficience et qualité	Prix et ressources physiques	Activité et consommation	Composition du financement et des dépenses	Politiques et institutions	Points faibles et défauts de cohérence des politiques ressortant des indicateurs
Japon	Haut score AED et faible taux de mortalité évitable			Grande part de financement public et petite part de paiements à la charge des patients		L'efficience globale (ressortant de l'AED) est élevée. On note toutefois deux faits marquants : le fort recours aux hôpitaux pour les soins de longue durée et le très grand nombre de consultations par habitant et par médecin
	Assez faible efficience des soins hospitaliers, avec un taux de rotation très bas pour les lits de soins aigus	Plus de lits de soins aigus et d'équipements de haute technologie par habitant	Moins de sorties d'hôpital par habitant		Plus d'offre de soins privée, plus d'incitations au volume pour les prestataires conjointement avec une stricte réglementation des prix des prestataires	Étudier les options en vue de réduire l'utilisation des hôpitaux pour les séjours de longue durée. Une réforme du système de paiement des hôpitaux (étendant la prise en compte du profil des pathologies) devrait être mise à l'étude
	Qualité des soins ambulatoires proche de la moyenne et nombre très élevé de consultations par médecin	Moins de médecins et d'étudiants en médecine par habitant	Beaucoup plus de consultations de médecins par habitant		Plus de choix parmi les prestataires mais moins d'information sur la qualité et les prix des services. Pas de système de médecin référent	Envisager l'instauration d'un système de médecin référent et/ou une réforme du système de paiement (par exemple, en combinant un élément de capitation avec le paiement à l'acte existant) pour réduire le nombre des consultations. Développer l'information sur la qualité et les prix des services pour renforcer les pressions poussant les prestataires à délivrer des services de haute qualité
	Coûts administratifs bas				Plus de décentralisation ; moins de cohérence ; plus d'établissement des priorités ; contrainte budgétaire plus modérée	

Tableau 4.5. **Principales caractéristiques ressortant des comparaisons à l'intérieur des groupes** (suite)

	Efficience et qualité	Prix et ressources physiques	Activité et consommation	Composition du financement et des dépenses	Politiques et institutions	Points faibles et défauts de cohérence des politiques ressortant des indicateurs
Luxembourg	Score AED inférieur ; taux de mortalité évitable plus bas	Dépenses de santé relativement faibles en proportion du PIB mais élevées par habitant		Plus grande part de financement public. Moins de paiements à la charge des patients	Moins de mécanismes de marché pour la couverture médicale de base et la couverture additionnelle	
	Scores mitigés pour l'efficience des soins hospitaliers aigus	Moins de médecins par habitant		Plus forte part des soins hospitaliers	Plus d'offre de soins privée et peu d'information sur la qualité et les prix des services. Réglementation modérée sur les prix payés par les tiers payeurs.	Élaborer des stratégies pour accroître l'efficience dans le secteur hospitalier. Il serait utile d'introduire un système de paiement sur la base de GHM pour les hôpitaux et d'améliorer l'information sur les prix et la qualité des services
		Plus d'infirmiers par habitant	Moins de consultations de médecins par habitant		Large choix parmi les prestataires, pas de système de médecin référent	L'introduction d'un système de médecin référent et/ou l'augmentation des paiements à la charge des patients peuvent être des options pour maîtriser la croissance des dépenses
	Coûts administratifs très élevés			Moindre part des médicaments	Faible établissement des priorités	Examiner les causes des coûts administratifs très élevés. Améliorer la production de données internationalement comparables sur la qualité des soins

Tableau 4.5. **Principales caractéristiques ressortant des comparaisons à l'intérieur des groupes** (suite)

	Efficience et qualité	Prix et ressources physiques	Activité et consommation	Composition du financement et des dépenses	Politiques et institutions	Points faibles et défauts de cohérence des politiques ressortant des indicateurs
République tchèque	Score AED inférieur à la moyenne et taux de mortalité évitable plus élevé	Moindres dépenses de santé par habitant et en proportion du PIB	Plus de sorties d'hôpital par habitant	Plus grande part de financement public. Moindres montants restant à la charge des patients	Plus de mécanismes de marché pour la couverture médicale de base	Le système de santé tchèque semble en transition avec l'introduction ou le renforcement récent de l'offre de soins privée et d'instruments de marché (budget global plus paiement au cas et à la procédure pour les hôpitaux et contribution pécuniaire des patients)
	Assez faible efficience des soins hospitaliers aigus	Plus de lits de soins aigus par habitant que la moyenne de l'OCDE et moins d'équipements de haute technologie			Plus de choix parmi les prestataires, pas de système de médecin référent et faibles signaux de prix pour les usagers	Une augmentation de la part à la charge des patients, qui est actuellement assez faible, et/ou l'introduction d'un système de médecin référent pourraient être envisagées. Cela contribuerait à endiguer le niveau assez élevé d'activité et de consommation de soins et contrebalancerait le haut degré de choix parmi les prestataires à la disposition des usagers
	Peu de données sur la qualité des soins ambulatoires	Plus de médecins par habitant. Très bas niveau de revenu relatif des praticiens de santé	Plus de consultations de médecins par habitant	Moindre part des soins ambulatoires. Plus forte part des médicaments	Moins d'offre de soins privée et d'incitations au volume mais plus de réglementation des prix des prestataires	Examiner si le système de rémunération actuel pour le secteur ambulatoire (paiement à l'acte combiné avec la capitation) ne devrait pas être réformé de manière à réduire le très grand nombre de consultations par habitant et promouvoir une haute qualité des soins
	Coûts administratifs bas					Améliorer la production de données internationalement comparables sur la qualité des soins

Tableau 4.5. **Principales caractéristiques ressortant des comparaisons à l'intérieur des groupes** (suite)

	Efficience et qualité	Prix et ressources physiques	Activité et consommation	Composition du financement et des dépenses	Politiques et institutions	Points faibles et défauts de cohérence des politiques ressortant des indicateurs
GROUPE 4 :	Couverture médicale principalement publique. Un large choix de prestataires est ouvert aux usagers mais l'offre privée est limitée et les prix sont étroitement réglementés. Le système de médecin référent est peu utilisé.					
Islande	Haut score AED, faible taux de mortalité évitable et faibles inégalités d'état de santé	Dépenses de santé assez élevées en proportion du PIB et par habitant		Plus grande part publique, en grande partie financée par les recettes fiscales et faible part des paiements à la charge des patients	Couverture médicale de base généreuse	Pour endiguer les dépenses publiques de santé, il faut agir sur le secteur hospitalier. Les budgets des hôpitaux sont en grande partie indépendants du niveau d'activité. Il y a peu de réglementation gouvernant la quantité de ressources humaines et d'équipements, qui est élevée par rapport aux niveaux habituels de l'OCDE. On peut envisager deux stratégies différentes : *i*) être plus strict pour les budgets des hôpitaux et l'encadrement des ressources ; *ii*) lier les budgets des hôpitaux à leur niveau d'activité. La première approche aiderait à mieux maîtriser les dépenses de santé et pourrait être renforcée par une contrainte budgétaire plus stricte et la seconde favoriserait des gains d'efficience avec toutefois un impact incertain sur les dépenses publiques
		Plus de médecins, d'infirmiers, d'étudiants en médecine, d'IRM et de scanners par habitant	Nombre proche de la moyenne pour les consultations et les sorties d'hôpital par habitant	Très forte part des soins hospitaliers	Large choix ouvert aux usagers parmi les prestataires et pas de système de médecin référent, avec peu d'information sur la qualité et les prix	L'introduction d'un système de médecin référent pourrait contribuer à atténuer les pressions sur les dépenses dans le secteur hospitalier
	Assez haute qualité des soins ambulatoires et de prévention				Peu d'offre de soins privée et d'incitations aux volumes pour les prestataires, avec une forte réglementation des prix. Moindres réglementations des ressources	Le grand nombre de professionnels de santé et le faible nombre de consultations par médecin sont des traits marquants. La même qualité de services de santé avec moins de ressources humaines pourrait être un objectif. On pourrait envisager l'incorporation d'une composante dépendant de l'activité dans le système de salariat existant pour les professionnels de la santé
		Haut revenu relatif des généralistes (salariés) mais bas revenu relatif des spécialistes			Peu de décentralisation et contrainte assez modérée sur les dépenses publiques par le biais du processus budgétaire	

Tableau 4.5. **Principales caractéristiques ressortant des comparaisons à l'intérieur des groupes** (suite)

	Efficience et qualité	Prix et ressources physiques	Activité et consommation	Composition du financement et des dépenses	Politiques et institutions	Points faibles et défauts de cohérence des politiques ressortant des indicateurs
Suède	Haut score AED par rapport à la moyenne de l'OCDE, taux de mortalité évitable bas et faibles inégalités d'état de santé		Dépenses par habitant supérieures à la moyenne	Financement par l'impôt important et part très limitée des paiements à la charge des patients et de l'assurance maladie privée	La couverture maladie de base est un peu moins généreuse (kinésithérapie et lunettes non couvertes ; forte part à la charge du patient dans les soins dentaires)	
	Assez grande efficience des soins hospitaliers	Plus de médecins et d'infirmiers par habitant, moins de lits de soins aigus			Large choix ouvert aux usagers parmi les prestataires, pas de système de médecin référent	Le grand nombre de professionnels de la santé et le faible nombre de consultations par médecin sont un trait marquant. La même qualité de services médicaux avec moins de ressources humaines pourrait être un objectif. On pourrait envisager l'incorporation d'une composante dépendant de l'activité dans le système de salariat existant pour les professionnels de la santé
	Assez haute qualité des soins ambulatoires et de prévention mais faible nombre de consultations par médecin	Bas niveau de revenu relatif des spécialistes et des généralistes (salariés)	Moins de consultations par habitant	Forte part des soins ambulatoires	Très peu d'offre de soins privée, faibles incitations au volume et peu d'information sur la qualité des services. Forte réglementation des prix	Une meilleure information sur la qualité des services pourrait accroître les pressions à l'amélioration de cette qualité pour les prestataires
	Coûts administratifs bas				Stricte contrainte budgétaire. Haut degré de décentralisation mais faible cohérence dans l'attribution des responsabilités	Des efforts pour une plus grande cohérence dans l'allocation des ressources entre les niveaux d'administration publique pourraient contribuer à accroître l'efficience des dépenses

Tableau 4.5. **Principales caractéristiques ressortant des comparaisons à l'intérieur des groupes** (suite)

	Efficience et qualité	Prix et ressources physiques	Activité et consommation	Composition du financement et des dépenses	Politiques et institutions	Points faibles et défauts de cohérence des politiques ressortant des indicateurs
Turquie	Haut score AED mais l'état de santé (espérance de vie) reste inférieur	Les dépenses de santé restent très au-dessous de la moyenne de l'OCDE aussi bien par habitant qu'en proportion du PIB			Une proportion importante de la population demeure sans couverture médicale de base	Poursuivre les efforts pour accroître la couverture de la population par l'assurance médicale de base
	Assez grande efficience des soins hospitaliers, malgré un faible taux d'occupation des lits	Moins de lits de soins aigus, d'équipements de haute technologie et d'infirmiers par habitant	Moins de sorties d'hôpital par habitant	Faible part des soins hospitaliers	Large choix ouvert aux usagers parmi les prestataires, pas de système de médecin référent	Envisager des stratégies pour gérer de manière efficiente les lits d'hôpital existants. L'incorporation de certains éléments de financement en fonction de l'activité au système actuel de budgets par poste pour les hôpitaux est une possibilité
	Données manquantes sur la qualité des soins et sur les coûts administratifs	Moins de médecins par habitant		Forte part des dépenses en médicaments	Stricte réglementation des ressources et des prix, conjointement avec peu d'offre de soins privée et d'incitations au volume	Améliorer la production de données internationalement comparables sur la qualité des soins, les niveaux de rémunération des professionnels de la santé et les coûts administratifs
					Moindre décentralisation avec un faible établissement des priorités et peu de maîtrise des dépenses par le biais du processus budgétaire	Un renforcement du processus de budgétisation et de priorisation (par exemple, par l'introduction de normes de dépenses) pourrait aider à mieux maîtriser aussi bien le montant que la répartition des dépenses publiques de santé

Tableau 4.5. **Principales caractéristiques ressortant des comparaisons à l'intérieur des groupes** (suite)

	Efficience et qualité	Prix et ressources physiques	Activité et consommation	Composition du financement et des dépenses	Politiques et institutions	Points faibles et défauts de cohérence des politiques ressortant des indicateurs
GROUPE 5 :	Couverture médicale principalement publique. Les soins sont fournis par un système public très réglementé et le médecin référent joue un rôle important. Le choix des médecins et hôpitaux à la disposition des patients est limité et la contrainte budgétaire imposée par le biais du processus budgétaire assez modérée.					
Danemark	Score AED plus faible mais inégalités de santé légèrement au-dessous de la moyenne	Dépenses par habitant et en proportion du PIB supérieures à la moyenne de l'OCDE et à la moyenne du groupe		Financement par l'impôt important	Moins de mécanismes de marché pour la couverture au-delà de l'assurance de base	
	Assez grande efficience des soins hospitaliers	Plus d'infirmiers et d'étudiants en médecine par habitant. Moins de lits de soins aigus par habitant	Plus de sorties d'hôpital	Plus forte part des soins hospitaliers	Moins de signaux de prix pour les usagers	
	Scores mitigés pour la qualité des soins ambulatoires et de prévention	Niveau de revenu plus bas pour les spécialistes, haut niveau de revenu pour les infirmiers	Plus de consultations de médecins	Plus forte part des soins ambulatoires	Plus d'offre de soins privée	L'introduction d'une part à la charge du patient pour les consultations de généraliste pourrait aider à éviter une demande excessive
	Coûts administratifs plus bas				Moins de décentralisation et de cohérence dans l'attribution des responsabilités, moins de réglementation des ressources	Un renforcement de l'établissement des priorités (en particulier la définition du panier de prestations et le suivi des objectifs de santé publique) et une plus grande cohérence dans l'attribution des responsabilités entre les niveaux d'administration publique pourraient générer des gains d'efficience

Tableau 4.5. **Principales caractéristiques ressortant des comparaisons à l'intérieur des groupes** (suite)

	Efficience et qualité	Prix et ressources physiques	Activité et consommation	Composition du financement et des dépenses	Politiques et institutions	Points faibles et défauts de cohérence des politiques ressortant des indicateurs
Espagne	Haut score AED et faibles inégalités d'état de santé	Les dépenses de santé par habitant restent inférieures à la moyenne de l'OCDE			Plus de recours aux assurances privées pour la couverture maladie additionnelle	
	Signaux mitigés pour l'efficience des soins hospitaliers (aigus)	Moins de lits de soins aigus et d'infirmiers	Moins de sorties d'hôpital par habitant	Moindre part des soins hospitaliers		
	Haute qualité des soins ambulatoires et de prévention	Plus de médecins et moins d'étudiants en médecine	Plus de consultations de médecins par habitant	Plus forte part des soins ambulatoires	Peu de choix parmi les prestataires. Moins d'offre de soins privée (en particulier pour les soins ambulatoires) et d'incitations au volume. Forte réglementation des prix et des ressources	
	Coûts administratifs bas				Plus grande décentralisation mais haut degré de cohérence. L'information à l'intention des usagers sur la qualité et les prix des services reste limitée	Un meilleur partage de l'expérience et une meilleure information sur la qualité des services entre les régions pourraient accroître les pressions à l'amélioration de l'efficacité dans la délivrance des soins

Tableau 4.5. **Principales caractéristiques ressortant des comparaisons à l'intérieur des groupes** (suite)

	Efficience et qualité	Prix et ressources physiques	Activité et consommation	Composition du financement et des dépenses	Politiques et institutions	Points faibles et défauts de cohérence des politiques ressortant des indicateurs
Finlande	Score AED faible et grandes inégalités d'état de santé	Dépenses de santé par habitant proches de la moyenne		Financement par l'impôt important	Moins de mécanismes de marché pour la couverture au-delà de l'assurance de base	Examiner les causes des fortes inégalités d'état de santé
	Assez faible efficience des soins hospitaliers	Plus de lits de soins aigus par habitant	Plus de sorties d'hôpital par habitant	Plus forte part des soins hospitaliers	Système de médecin référent moins contraignant et choix plus limité parmi les prestataires	Un renforcement du contrôle des ressources, de l'établissement des priorités et du système de médecin référent pourrait contribuer à déplacer les ressources du secteur hospitalier vers le secteur ambulatoire
	Scores mitigés pour la qualité des soins ambulatoires et de prévention		Moins de consultations de médecins par habitant	Moindre part des soins ambulatoires	Peu d'offre de soins privée mais plus d'incitations à accroître le volume des soins dans le secteur des hôpitaux. Les médecins du secteur ambulatoire sont salariés	Examiner si une réforme du système de rémunération des médecins pourrait aider à améliorer la qualité des soins ambulatoires
	Coûts administratifs bas	Beaucoup plus bas niveau de revenu relatif des professionnels de la santé			Moins de réglementation des ressources, d'établissement des priorités et de contrainte budgétaire. Plus de réglementation des prix	

Tableau 4.5. **Principales caractéristiques ressortant des comparaisons à l'intérieur des groupes** (suite)

	Efficience et qualité	Prix et ressources physiques	Activité et consommation	Composition du financement et des dépenses	Politiques et institutions	Points faibles et défauts de cohérence des politiques ressortant des indicateurs
Mexique	Haut score AED mais la mortalité évitable reste élevée et on n'a pas d'informations sur les inégalités d'état de santé	Les dépenses de santé par habitant et en proportion du PIB restent faibles		Moindre part de dépenses publiques et plus de paiements à la charge des patients	Moindre générosité de la couverture médicale de base, malgré un certain choix à la disposition des citoyens parmi les assureurs	Des efforts continus pour parvenir à une couverture maladie universelle aideraient à améliorer l'état de santé de la population. La mise au point de données internationalement comparables sur les inégalités d'état de santé et sur la qualité des soins devrait être envisagée
	Scores élevés pour l'efficience des soins hospitaliers, à l'exception du très faible taux d'occupation des lits de soins aigus	Moins d'infirmiers, d'équipements de haute technologie et de lits de soins aigus par habitant	Moins de sorties d'hôpital par habitant	Moindre part des soins hospitaliers	Plus de signaux de prix pour les usagers mais peu de choix parmi les prestataires	En autorisant les assureurs à passer librement contrat avec les prestataires, on renforcerait les pressions poussant ces derniers à l'efficience
	Peu de données internationalement comparables sur la qualité des soins	Moins de médecins par habitant	Moins de consultations de médecins par habitant	Plus forte part des médicaments	Moindre réglementation des prix des prestataires	
	Coûts administratifs très élevés	Haut niveau de revenu relatif des infirmiers et généralistes salariés			Moindre établissement des priorités. Peu de décentralisation mais un certain chevauchement des responsabilités entre les niveaux d'administration publique. Stricte réglementation des ressources médicales.	Étudier les moyens de réduire les coûts administratifs. La fusion de certaines caisses d'assurance ou la création d'un système de gestion des demandes de prestations unifié pourraient être des options. Des efforts sont aussi à envisager pour mieux établir les priorités de santé et pour améliorer la cohérence dans l'attribution des responsabilités entre les niveaux d'administration publique

Tableau 4.5. **Principales caractéristiques ressortant des comparaisons à l'intérieur des groupes** (suite)

	Efficience et qualité	Prix et ressources physiques	Activité et consommation	Composition du financement et des dépenses	Politiques et institutions	Points faibles et défauts de cohérence des politiques ressortant des indicateurs
Portugal	Score AED supérieur à la moyenne	Dépenses de santé par habitant au-dessous de la moyenne		Rôle important des impôts et des paiements à la charge des patients dans le financement	Peu de mécanismes de marché pour la couverture médicale	
	Scores d'efficience assez faibles dans le secteur des soins hospitaliers (aigus)	Peu de lits de soins aigus par habitant	Moins de sorties d'hôpital par habitant	Forte part des soins ambulatoires	Choix de prestataires limité et système de médecin référent plus contraignant	Concevoir des stratégies pour améliorer l'efficience dans le secteur hospitalier et augmenter le nombre de consultations par médecin. Une option possible consiste à combiner le système existant de salariat pour les médecins et de budget global prospectif pour les hôpitaux avec certains éléments de paiement en fonction de l'activité (paiement à l'acte ou de préférence GHM)
		Plus de médecins mais moins d'infirmiers et d'étudiants en médecine par habitant	Moins de consultations de médecins par habitant	Forte part des médicaments	Très peu d'offre de soins privée et d'incitations au volume. Plus de réglementation des prix facturés par les prestataires. Peu d'information pour les usagers	Une plus grande information sur la qualité des services pourrait pousser les prestataires à améliorer la qualité des soins
	Coûts administratifs bas	Haut revenu relatif des infirmiers et bas revenu des spécialistes			Moins de décentralisation mais néanmoins peu de cohérence dans l'attribution des responsabilités entre les niveaux d'administration publique	Des efforts pour une plus grande cohérence dans l'allocation des ressources entre les niveaux d'administration publique pourraient contribuer à accroître l'efficacité des dépenses

Tableau 4.5. **Principales caractéristiques ressortant des comparaisons à l'intérieur des groupes** (suite)

	Efficience et qualité	Prix et ressources physiques	Activité et consommation	Composition du financement et des dépenses	Politiques et institutions	Points faibles et défauts de cohérence des politiques ressortant des indicateurs
GROUPE 6 :	Couverture médicale essentiellement publique. Les soins médicaux sont principalement délivrés par un système public très réglementé, avec un système de médecin référent strict, peu de décentralisation et une stricte limite de dépenses imposée par le biais du processus budgétaire.					
Hongrie	Bas score AED, haut taux de mortalité évitable, fortes inégalités d'état de santé	Les dépenses par habitant et en proportion du PIB restent inférieures à la moyenne de l'OCDE		Forte part des paiements à la charge des patients		Examiner les principales causes des fortes inégalités d'état de santé et en particulier l'effet du montant élevé des paiements (en grande partie informels) à la charge des patients et des disparités régionales d'accès
	Assez courtes durées de séjour dans les hôpitaux de soins aigus mais faible taux d'occupation des lits de soins aigus	Plus de lits de soins aigus par habitant mais moins d'équipements de haute technologie	Plus de sorties d'hôpital par habitant	Très faible part des soins ambulatoires	Plus de choix parmi les prestataires, conjointement avec un système de médecin référent strict. Peu d'incitations à accroître les volumes de soins	Envisager d'accroître le rôle des soins préventifs et ambulatoires, ce qui contribuerait à réduire la consommation de médicaments et les soins hospitaliers. Une modification du niveau et du mode de rémunération des médecins (actuellement capitation pour les généralistes et salariat pour les spécialistes) pourrait se justifier. Cela même permettrait de renforcer le rôle de médecin référent des généralistes.
	Forte proportion d'opérations de la cataracte effectuées à l'hôpital, ce qui peut signaler une mauvaise allocation des ressources entre les secteurs	Moins de médecins et d'infirmiers mais plus d'étudiants en médecine	Plus de consultations de médecins par habitant		Réglementation moins stricte des prix des prestataires mais plus de réglementation des ressources médicales. Moindre établissement des priorités	Améliorer la production de données internationalement comparables sur la qualité des soins médicaux
	Coûts administratifs bas	Très bas niveau de rémunération relatif des professionnels de santé		Forte part des médicaments	Peu de décentralisation mais un certain chevauchement dans l'attribution des responsabilités entre les niveaux d'administration publique	Un renforcement de l'établissement des priorités peut aussi contribuer à une meilleure répartition des dépenses de santé entre les soins ambulatoires, préventifs et hospitaliers

Tableau 4.5. **Principales caractéristiques ressortant des comparaisons à l'intérieur des groupes** (suite)

	Efficience et qualité	Prix et ressources physiques	Activité et consommation	Composition du financement et des dépenses	Politiques et institutions	Points faibles et défauts de cohérence des politiques ressortant des indicateurs
Irlande	Bas score AED mais haut score d'équité	Dépenses par habitant légèrement au-dessus de la moyenne		Rôle important des impôts et de l'assurance privée dans le financement	Panier de biens et services plus limité dans la couverture médicale de base (les soins primaires dans le secteur ambulatoire, les lunettes et les soins dentaires ne sont pas couverts)	Le système de santé irlandais est en transition, aussi bien du point de vue des politiques que des ressources médicales (moins de médecins mais plus d'étudiants). Les réglementations des prix, des effectifs de médecins et de la gestion des hôpitaux restent plus strictes que dans la plupart des autres pays de ce groupe malgré un rôle croissant des mécanismes de marché
	Signaux mitigés pour l'efficience des soins hospitaliers aigus	Moins de lits de soins aigus. Plus d'infirmiers et d'étudiants en médecine	Moins de sorties d'hôpital	Pas d'ensemble complet de données internationalement comparables pour ventiler les dépenses par sous-secteur	Plus de choix parmi les prestataires, recours faible au système de médecin référent et moins de signaux de prix pour les usagers	
	Scores mitigés pour la qualité des soins ambulatoires et de prévention				Moins d'offre de soins privée (en particulier pour les soins ambulatoires) et plus de réglementation des personnels et des équipements	
	Pas de données sur les coûts administratifs				Moindre établissement des priorités, plus de réglementation des prix payés par les tiers payeurs, pas de décentralisation	Un meilleur établissement des priorités pourrait favoriser l'efficience dans l'allocation des ressources. Il serait souhaitable de produire des données internationalement comparables sur la répartition des dépenses de santé entre les secteurs et sur les coûts administratifs

Tableau 4.5. **Principales caractéristiques ressortant des comparaisons à l'intérieur des groupes** (suite)

	Efficience et qualité	Prix et ressources physiques	Activité et consommation	Composition du financement et des dépenses	Politiques et institutions	Points faibles et défauts de cohérence des politiques ressortant des indicateurs
Italie	Haut score AED, taux de mortalité évitable bas et faibles inégalités d'état de santé			Rôle important des impôts dans le financement		
	Signaux mitigés pour l'efficience des soins hospitaliers aigus	Plus de médecins et d'étudiants en médecine ; moins d'infirmiers	Un peu moins de sorties d'hôpital par habitant	Plus forte part des soins hospitaliers	Moins d'offre de soins privée (en particulier pour les services des spécialistes) et moins d'information sur la qualité et les prix des services	Des stratégies pour accroître l'efficience dans le secteur hospitalier devraient être établies. La publication d'informations sur la qualité et les prix des services et une réforme des modes de rémunération des spécialistes hospitaliers sont des options envisageables
	Assez haute qualité des soins ambulatoires et de prévention	Moins de lits de soins aigus par habitant mais plus d'équipements de haute technologie			Système de médecin référent plus strict et plus de choix parmi les prestataires	
	Coûts administratifs bas				Faible cohérence de l'attribution des responsabilités entre les niveaux d'administration publique. Plus de réglementation des prix des prestataires et des ressources médicales	Des efforts pour une plus grande cohérence dans l'allocation des ressources entre les niveaux d'administration publique pourraient contribuer à accroître l'efficience des dépenses

Tableau 4.5. **Principales caractéristiques ressortant des comparaisons à l'intérieur des groupes** (suite)

	Efficience et qualité	Prix et ressources physiques	Activité et consommation	Composition du financement et des dépenses	Politiques et institutions	Points faibles et défauts de cohérence des politiques ressortant des indicateurs
Norvège	Haut score AED, taux de mortalité évitable plus bas et moindres inégalités d'état de santé	Les dépenses par habitant sont très supérieures à la moyenne de l'OCDE		Rôle important des impôts dans le financement	Moindre champ de couverture de l'assurance de base (les soins dentaires et les lunettes ne sont pas remboursés)	Examiner les causes du nombre relativement élevé de sorties d'hôpital et si le très grand nombre de médecins et d'infirmiers par habitant correspond à des besoins médicaux
	Grande efficience des soins hospitaliers	Moins de lits de soins aigus par habitant	Plus de sorties d'hôpital par habitant	Forte part des soins hospitaliers	À la fois plus de choix parmi les prestataires et recours à un système de médecin référent plus strict	
	Signaux mitigés sur la qualité des soins ambulatoires et de prévention	Grand nombre de médecins par habitant et très grand nombre d'infirmiers			Plus d'offre de soins privée que la moyenne du groupe et plus d'information sur la qualité des services	
	Coûts administratifs bas	Bas niveau de revenu relatif des infirmiers et des spécialistes			Plus de décentralisation mais plus grande cohérence entre les niveaux d'administration publique. Meilleur établissement des priorités	

Tableau 4.5. **Principales caractéristiques ressortant des comparaisons à l'intérieur des groupes** (suite)

	Efficience et qualité	Prix et ressources physiques	Activité et consommation	Composition du financement et des dépenses	Politiques et institutions	Points faibles et défauts de cohérence des politiques ressortant des indicateurs
Nouvelle-Zélande	Score AED moyen et taux de mortalité évitable plus bas mais plus grandes inégalités d'état de santé	Dépenses de santé par habitant au-dessous de la moyenne		Rôle important des impôts dans le financement	Plus grand recours à l'assurance privée au-delà de la couverture médicale de base	Examiner les causes des fortes inégalités d'état de santé
	Assez bas scores d'efficience dans le secteur des soins aigus	Moins de médecins par habitant et moins d'étudiants en médecine	Moins de sorties d'hôpital par habitant	Assez faible part des paiements à la charge des patients	Moins de choix parmi les prestataires	Examiner les causes des performances assez faibles des secteurs hospitalier et ambulatoire. Il conviendrait de considérer le degré de choix à la disposition des usagers parmi les prestataires et les systèmes de rémunération des médecins et hôpitaux (en particulier la meilleure combinaison d'éléments fixes ou dépendant de l'activité)
	Signaux mitigés sur la qualité des soins ambulatoires et de prévention	Moins d'équipements de haute technologie par habitant	Moins de consultations par habitant	Forte part des soins ambulatoires et faible part des médicaments	Plus d'information sur la qualité des services	La forte part de dépenses du secteur ambulatoire malgré le faible nombre de consultations de médecins est frappante
	Coûts administratifs très élevés	Haut niveau de revenu relatif des infirmiers				Examiner les options pour réduire les coûts administratifs

Tableau 4.5. **Principales caractéristiques ressortant des comparaisons à l'intérieur des groupes** (suite)

	Efficience et qualité	Prix et ressources physiques	Activité et consommation	Composition du financement et des dépenses	Politiques et institutions	Points faibles et défauts de cohérence des politiques ressortant des indicateurs
Pologne	Score AED supérieur à la moyenne mais taux de mortalité évitable et inégalités d'état de santé plus élevés	Faibles dépenses de santé par habitant et en proportion du PIB		Faible part du financement public	Plus grande générosité de la couverture médicale de base. Mécanismes de marché très limités sur le marché de l'assurance	Le système polonais recourt davantage à la fois à des mécanismes de marché et à des réglementations pour orienter l'offre de services de santé. Il conviendrait d'examiner les causes des fortes inégalités d'état de santé
	Moindre durée de séjour dans le secteur des soins hospitaliers aigus	Plus de lits de soins aigus par habitant	Plus de sorties d'hôpital par habitant	Paiements élevés à la charge des patients	Plus d'offre de soins privée et d'incitations au volume mais aussi plus de réglementation des prix des prestataires et moins d'information sur la qualité et les prix des services	
	Faible qualité des soins ambulatoires mesurée par le nombre d'admissions à l'hôpital évitables	Moins de médecins, d'infirmiers et d'étudiants en médecine		Forte part des médicaments	Plus de choix parmi les prestataires et moindre recours au système de médecin référent	Concevoir des stratégies pour améliorer la qualité des soins ambulatoires. L'incorporation de certains éléments de paiement à l'acte dans le système de capitation existant pour les généralistes pourrait être une option
	Coûts administratifs bas	Prix bas			Moins de réglementation des personnels et équipements médicaux	Des efforts pour une plus grande cohérence dans l'allocation des ressources entre les niveaux d'administration publique pourraient contribuer à accroître l'efficience des dépenses

Tableau 4.5. **Principales caractéristiques ressortant des comparaisons à l'intérieur des groupes** (suite)

	Efficience et qualité	Prix et ressources physiques	Activité et consommation	Composition du financement et des dépenses	Politiques et institutions	Points faibles et défauts de cohérence des politiques ressortant des indicateurs
Royaume-Uni	Score AED inférieur à la moyenne	Dépenses par habitant proches de la moyenne		Rôle important des impôts dans le financement		La quantité et la qualité des services de santé restent inférieures à la moyenne de l'OCDE alors que les niveaux de rémunération sont plus élevés. Un renforcement des pressions concurrentielles sur les prestataires pourrait contribuer à atténuer la tension des prix, par exemple en augmentant encore le choix à la disposition des usagers et en réformant les systèmes de rémunération
	Scores mitigés pour l'efficience des soins hospitaliers aigus	Moins de lits de soins aigus par habitant et d'équipements de haute technologie	Moins de sorties d'hôpital par habitant		Choix parmi les prestataires plus restreint	
	Signaux mitigés sur la qualité des soins ambulatoires et de prévention	Moins de médecins par habitant	Moins de consultations de médecins par habitant			
	Pas de données internationalement comparables sur les coûts administratifs	Haut niveau de revenu relatif des professionnels de la santé		Faibles paiements à la charge des patients	Fort établissement des priorités mais faible cohérence de l'attribution des responsabilités entre les niveaux d'administration publique	Des efforts pour une plus grande cohérence dans l'attribution des responsabilités entre les organes publics pourraient contribuer à accroître l'efficience des dépenses. Améliorer la production de données comparables sur la répartition des dépenses entre les sous-secteurs

Annexe 4.A1

Profils nationaux

Définition des indicateurs de santé présentés dans chaque fiche-pays

Dans certains cas, la comparabilité des données est très limitée. Ainsi, la définition des soins aigus diffère entre les pays et le faible nombre de consultations avec un médecin dans certains pays peut refléter le fait que les infirmières reçoivent souvent en première instance les patients. De la même façon, les statistiques sur le personnel de santé sont exprimées en nombre de personnes plutôt qu'en équivalent plein-temps. La définition des infirmières, des consultations, de l'offre et de l'utilisation des technologies médicales et des sorties d'hôpital varient aussi selon les pays. Les données concernent l'année 2007 ou la dernière année disponible. Pour plus de détails se reporter à OCDE (2009*a*).

Graphique A : Efficacité et qualité

Efficacité	Score d'efficacité obtenu par une analyse par enveloppement des données (AED) réalisée avec 2 inputs – les dépenses de santé et un indicateur composite de l'environnement socio-économique, de la consommation de fruits et légumes, de la consommation retardée d'alcool et de tabac – et l'espérance de vie à la naissance comme résultat.
Équité	Inverse de l'indicateur d'inégalité fondé sur la dispersion des taux de mortalité
Durée moyenne de séjour à l'hôpital :	
Ens. soins hospitaliers	Comprend les soins aigus, les soins psychiatriques et les soins de longue durée
Cancer colorectal	Cancer du colon, du rectum et de l'anus
Cancer des poumons	Cancer de la trachée, des bronches et des poumons
Cancer du sein	Cancer du sein
IAM	Infarctus aigu du myocarde
Fracture du fémur	Fracture du fémur
Taux d'occupation	Taux d'occupation des lits de soins aigus, % des lits disponibles
Taux de rotation	Taux de rotation pour les soins aigus - nombre de patients traités par lit disponible
Cataracte	Opérations de la cataracte - % réalisées en chirurgie de jour
Cons./médecin	Nombre de consultations par médecin
Coûts adminis.	Dépenses consacrées à l'administration - % des dépenses totales de santé
Taux de vaccination :	
DTC	Diphtérie, tétanos et coqueluche, enfants âgés de 2 ans
Rougeole	Enfants âgés de 2 ans
Grippe	Population âgée de 15 ans et plus
Taux d'admission à l'hôpital évitable :	
Asthme	Population âgée de 15 ans et plus
Bronchite	Maladies pulmonaires obstructives chroniques, population âgée de 15 ans et plus
Crise cardiaque	Population agée de 15 ans et plus
Taux de mortalité à 30 jours suivant l'admission à l'hôpital :	
IAM	Après un infarctus du myocarde, taux standardisé par âge et par sexe
AVC	Après un accident vasculaire cérébral, taux standardisé par âge et par sexe

Graphique B : Mortalité évitable par groupe de causes

La mortalité évitable se définit comme ces morts qui auraient pû être évitées si des soins efficaces avaient été prodigués à temps (pour plus de détails, voir l'encadré 1.1)

Total	Toutes causes confondues
Infectieuses	Maladies infectieuses
Cancers	Cancers
Endocriniennes	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
Nerveuses	Maladies du système nerveux
Circulatoires	Maladies du système circulatoire
Génitales	Maladies de l'appareil génital et urinaire
Respiratoires	Maladies du système respiratoire
Digestives	Maladies du système digestif
Périnatales	Mortalité périnatale

Graphique C : Ressources physiques et prix

Dépenses par tête	Dépenses totales de santé – par tête, en US$ PPA
Médecins	Médecins en activité – densité pour 1 000 habitants
Infirmières	Infirmiers en activité – densité pour 1 000 habitants
Étudiants	Étudiants en médecine – densité pour 100 000 habitants
IRM	Unités d'imagerie par résonance magnétique – par million d'habitants
Scanners	Scanners – par million d'habitants
Lits d'hôpital	Nombre de lits de soins aigus pour 1 000 habitants
Rém. infirmières	Rémunération des infirmières salariées, en milieu hospitalier – revenu rapporté au PIB par habitant
Rém. généralistes	Rémunération des médecins généralistes libéraux ou salariés – revenu rapporté au PIB par habitant
Rém. spécialistes	Rémunération des médecins spécialistes libéraux ou salariés – revenu rapporté au PIB par habitant
Prix soins médicaux	Prix relatifs des soins médicaux par rapport au PIB, PPA 2005

Graphique D : Activité et consommation médicales

Dépenses/PIB	Dépenses totales de santé – en % du PIB
Consultations	Consultations de médecins – nombre par habitant
Sorties d'hôpital	Sorties d'hôpital, toutes causes confondues – pour 100 000 habitants
Prothèses de hanche	Prothèses de hanche, nombre de procédures pour 100 000 habitants
Prothèses de genou	Prothèses de genou, nombre de procédures pour 100 000 habitants
Appendicites	Appendicectomies, nombre de procédures pour 100 000 habitants (avec hospitalisation)
Césariennes	Césariennes – pour 100 naissances vivantes
Antidépresseurs	Antidépresseurs – dose quotidienne définie pour 1 000 habitants
Anxiolitiques	Anxiolitiques – dose quotidienne définie pour 1 000 habitants
Analgésiques	Analgésiques – dose quotidienne définie pour 1 000 habitants
Anti-inflam.	Anti-inflammatoires, anti-rhumatismes – dose quotidienne définie pour 1 000 habitants
Antibiotiques	Antibiotiques – dose quotidienne définie pour 1 000 habitants
Cardiovasc.	Prescriptions cardiovasculaires – dose quotidienne définie pour 1 000 habitants
Antidiabétiques	Médicaments antidiabétiques – dose quotidienne définie pour 1 000 habitants

Graphique E : Financement et composition des dépenses (en pourcentage des dépenses totales)

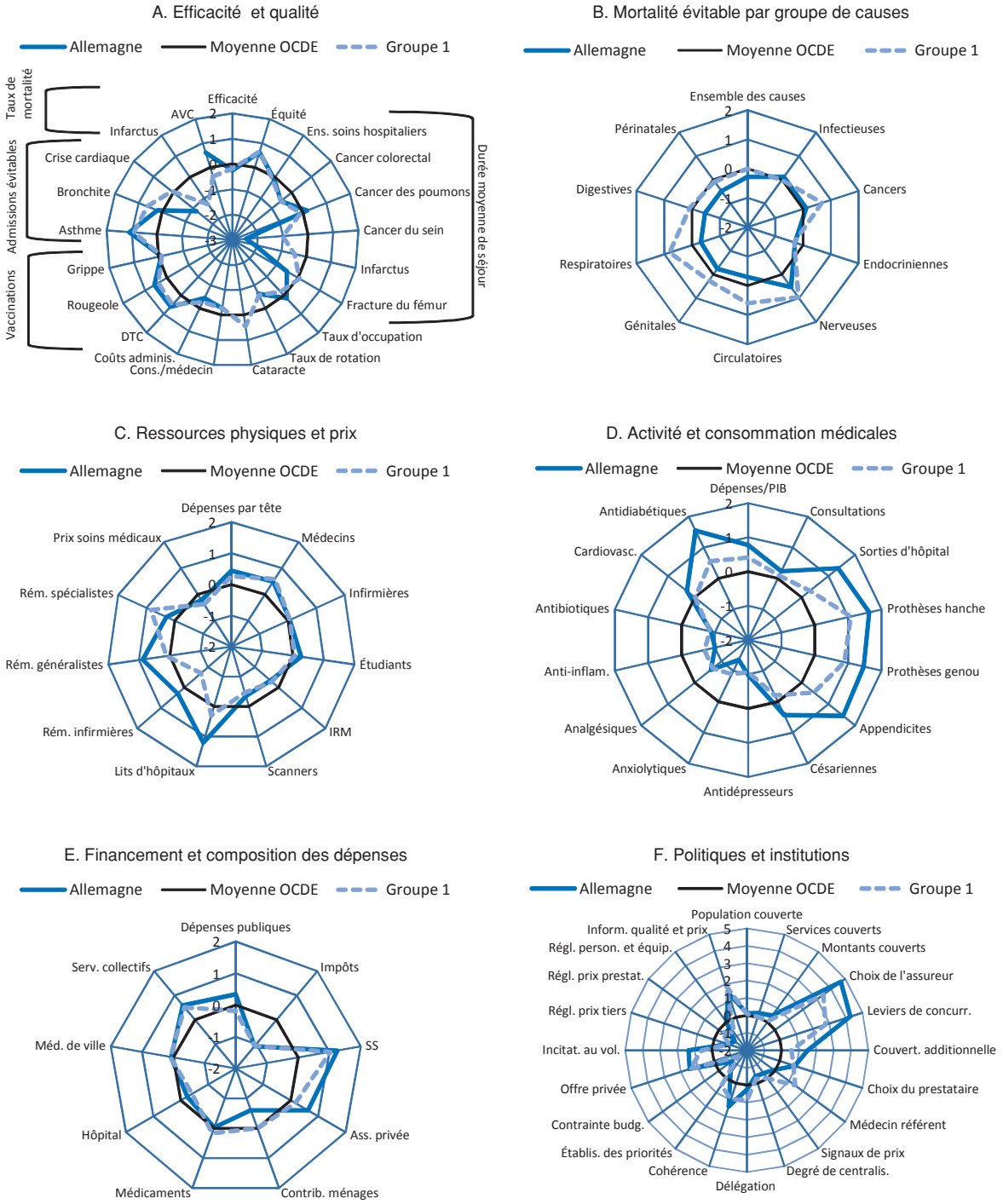
Dépenses publiques	Dépenses publiques
Impôts	Financement public, sécurité sociale exclue
SS	Financement par la sécurité sociale
Ass. privée	Financement par les assurances privées
Contrib. ménages	Financement par les ménages
Médicaments	Dépenses de produits médicaux
Méd de ville	Dépenses de soins ambulatoires
Hôpital	Dépenses de soins en milieu hospitalier
Serv. collectifs	Dépenses de services pour la collectivité (services administratifs et de santé publique)

Graphique F : Politiques et institutions

Population couverte	Largeur de la couverture – population couverte
Services couverts	Étendue de la couverture de base – services couverts
Montants couverts	Profondeur de la couverture – montants couverts
Choix de l'assureur	Choix de l'assureur par l'usager, couverture de base
Leviers de concurrence	Leviers de la concurrence sur le marché de l'assurance de base
Couvert. additionnelle	Couverture au-delà de l'assurance de base : forces du marché
Choix du prestataire	Choix du prestataire par les patients
Médecin référent	Système de médecin référent
Signaux de prix	Signaux de prix envoyés aux usagers
Décentralisation	Degré de décentralisation au profit des autorités infranationales
Délégation	Degré de délégation aux assureurs
Cohérence	Cohérence dans la répartition des responsabilités entre niveaux d'administration
Établis. des priorités	Établissement des priorités
Contrainte budg.	Rigueur de la contrainte budgétaire
Offre privée	Degré de prestation privée des services
Incitat. au vol.	Incitations au volume liées aux modes de paiement des prestataires
Régl. prix tiers	Réglementation des prix payés par les tiers payeurs
Régl. prix prestat.	Réglementation des prix facturés par les prestataires
Régl. personnel et équipement	Réglementation concernant le nombre et la rémunération des professionnels de la santé et les équipements
Inform. qualité et prix	Information des usagers sur la qualité et les prix des services médicaux

Allemagne : indicateurs de la santé

Groupe 1 : Allemagne, Pays-Bas, République slovaque, Suisse

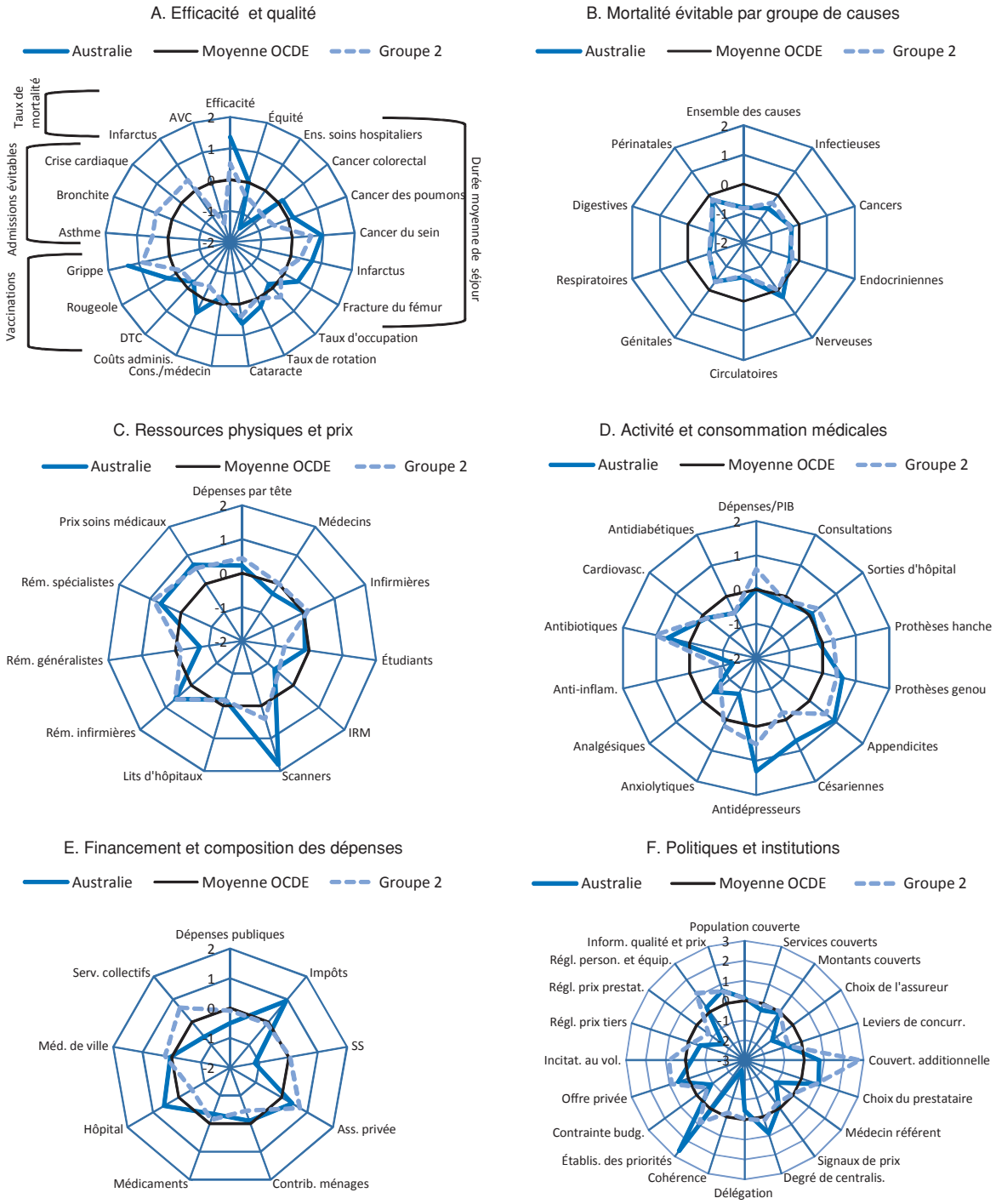


Note : Les groupes de pays sont le résultat d'une classification hiérarchique (ou analyse par clusters) réalisée sur les indicateurs institutionnels et de politique de santé. Dans tous les graphiques excepté le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays retenu est plus élevé que pour la moyenne de l'OCDE (par exemple, l'Allemagne a plus de lits d'hôpitaux que la moyenne des pays de l'OCDE). Dans le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le groupe ou le pays retenu enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE (par exemple, la part des coûts administratifs dans les dépenses totales de santé est supérieure en Allemagne à celle de la moyenne des pays de l'OCDE). Dans tous les graphiques excepté le graphique F, les points représentent les écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans le graphique F, les points représentent les simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 ; estimations de l'OCDE fondées sur Nolte et Mc Kee (2008).

Australie : indicateurs de la santé

Groupe 2 : Australie, Belgique, Canada, France



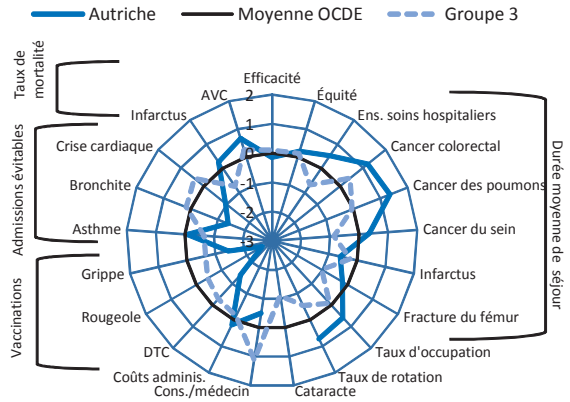
Note : Les groupes de pays sont le résultat d'une classification hiérarchique (ou analyse par clusters) réalisée sur les indicateurs institutionnels et de politique de santé. Dans tous les graphiques excepté le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays retenu est plus élevé que pour la moyenne de l'OCDE (par exemple, l'Allemagne a plus de lits d'hôpitaux que la moyenne des pays de l'OCDE). Dans le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le groupe ou le pays retenu enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE (par exemple, la part des coûts administratifs dans les dépenses totales de santé est supérieure en Allemagne à celle de la moyenne des pays de l'OCDE). Dans tous les graphiques excepté le graphique F, les points représentent les écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans le graphique F, les points représentent les simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 ; estimations de l'OCDE fondées sur Nolte et Mc Kee (2008).

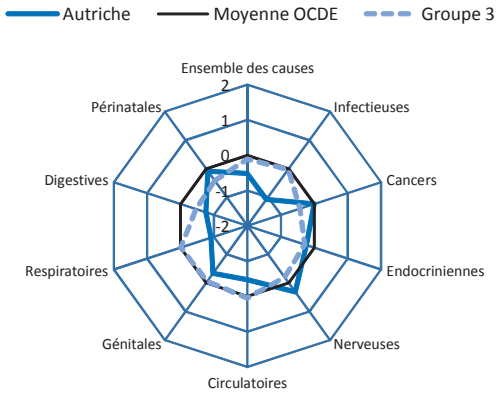
Autriche : indicateurs de la santé

Groupe 3 : Autriche, Corée, Grèce, Japon, Luxembourg, République tchèque

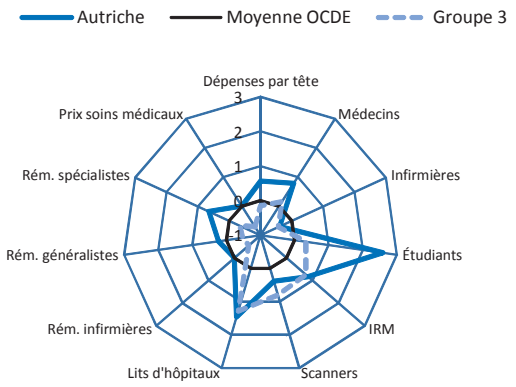
A. Efficacité et qualité



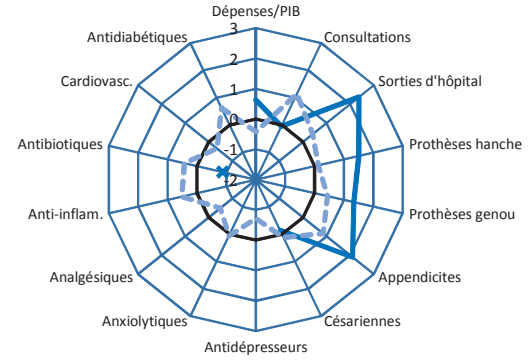
B. Mortalité évitable par groupe de causes



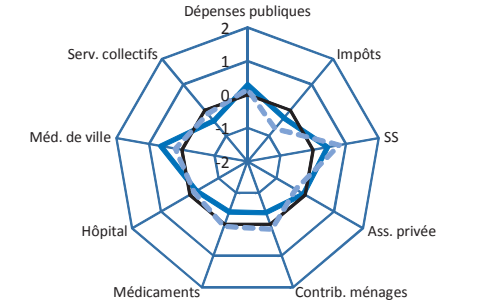
C. Ressources physiques et prix



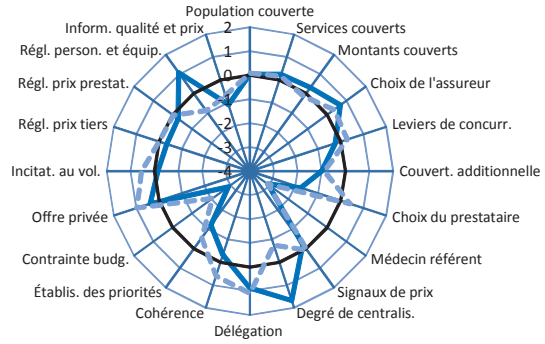
D. Activité et consommation médicales



E. Financement et composition des dépenses



F. Politiques et institutions



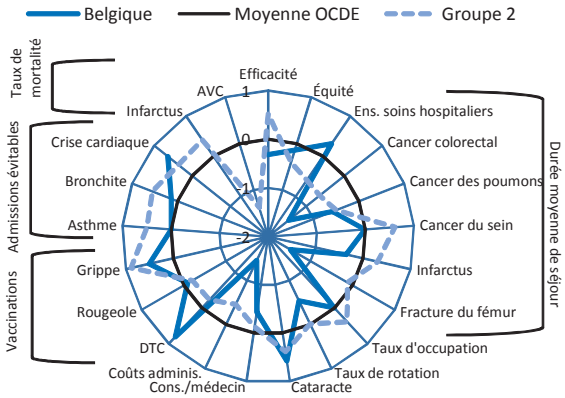
Note : Les groupes de pays sont le résultat d'une classification hiérarchique (ou analyse par clusters) réalisée sur les indicateurs institutionnels et de politique de santé. Dans tous les graphiques excepté le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays retenu est plus élevé que pour la moyenne de l'OCDE (par exemple, l'Allemagne a plus de lits d'hôpitaux que la moyenne des pays de l'OCDE). Dans le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le groupe ou le pays retenu enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE (par exemple, la part des coûts administratifs dans les dépenses totales de santé est supérieure en Allemagne à celle de la moyenne des pays de l'OCDE). Dans tous les graphiques excepté le graphique F, les points représentent les écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans le graphique F, les points représentent les simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 ; estimations de l'OCDE fondées sur Nolte et Mc Kee (2008).

Belgique : indicateurs de la santé

Groupe 2 : Australie, Belgique, Canada, France

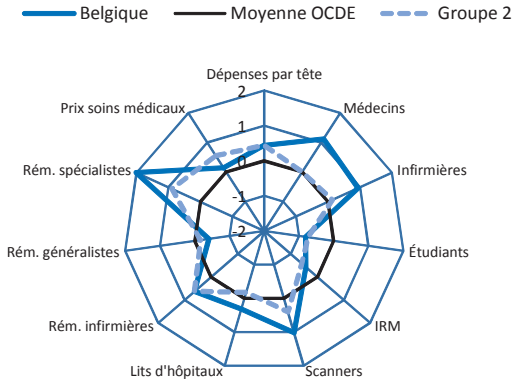
A. Efficacité et qualité



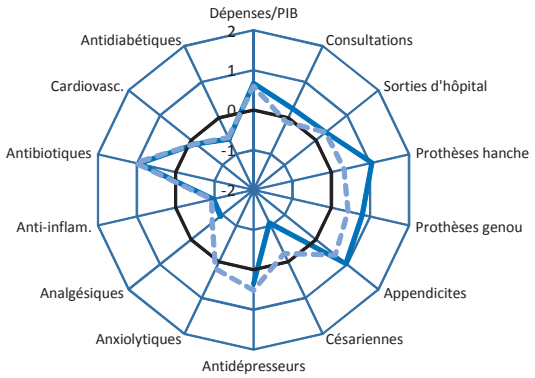
B. Mortalité évitable par groupe de causes

Données non disponibles

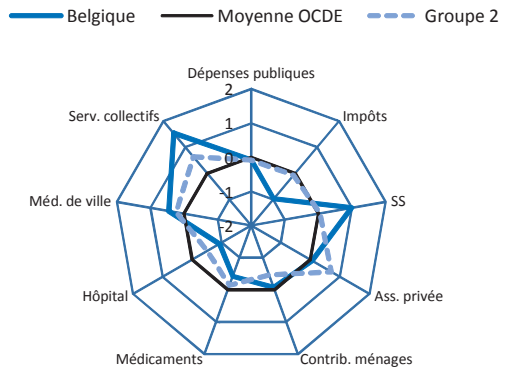
C. Ressources physiques et prix



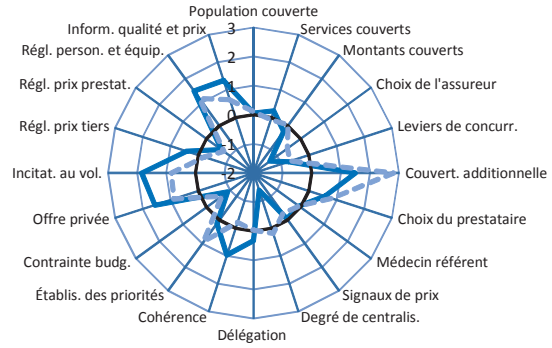
D. Activité et consommation médicales



E. Financement et composition des dépenses



F. Politiques et institutions

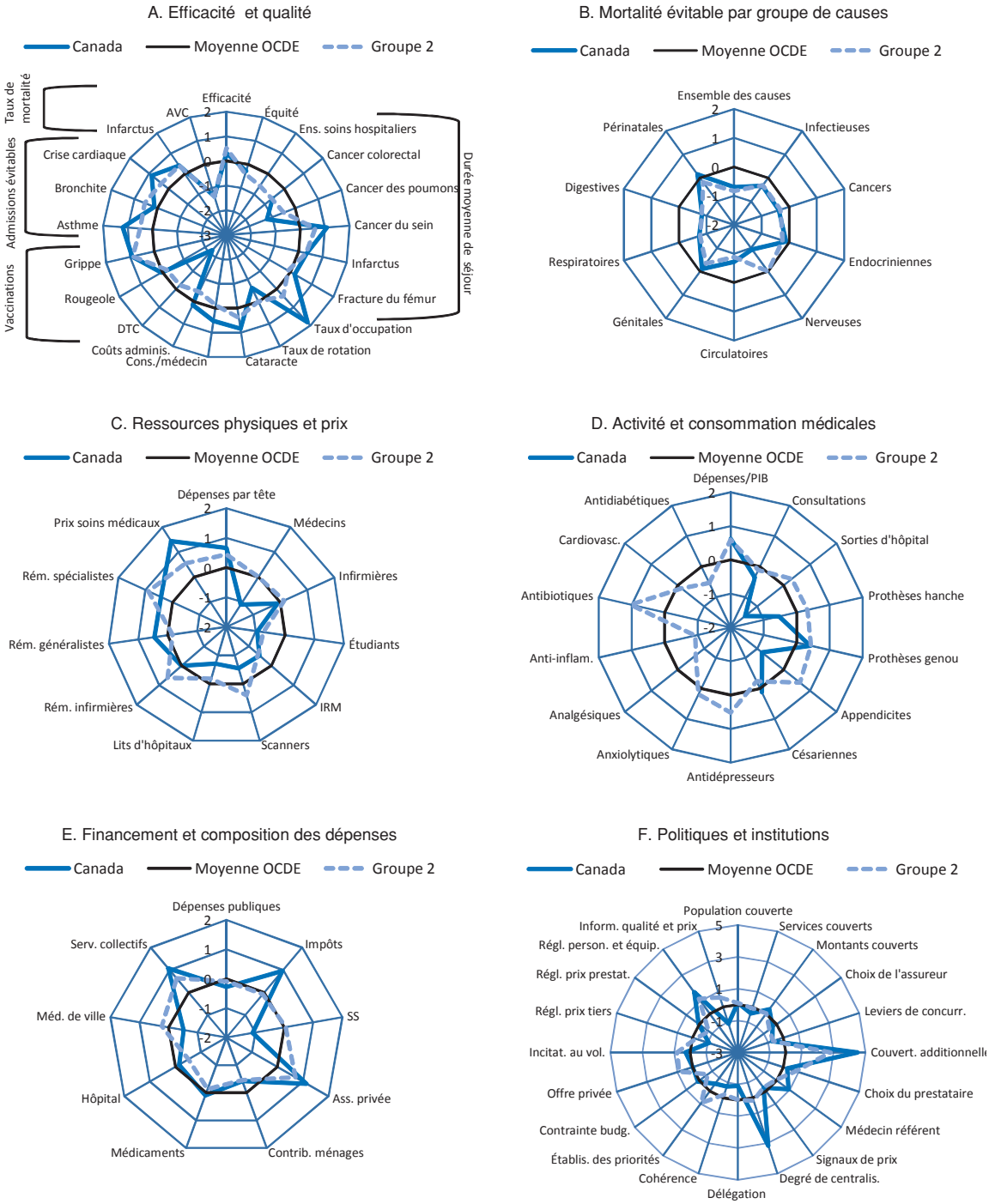


Note : Les groupes de pays sont le résultat d'une classification hiérarchique (ou analyse par clusters) réalisée sur les indicateurs institutionnels et de politique de santé. Dans tous les graphiques excepté le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays retenu est plus élevé que pour la moyenne de l'OCDE (par exemple, l'Allemagne a plus de lits d'hôpitaux que la moyenne des pays de l'OCDE). Dans le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le groupe ou le pays retenu enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE (par exemple, la part des coûts administratifs dans les dépenses totales de santé est supérieure en Allemagne à celle de la moyenne des pays de l'OCDE). Dans tous les graphiques excepté le graphique F, les points représentent les écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans le graphique F, les points représentent les simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 ; estimations de l'OCDE fondées sur Nolte et Mc Kee (2008).

Canada : indicateurs de la santé

Groupe 2 : Australie, Belgique, Canada, France



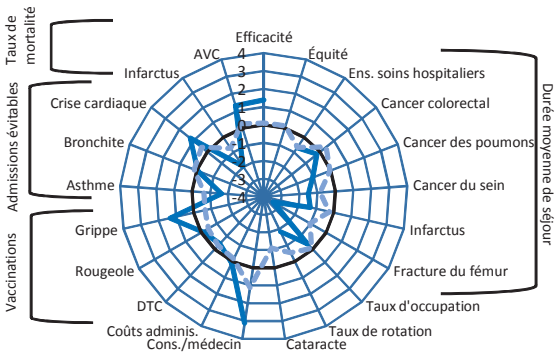
Note : Les groupes de pays sont le résultat d'une classification hiérarchique (ou analyse par clusters) réalisée sur les indicateurs institutionnels et de politique de santé. Dans tous les graphiques excepté le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays retenu est plus élevé que pour la moyenne de l'OCDE (par exemple, l'Allemagne a plus de lits d'hôpitaux que la moyenne des pays de l'OCDE). Dans le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le groupe ou le pays retenu enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE (par exemple, la part des coûts administratifs dans les dépenses totales de santé est supérieure en Allemagne à celle de la moyenne des pays de l'OCDE). Dans tous les graphiques excepté le graphique F, les points représentent les écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans le graphique F, les points représentent les simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 ; estimations de l'OCDE fondées sur Nolte et Mc Kee (2008).

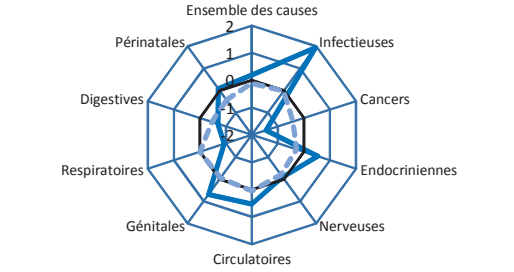
Corée : indicateurs de la santé

Groupe 3 : Autriche, Corée, Grèce, Japon, Luxembourg, République tchèque

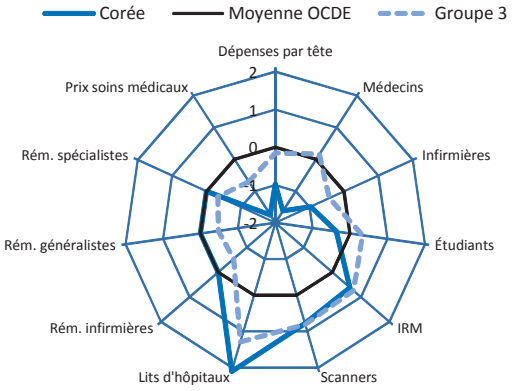
A. Efficacité et qualité



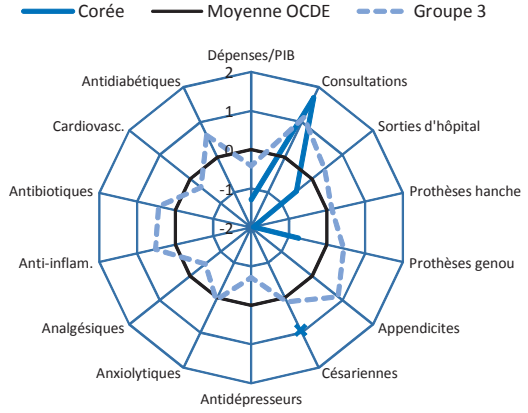
B. Mortalité évitable par groupe de causes



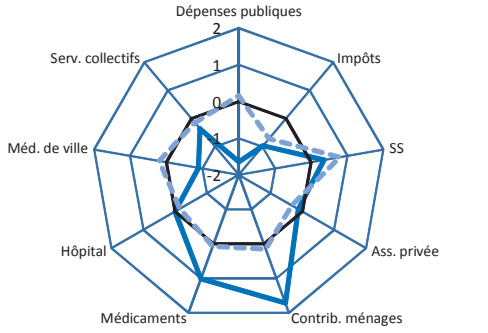
C. Ressources physiques et prix



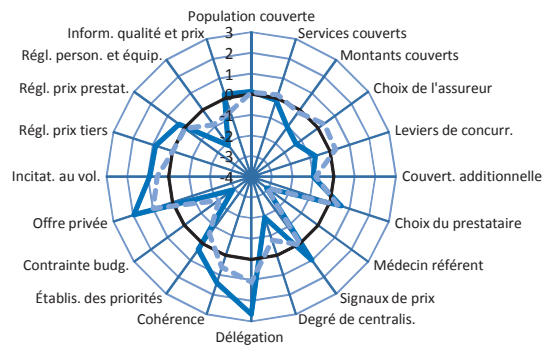
D. Activité et consommation médicales



E. Financement et composition des dépenses



F. Politiques et institutions

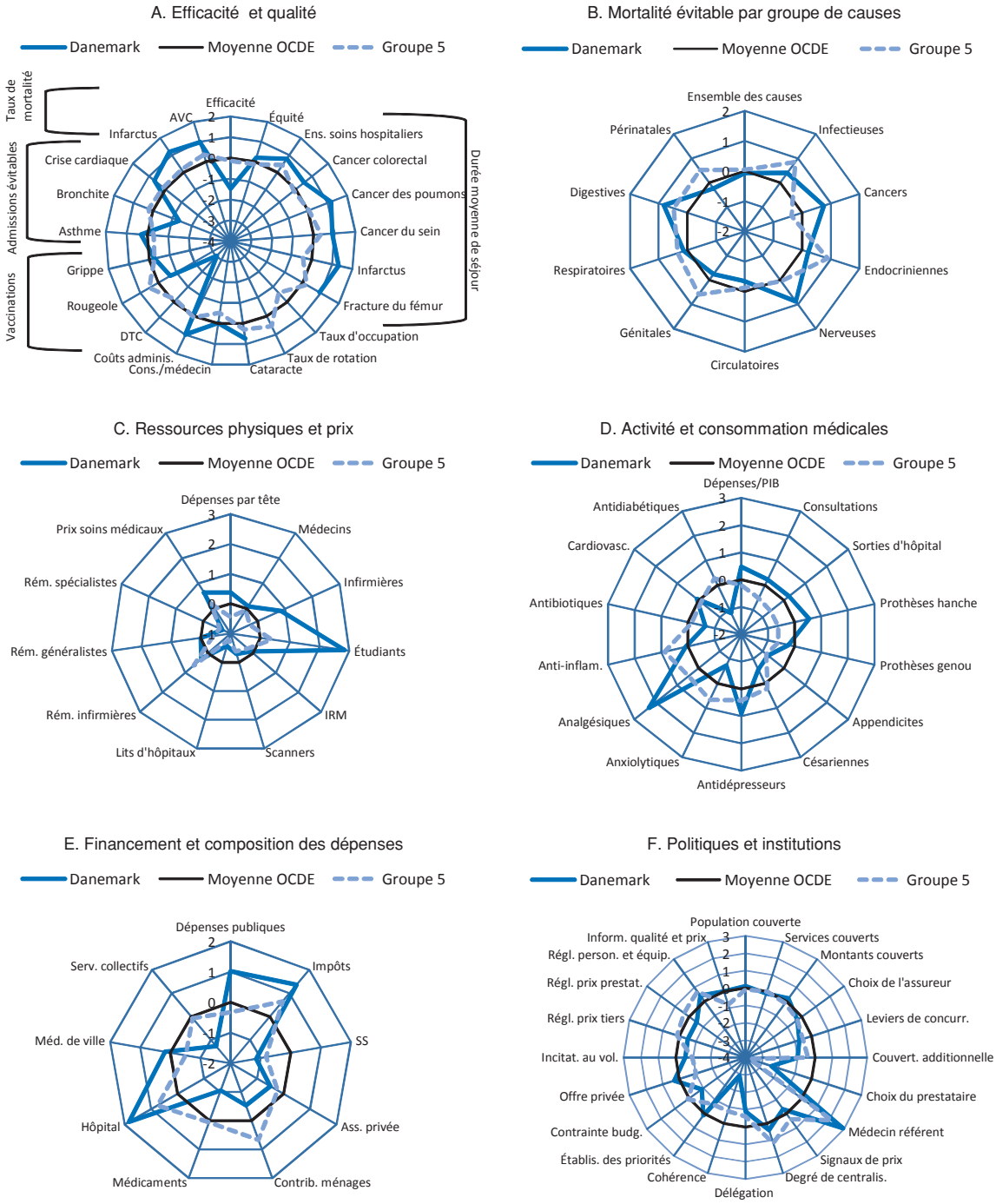


Note : Les groupes de pays sont le résultat d'une classification hiérarchique (ou analyse par clusters) réalisée sur les indicateurs institutionnels et de politique de santé. Dans tous les graphiques excepté le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays retenu est plus élevé que pour la moyenne de l'OCDE (par exemple, l'Allemagne a plus de lits d'hôpitaux que la moyenne des pays de l'OCDE). Dans le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le groupe ou le pays retenu enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE (par exemple, la part des coûts administratifs dans les dépenses totales de santé est supérieure en Allemagne à celle de la moyenne des pays de l'OCDE). Dans tous les graphiques excepté le graphique F, les points représentent les écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans le graphique F, les points représentent les simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 ; estimations de l'OCDE fondées sur Nolte et Mc Kee (2008).

Danemark : indicateurs de la santé

Groupe 5 : Danemark, Espagne, Finlande, Mexique, Portugal



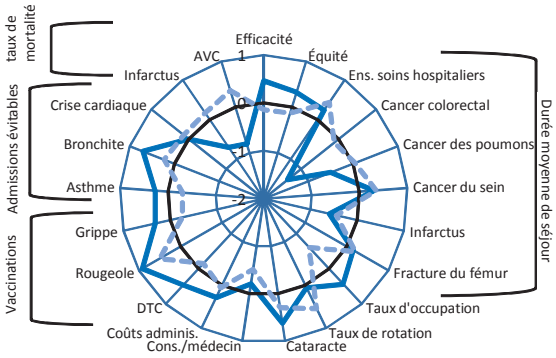
Note : Les groupes de pays sont le résultat d'une classification hiérarchique (ou analyse par clusters) réalisée sur les indicateurs institutionnels et de politique de santé. Dans tous les graphiques excepté le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays retenu est plus élevé que pour la moyenne de l'OCDE (par exemple, l'Allemagne a plus de lits d'hôpitaux que la moyenne des pays de l'OCDE). Dans le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le groupe ou le pays retenu enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE (par exemple, la part des coûts administratifs dans les dépenses totales de santé est supérieure en Allemagne à celle de la moyenne des pays de l'OCDE). Dans tous les graphiques excepté le graphique F, les points représentent les écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans le graphique F, les points représentent les simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 ; estimations de l'OCDE fondées sur Nolte et Mc Kee (2008).

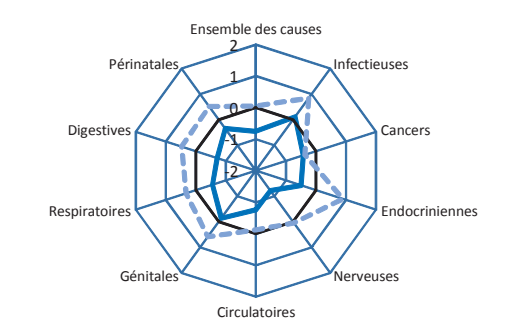
Espagne : indicateurs de la santé

Groupe 5 : Danemark, Espagne, Finlande, Mexique, Portugal

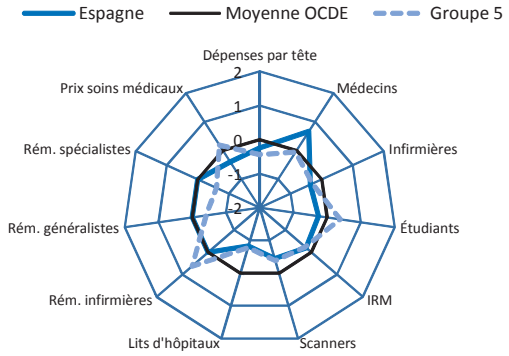
A. Efficacité et qualité



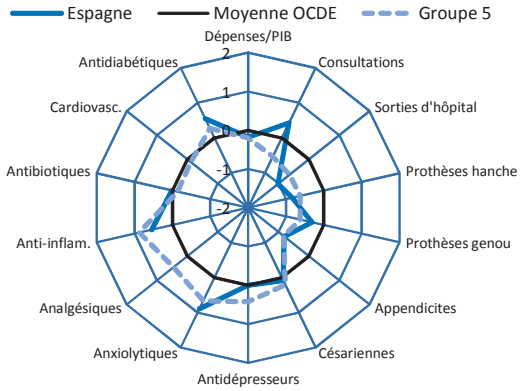
B. Mortalité évitable par groupe de causes



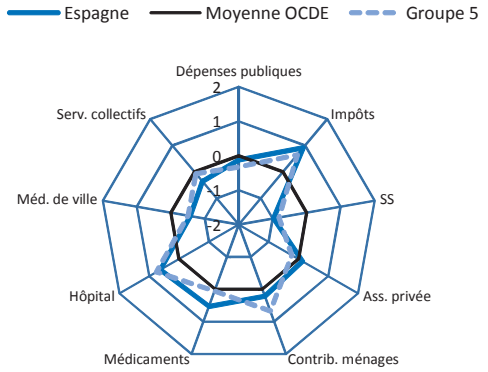
C. Ressources physiques et prix



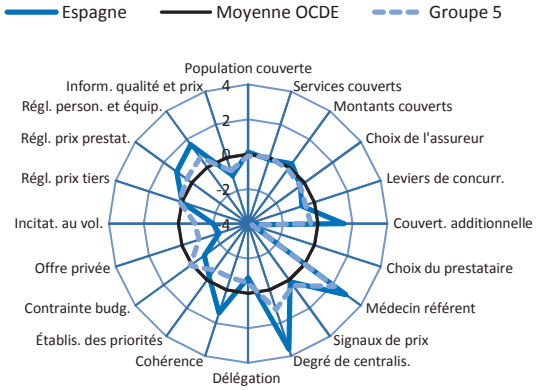
D. Activité et consommation médicales



E. Financement et composition des dépenses



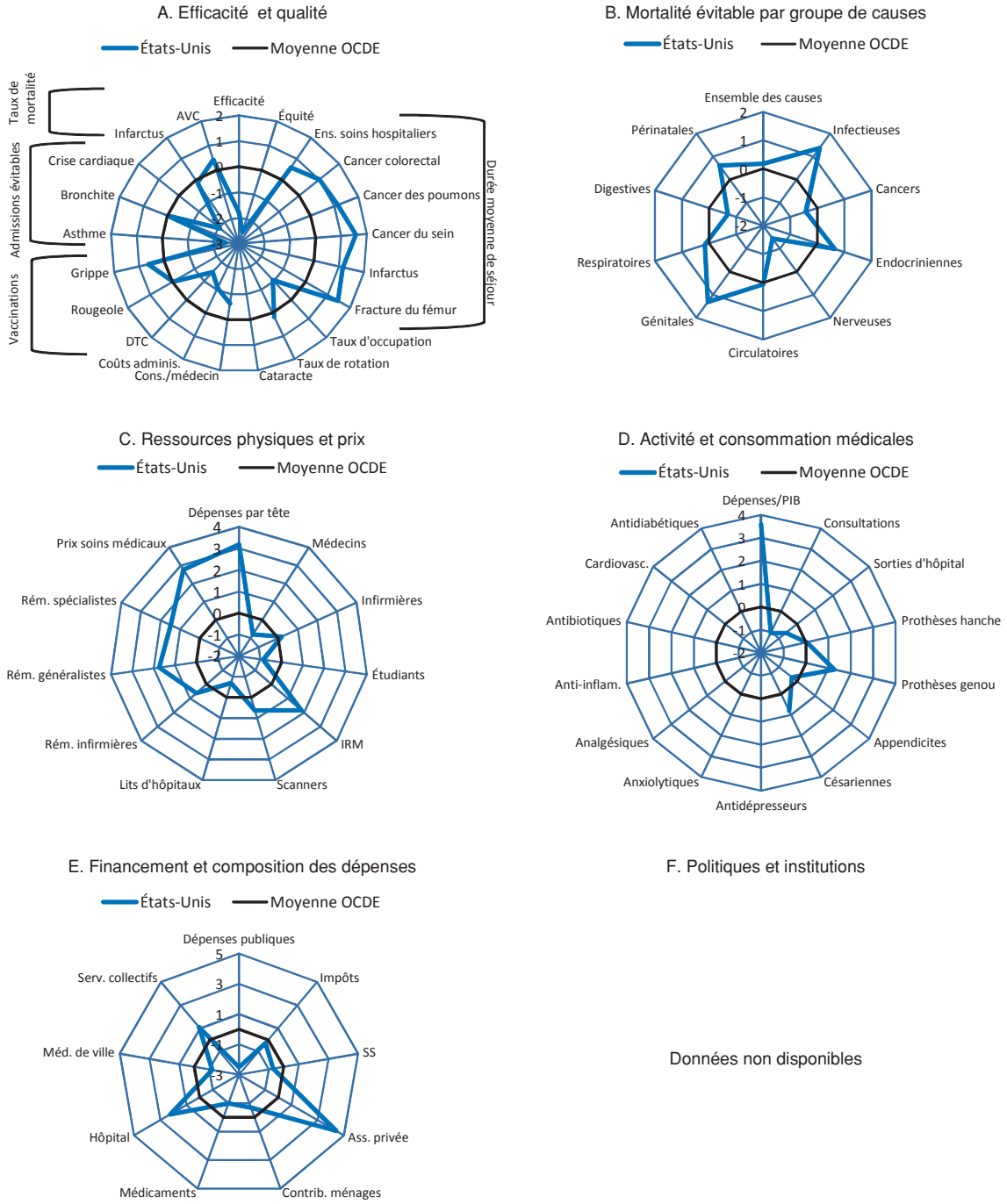
F. Politiques et institutions



Note : Les groupes de pays sont le résultat d'une classification hiérarchique (ou analyse par clusters) réalisée sur les indicateurs institutionnels et de politique de santé. Dans tous les graphiques excepté le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays retenu est plus élevé que pour la moyenne de l'OCDE (par exemple, l'Allemagne a plus de lits d'hôpitaux que la moyenne des pays de l'OCDE). Dans le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le groupe ou le pays retenu enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE (par exemple, la part des coûts administratifs dans les dépenses totales de santé est supérieure en Allemagne à celle de la moyenne des pays de l'OCDE). Dans tous les graphiques excepté le graphique F, les points représentent les écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans le graphique F, les points représentent les simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 ; estimations de l'OCDE fondées sur Nolte et Mc Kee (2008).

États-Unis : indicateurs de la santé



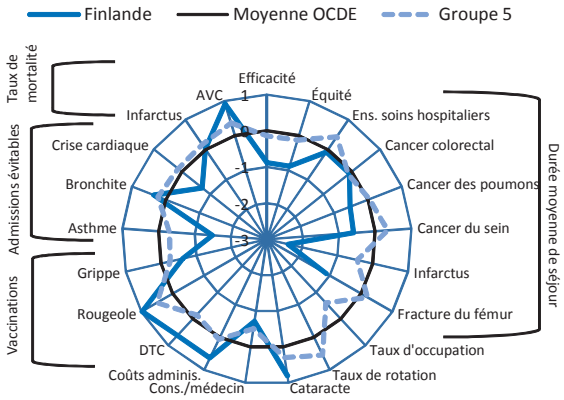
Note : Les groupes de pays sont le résultat d'une classification hiérarchique (ou analyse par clusters) réalisée sur les indicateurs institutionnels et de politique de santé. Dans tous les graphiques excepté le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays retenu est plus élevé que pour la moyenne de l'OCDE (par exemple, l'Allemagne a plus de lits d'hôpitaux que la moyenne des pays de l'OCDE). Dans le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le groupe ou le pays retenu enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE (par exemple, la part des coûts administratifs dans les dépenses totales de santé est supérieure en Allemagne à celle de la moyenne des pays de l'OCDE). Dans tous les graphiques excepté le graphique F, les points représentent les écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans le graphique F, les points représentent les simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 ; estimations de l'OCDE fondées sur Nolte et Mc Kee (2008).

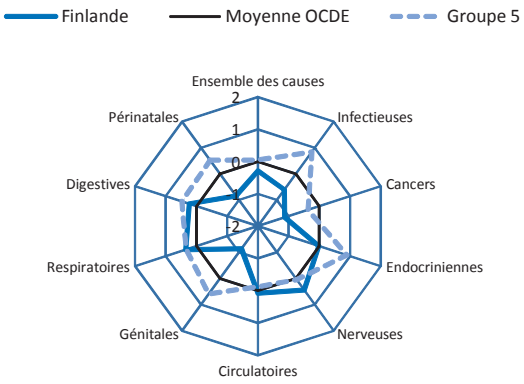
Finlande : indicateurs de la santé

Groupe 5 : Danemark, Espagne, Finlande, Mexique, Portugal

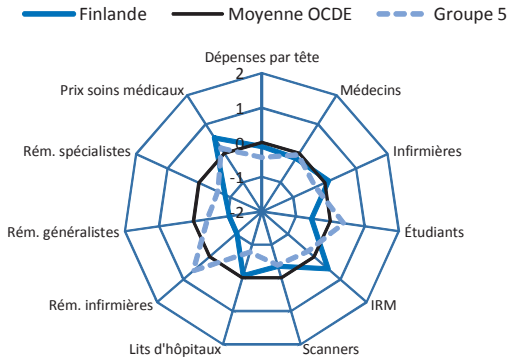
A. Efficacité et qualité



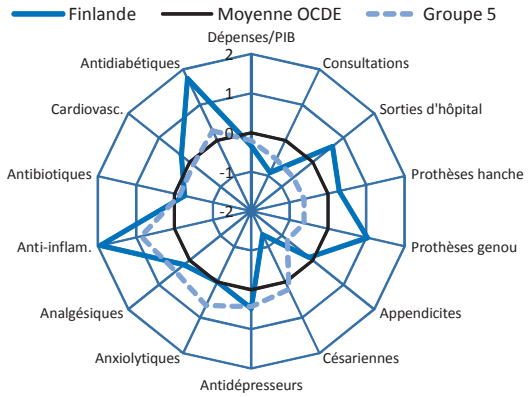
B. Mortalité évitable par groupe de causes



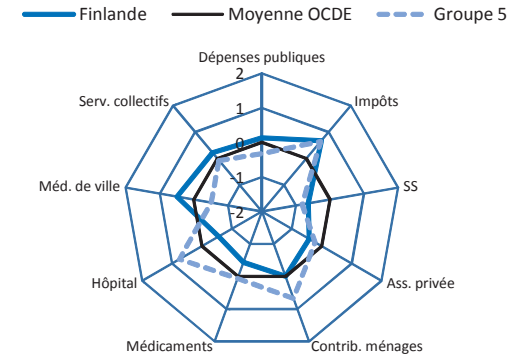
C. Ressources physiques et prix



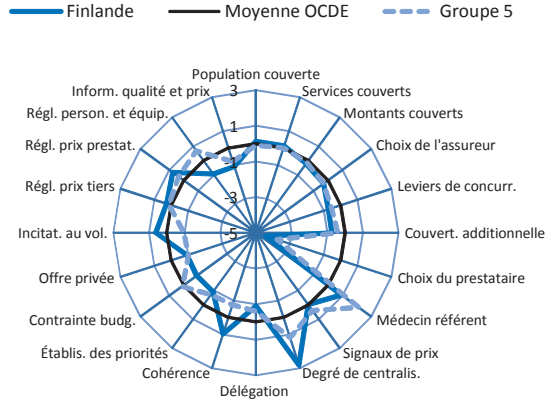
D. Activité et consommation médicales



E. Financement et composition des dépenses



F. Politiques et institutions

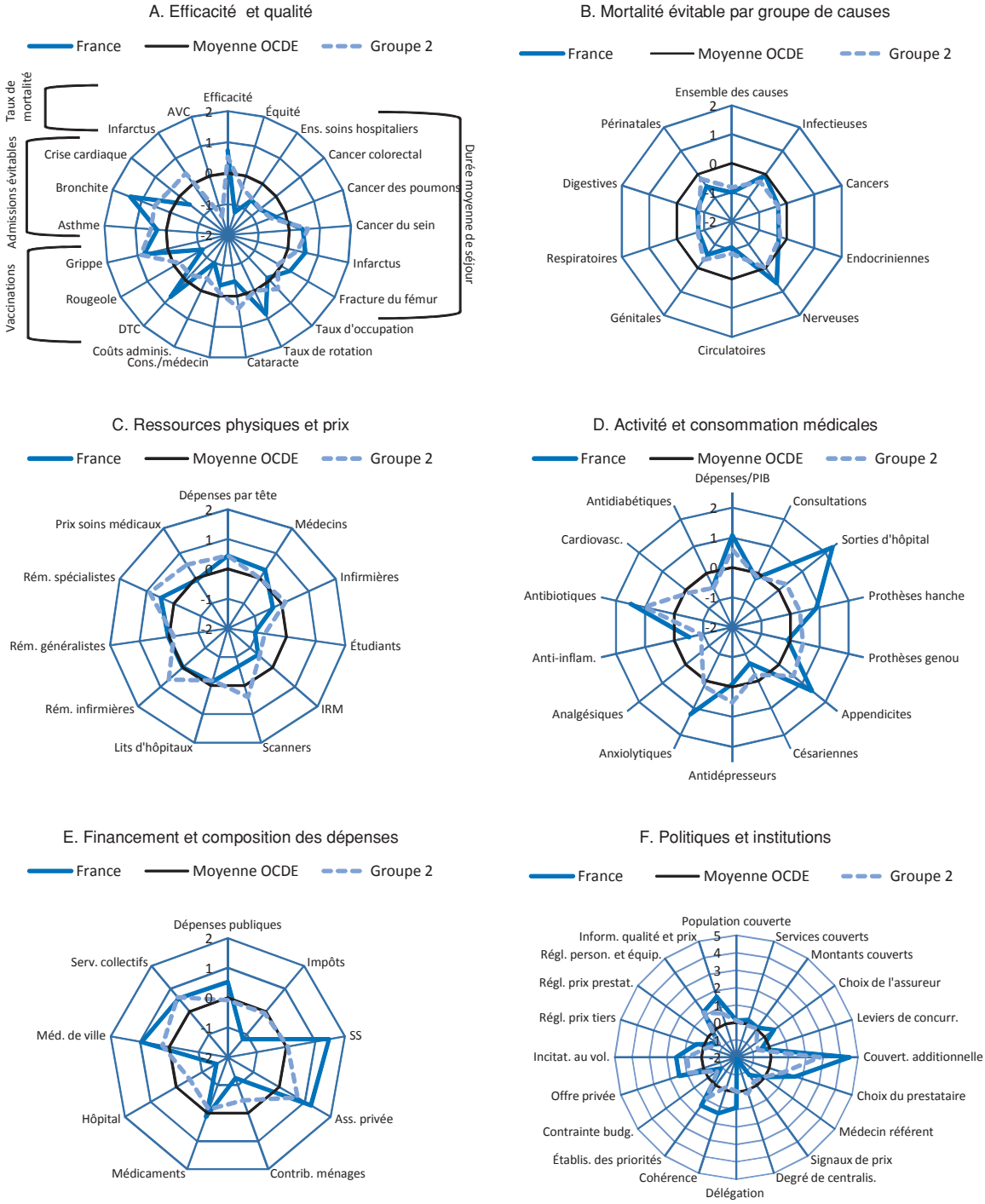


Note : Les groupes de pays sont le résultat d'une classification hiérarchique (ou analyse par clusters) réalisée sur les indicateurs institutionnels et de politique de santé. Dans tous les graphiques excepté le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays retenu est plus élevé que pour la moyenne de l'OCDE (par exemple, l'Allemagne a plus de lits d'hôpitaux que la moyenne des pays de l'OCDE). Dans le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le groupe ou le pays retenu enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE (par exemple, la part des coûts administratifs dans les dépenses totales de santé est supérieure en Allemagne à celle de la moyenne des pays de l'OCDE). Dans tous les graphiques excepté le graphique F, les points représentent les écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans le graphique F, les points représentent les simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 ; estimations de l'OCDE fondées sur Nolte et Mc Kee (2008).

France : indicateurs de la santé

Groupe 2 : Australie, Belgique, Canada, France



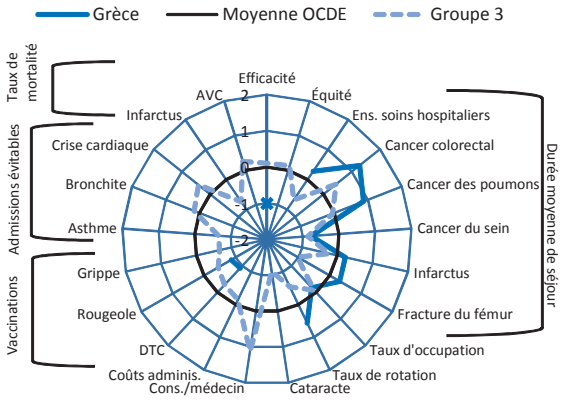
Note : Les groupes de pays sont le résultat d'une classification hiérarchique (ou analyse par clusters) réalisée sur les indicateurs institutionnels et de politique de santé. Dans tous les graphiques excepté le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays retenu est plus élevé que pour la moyenne de l'OCDE (par exemple, l'Allemagne a plus de lits d'hôpitaux que la moyenne des pays de l'OCDE). Dans le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le groupe ou le pays retenu enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE (par exemple, la part des coûts administratifs dans les dépenses totales de santé est supérieure en Allemagne à celle de la moyenne des pays de l'OCDE). Dans tous les graphiques excepté le graphique F, les points représentent les écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans le graphique F, les points représentent les simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 ; estimations de l'OCDE fondées sur Nolte et Mc Kee (2008).

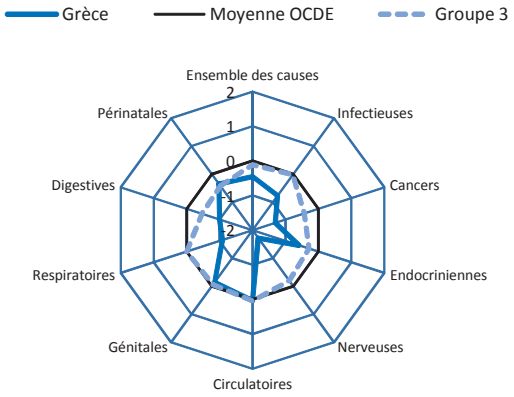
Grèce : indicateurs de la santé

Groupe 3 : Autriche, Corée, Grèce, Japon, Luxembourg, République tchèque

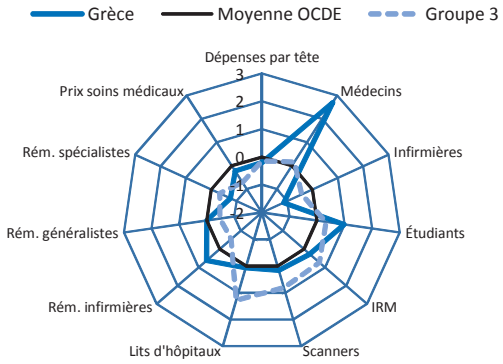
A. Efficacité et qualité



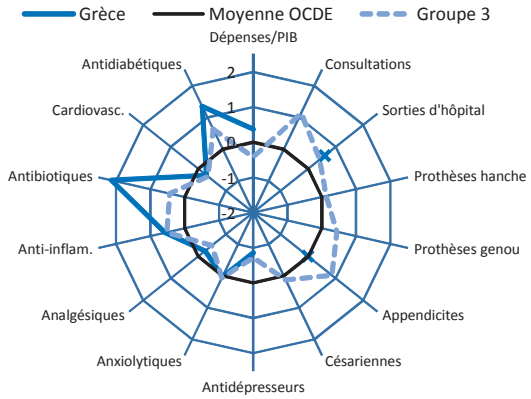
B. Mortalité évitable par groupe de causes



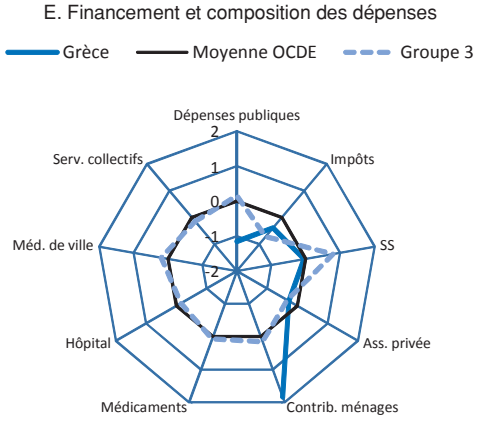
C. Ressources physiques et prix



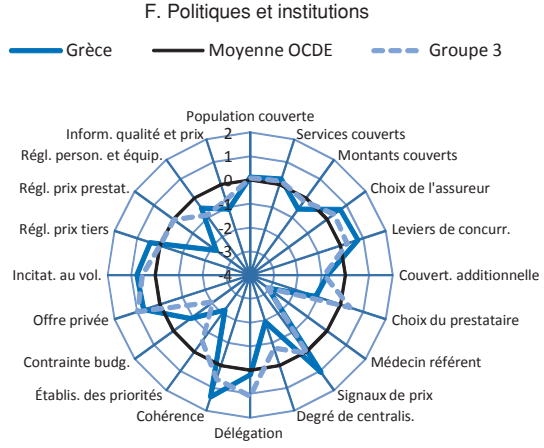
D. Activité et consommation médicales



E. Financement et composition des dépenses



F. Politiques et institutions

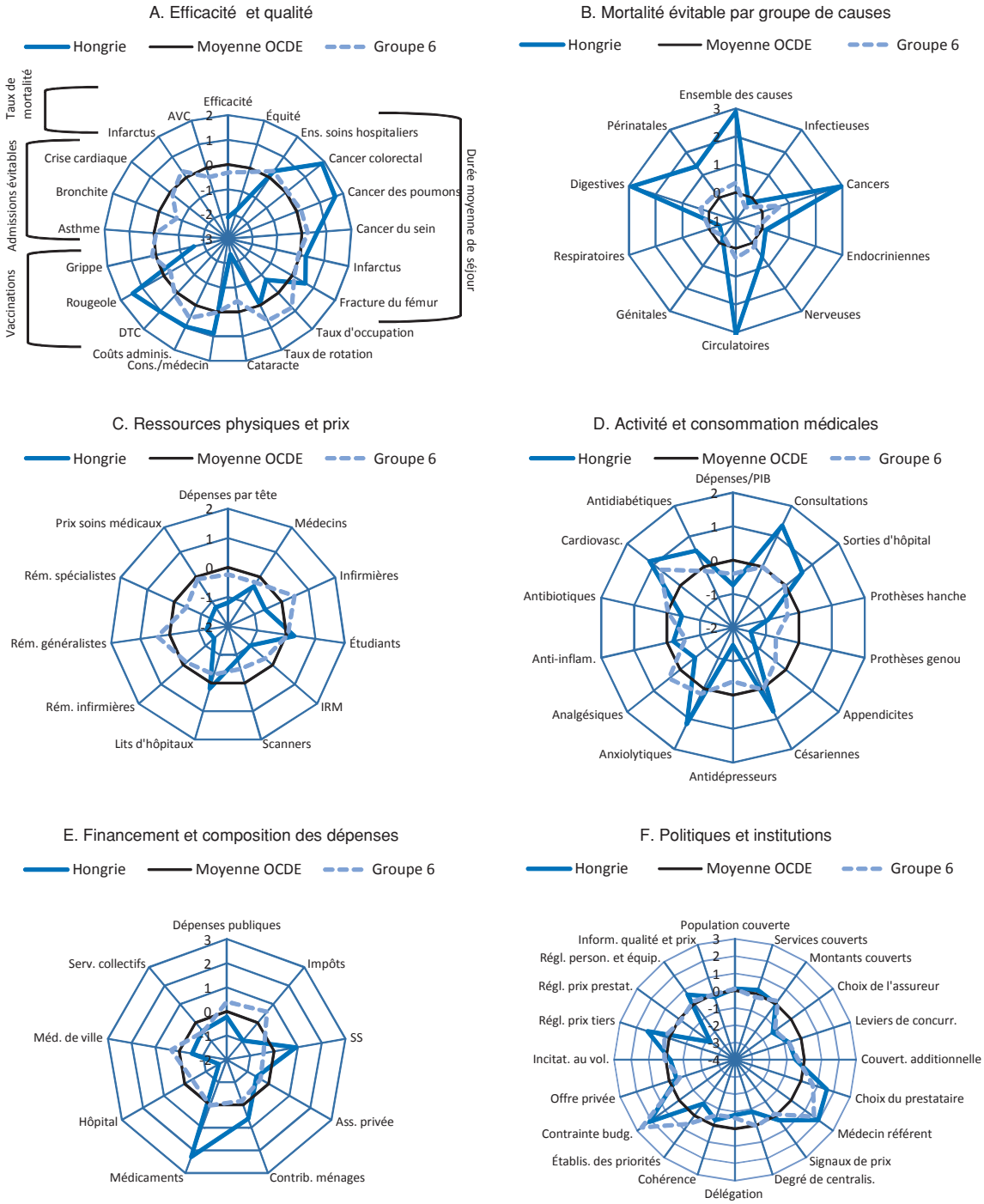


Note : Les groupes de pays sont le résultat d'une classification hiérarchique (ou analyse par clusters) réalisée sur les indicateurs institutionnels et de politique de santé. Dans tous les graphiques excepté le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays retenu est plus élevé que pour la moyenne de l'OCDE (par exemple, l'Allemagne a plus de lits d'hôpitaux que la moyenne des pays de l'OCDE). Dans le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le groupe ou le pays retenu enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE (par exemple, la part des coûts administratifs dans les dépenses totales de santé est supérieure en Allemagne à celle de la moyenne des pays de l'OCDE). Dans tous les graphiques excepté le graphique F, les points représentent les écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans le graphique F, les points représentent les simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 ; estimations de l'OCDE fondées sur Nolte et Mc Kee (2008).

Hongrie : indicateurs de la santé

Groupe 6 : Hongrie, Irlande, Italie, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pologne, Royaume-Uni



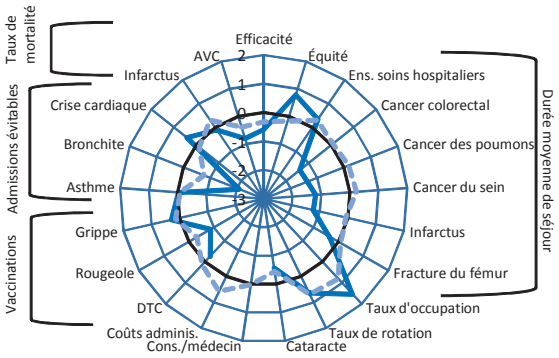
Note : Les groupes de pays sont le résultat d'une classification hiérarchique (ou analyse par clusters) réalisée sur les indicateurs institutionnels et de politique de santé. Dans tous les graphiques excepté le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays retenu est plus élevé que pour la moyenne de l'OCDE (par exemple, l'Allemagne a plus de lits d'hôpitaux que la moyenne des pays de l'OCDE). Dans le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le groupe ou le pays retenu enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE (par exemple, la part des coûts administratifs dans les dépenses totales de santé est supérieure en Allemagne à celle de la moyenne des pays de l'OCDE). Dans tous les graphiques excepté le graphique F, les points représentent les écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans le graphique F, les points représentent les simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 ; estimations de l'OCDE fondées sur Nolte et Mc Kee (2008).

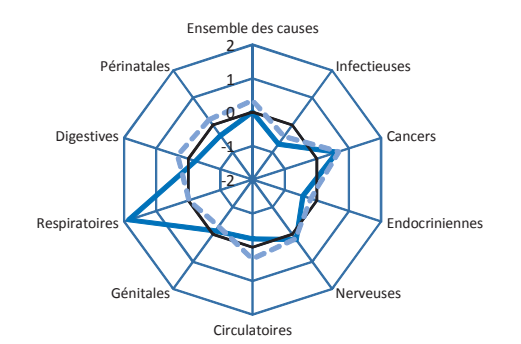
Irlande : indicateurs de la santé

Groupe 6 : Hongrie, Irlande, Italie, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pologne, Royaume-Uni

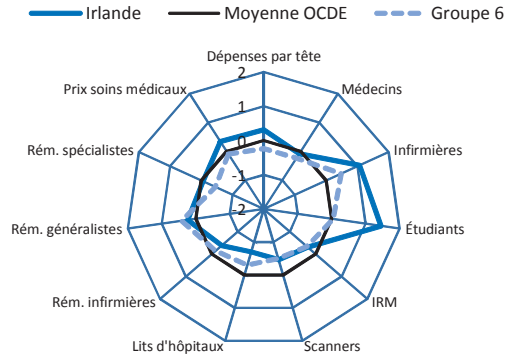
A. Efficacité et qualité



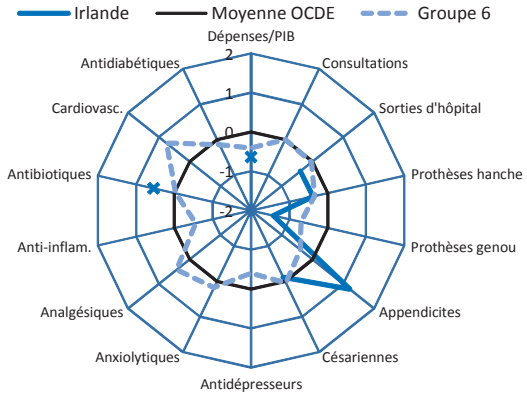
B. Mortalité évitable par groupe de causes



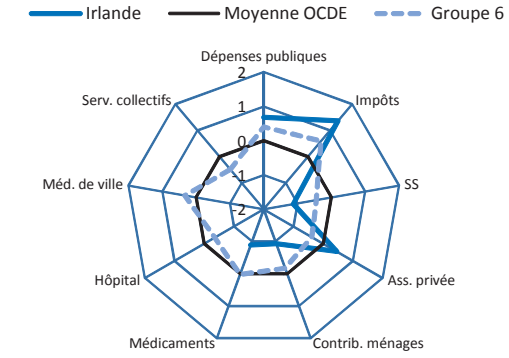
C. Ressources physiques et prix



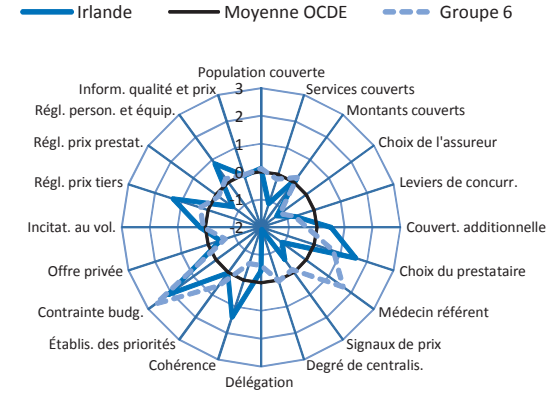
D. Activité et consommation médicales



E. Financement et composition des dépenses



F. Politiques et institutions

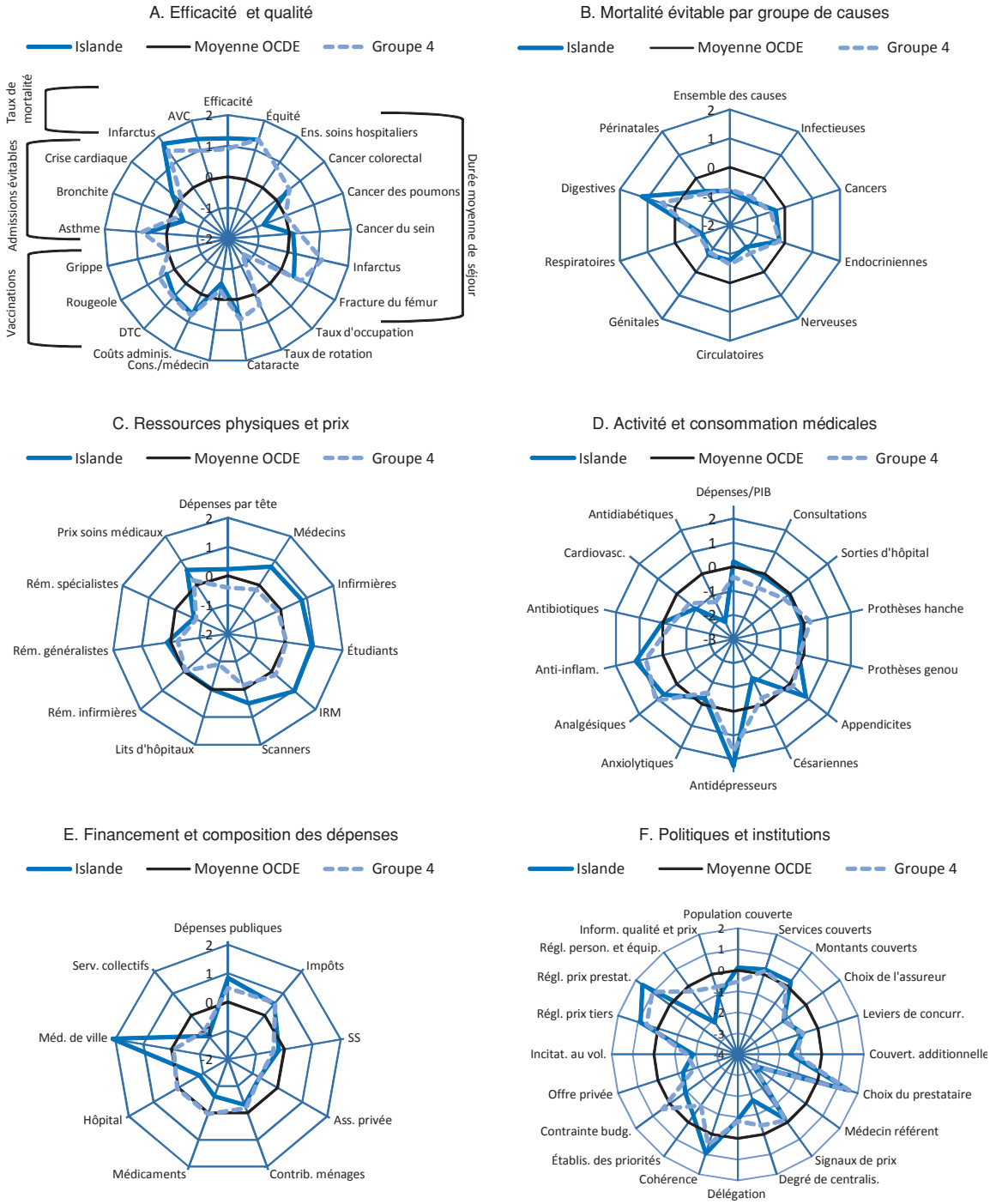


Note : Les groupes de pays sont le résultat d'une classification hiérarchique (ou analyse par clusters) réalisée sur les indicateurs institutionnels et de politique de santé. Dans tous les graphiques excepté le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays retenu est plus élevé que pour la moyenne de l'OCDE (par exemple, l'Allemagne a plus de lits d'hôpitaux que la moyenne des pays de l'OCDE). Dans le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le groupe ou le pays retenu enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE (par exemple, la part des coûts administratifs dans les dépenses totales de santé est supérieure en Allemagne à celle de la moyenne des pays de l'OCDE). Dans tous les graphiques excepté le graphique F, les points représentent les écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans le graphique F, les points représentent les simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 ; estimations de l'OCDE fondées sur Nolte et Mc Kee (2008).

Islande : indicateurs de la santé

Groupe 4 : Islande, Suède, Turquie



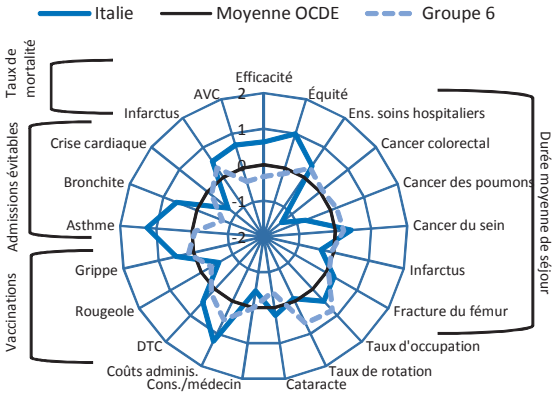
Note : Les groupes de pays sont le résultat d'une classification hiérarchique (ou analyse par clusters) réalisée sur les indicateurs institutionnels et de politique de santé. Dans tous les graphiques excepté le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays retenu est plus élevé que pour la moyenne de l'OCDE (par exemple, l'Allemagne a plus de lits d'hôpitaux que la moyenne des pays de l'OCDE). Dans le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le groupe ou le pays retenu enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE (par exemple, la part des coûts administratifs dans les dépenses totales de santé est supérieure en Allemagne à celle de la moyenne des pays de l'OCDE). Dans tous les graphiques excepté le graphique F, les points représentent les écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans le graphique F, les points représentent les simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 ; estimations de l'OCDE fondées sur Nolte et Mc Kee (2008).

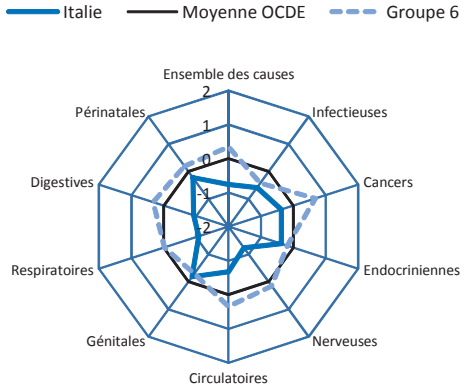
Italie : indicateurs de la santé

Groupe 6 : Hongrie, Irlande, Italie, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pologne, Royaume-Uni

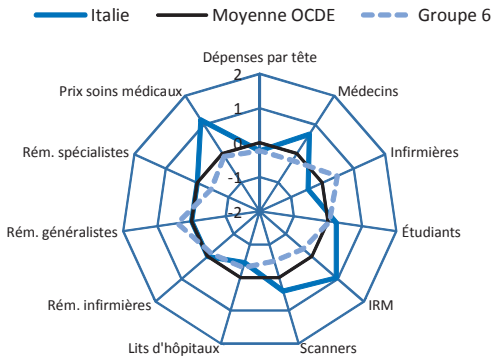
A. Efficacité et qualité



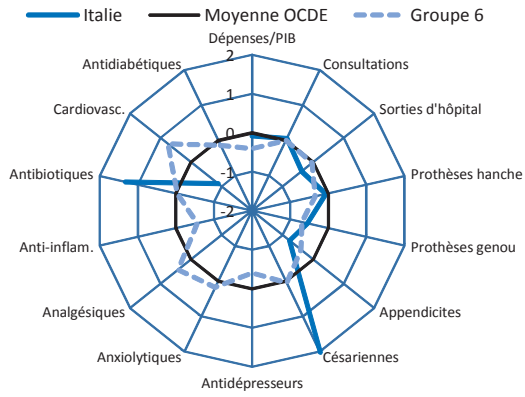
B. Mortalité évitable par groupe de causes



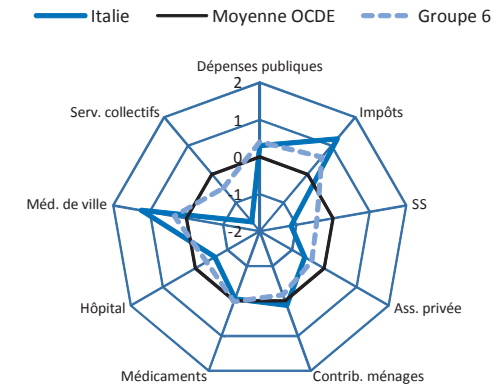
C. Ressources physiques et prix



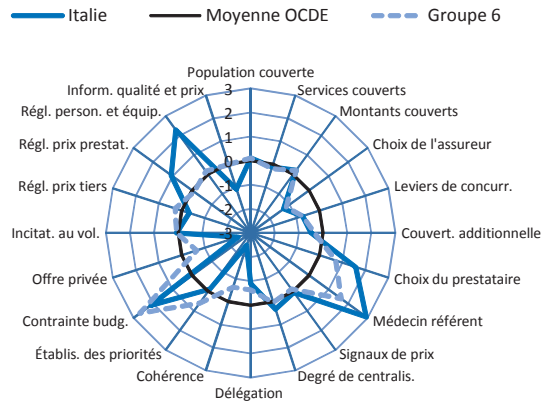
D. Activité et consommation médicales



E. Financement et composition des dépenses



F. Politiques et institutions



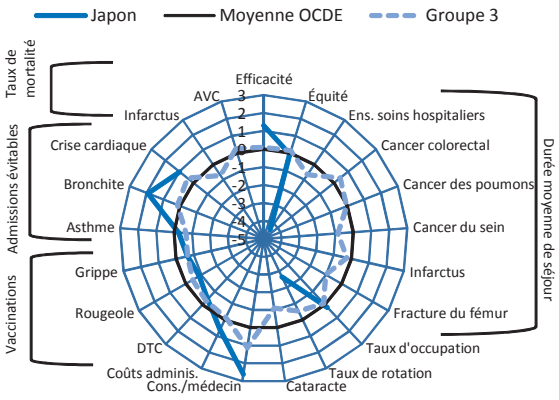
Note : Les groupes de pays sont le résultat d'une classification hiérarchique (ou analyse par clusters) réalisée sur les indicateurs institutionnels et de politique de santé. Dans tous les graphiques excepté le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays retenu est plus élevé que pour la moyenne de l'OCDE (par exemple, l'Allemagne a plus de lits d'hôpitaux que la moyenne des pays de l'OCDE). Dans le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le groupe ou le pays retenu enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE (par exemple, la part des coûts administratifs dans les dépenses totales de santé est supérieure en Allemagne à celle de la moyenne des pays de l'OCDE). Dans tous les graphiques excepté le graphique F, les points représentent les écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans le graphique F, les points représentent les simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 ; estimations de l'OCDE fondées sur Nolte et Mc Kee (2008).

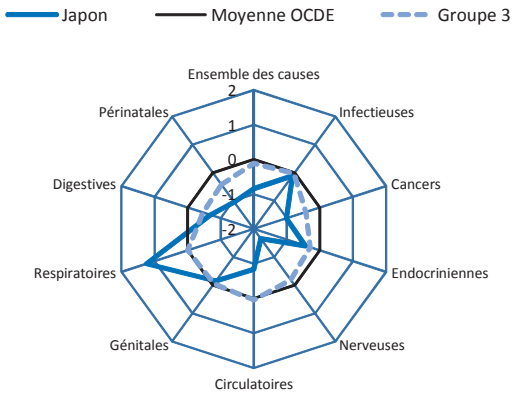
Japon : indicateurs de la santé

Groupe 3 : Autriche, Corée, Grèce, Japon, Luxembourg, République tchèque

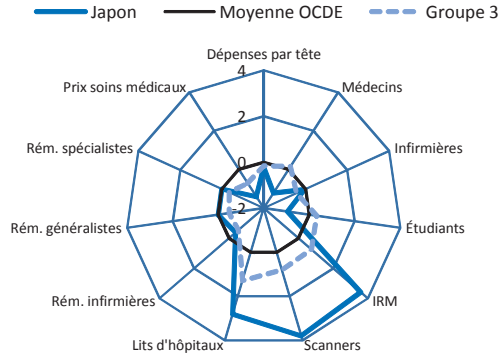
A. Efficacité et qualité



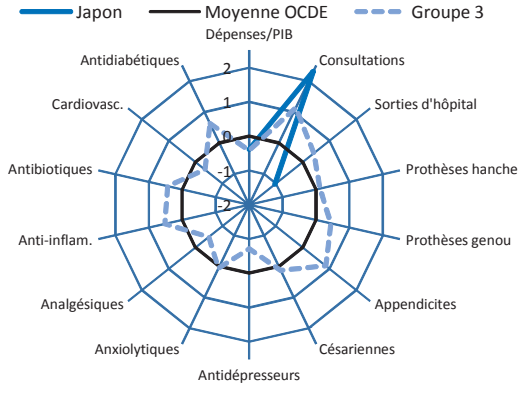
B. Mortalité évitable par groupe de causes



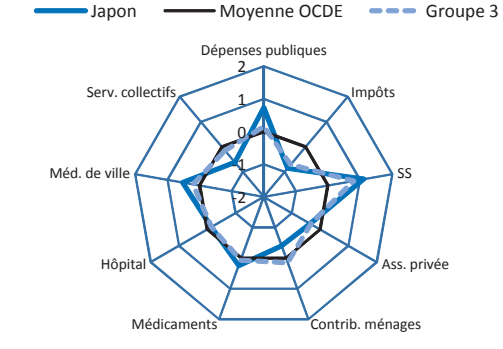
C. Ressources physiques et prix



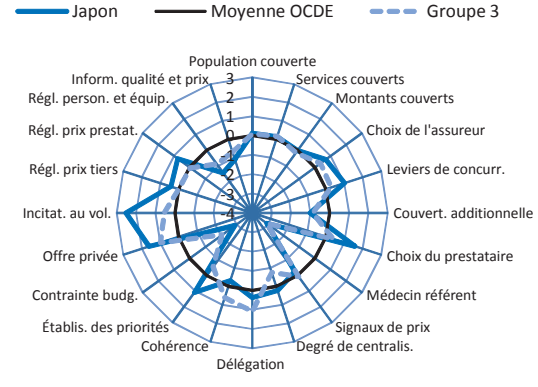
D. Activité et consommation médicales



E. Financement et composition des dépenses



F. Politiques et institutions



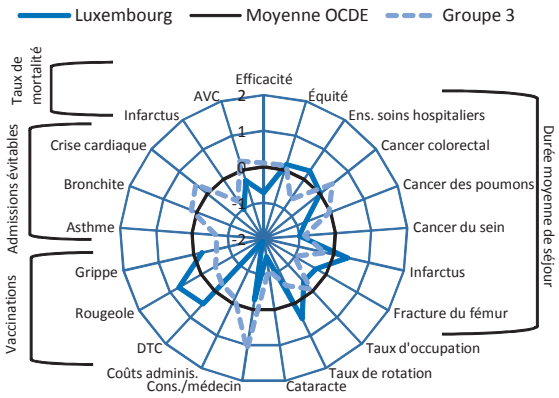
Note : Les groupes de pays sont le résultat d'une classification hiérarchique (ou analyse par clusters) réalisée sur les indicateurs institutionnels et de politique de santé. Dans tous les graphiques excepté le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays retenu est plus élevé que pour la moyenne de l'OCDE (par exemple, l'Allemagne a plus de lits d'hôpitaux que la moyenne des pays de l'OCDE). Dans le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le groupe ou le pays retenu enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE (par exemple, la part des coûts administratifs dans les dépenses totales de santé est supérieure en Allemagne à celle de la moyenne des pays de l'OCDE). Dans tous les graphiques excepté le graphique F, les points représentent les écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans le graphique F, les points représentent les simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 ; estimations de l'OCDE fondées sur Nolte et Mc Kee (2008).

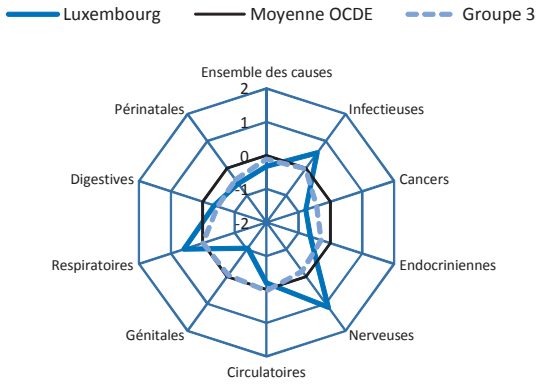
Luxembourg: indicateurs de la santé

Groupe 3 : Autriche, Corée, Grèce, Japon, Luxembourg, République tchèque

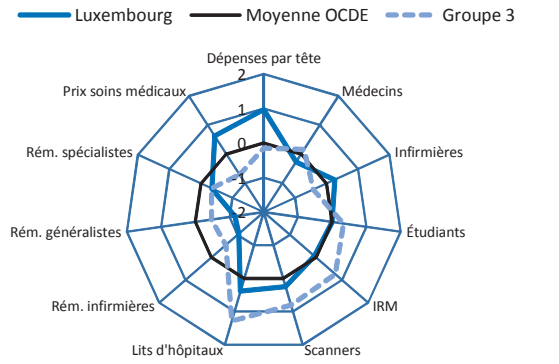
A. Efficacité et qualité



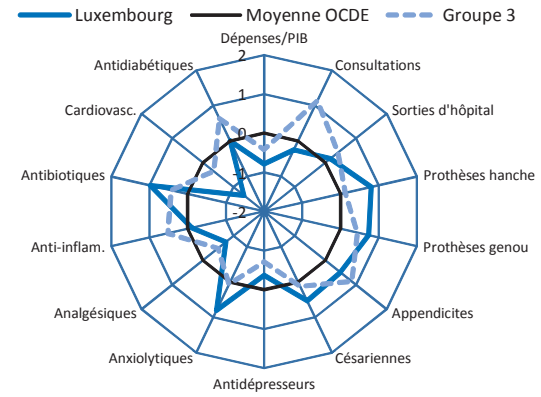
B. Mortalité évitable par groupe de causes



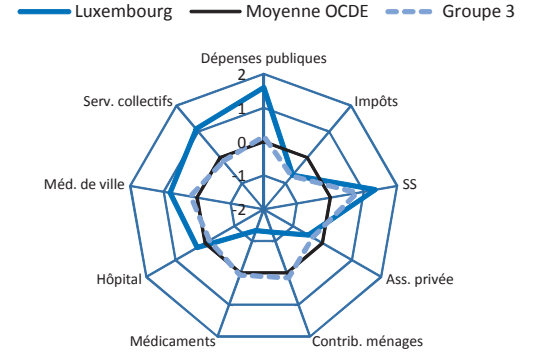
C. Ressources physiques et prix



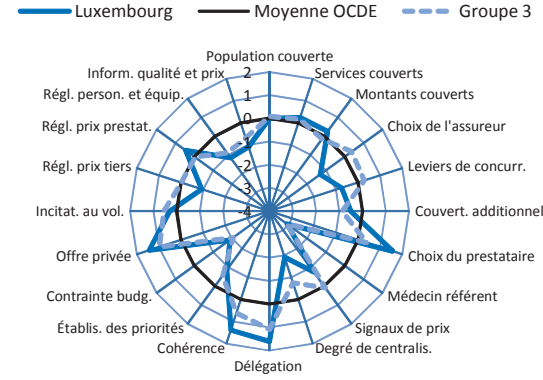
D. Activité et consommation médicales



E. Financement et composition des dépenses



F. Politiques et institutions

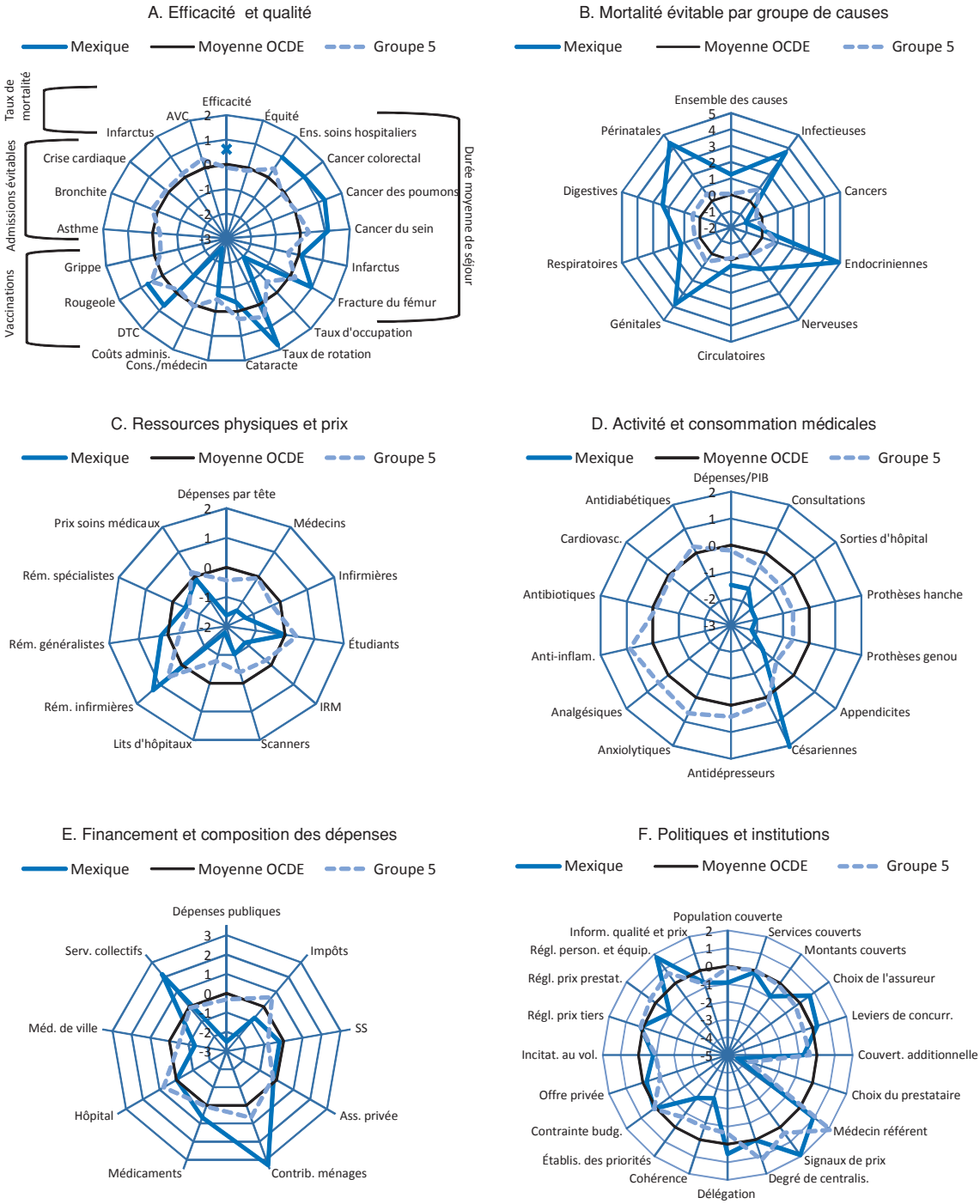


Note : Les groupes de pays sont le résultat d'une classification hiérarchique (ou analyse par clusters) réalisée sur les indicateurs institutionnels et de politique de santé. Dans tous les graphiques excepté le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays retenu est plus élevé que pour la moyenne de l'OCDE (par exemple, l'Allemagne a plus de lits d'hôpitaux que la moyenne des pays de l'OCDE). Dans le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le groupe ou le pays retenu enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE (par exemple, la part des coûts administratifs dans les dépenses totales de santé est supérieure en Allemagne à celle de la moyenne des pays de l'OCDE). Dans tous les graphiques excepté le graphique F, les points représentent les écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans le graphique F, les points représentent les simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 ; estimations de l'OCDE fondées sur Nolte et Mc Kee (2008).

Mexique : indicateurs de la santé

Groupe 5 : Danemark, Espagne, Finlande, Mexique, Portugal

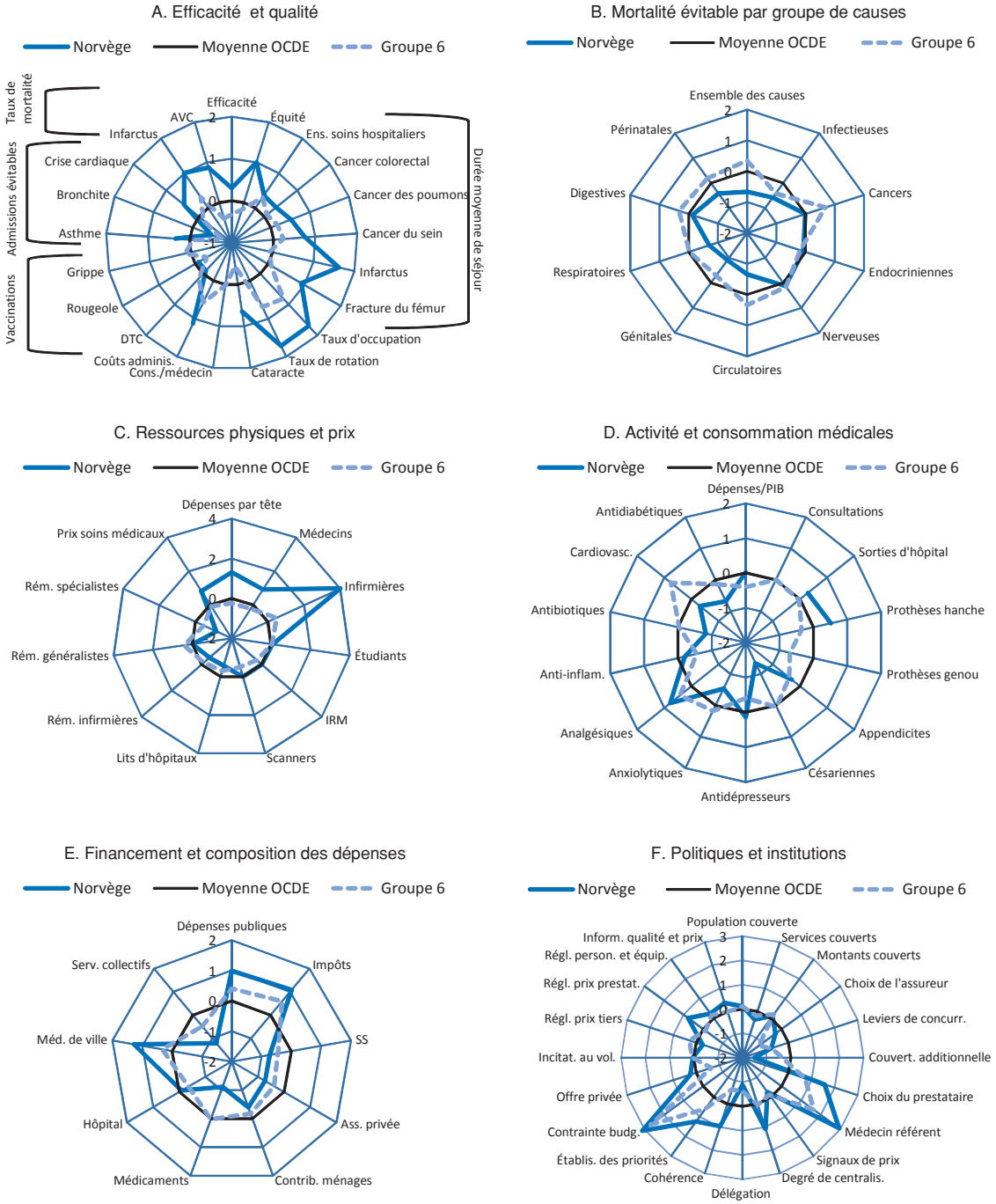


Note : Les groupes de pays sont le résultat d'une classification hiérarchique (ou analyse par clusters) réalisée sur les indicateurs institutionnels et de politique de santé. Dans tous les graphiques excepté le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays retenu est plus élevé que pour la moyenne de l'OCDE (par exemple, l'Allemagne a plus de lits d'hôpitaux que la moyenne des pays de l'OCDE). Dans le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le groupe ou le pays retenu enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE (par exemple, la part des coûts administratifs dans les dépenses totales de santé est supérieure en Allemagne à celle de la moyenne des pays de l'OCDE). Dans tous les graphiques excepté le graphique F, les points représentent les écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans le graphique F, les points représentent les simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 ; estimations de l'OCDE fondées sur Nolte et Mc Kee (2008).

Norvège : indicateurs de la santé

Groupe 6 : Hongrie, Irlande, Italie, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pologne, Royaume-Uni



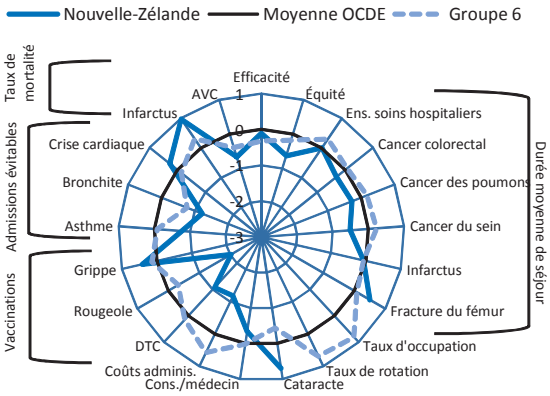
Note : Les groupes de pays sont le résultat d'une classification hiérarchique (ou analyse par clusters) réalisée sur les indicateurs institutionnels et de politique de santé. Dans tous les graphiques excepté le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays retenu est plus élevé que pour la moyenne de l'OCDE (par exemple, l'Allemagne a plus de lits d'hôpitaux que la moyenne des pays de l'OCDE). Dans le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le groupe ou le pays retenu enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE (par exemple, la part des coûts administratifs dans les dépenses totales de santé est supérieure en Allemagne à celle de la moyenne des pays de l'OCDE). Dans tous les graphiques excepté le graphique F, les points représentent les écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans le graphique F, les points représentent les simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 ; estimations de l'OCDE fondées sur Nolte et Mc Kee (2008).

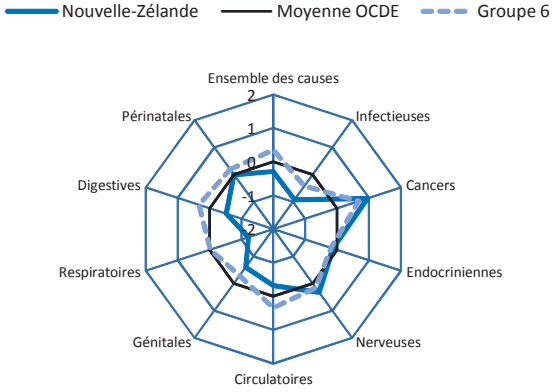
Nouvelle-Zélande : indicateurs de la santé

Groupe 6 : Hongrie, Irlande, Italie, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pologne, Royaume-Uni

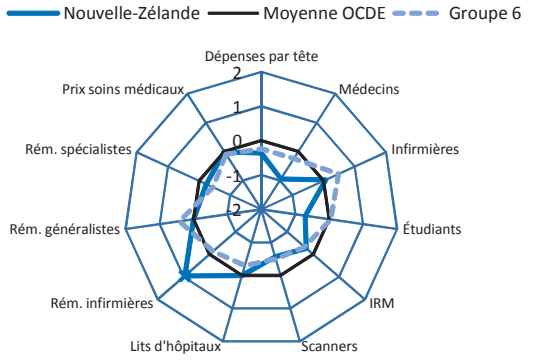
A. Efficacité et qualité



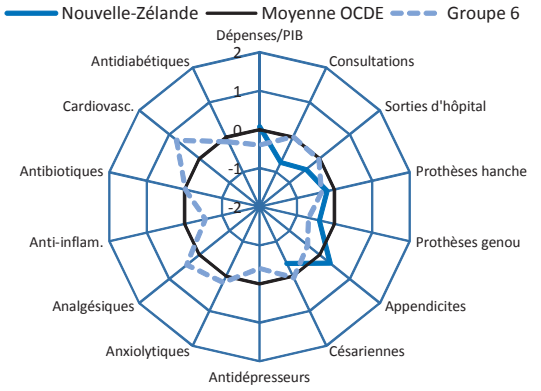
B. Mortalité évitable par groupe de causes



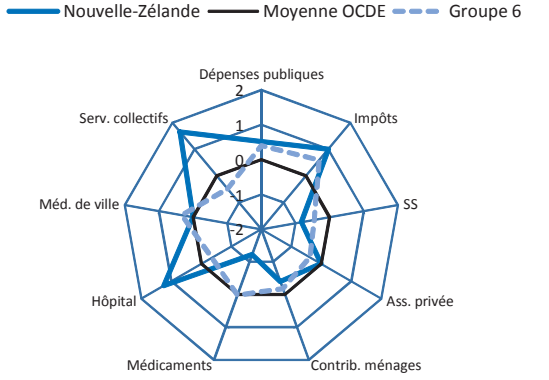
C. Ressources physiques et prix



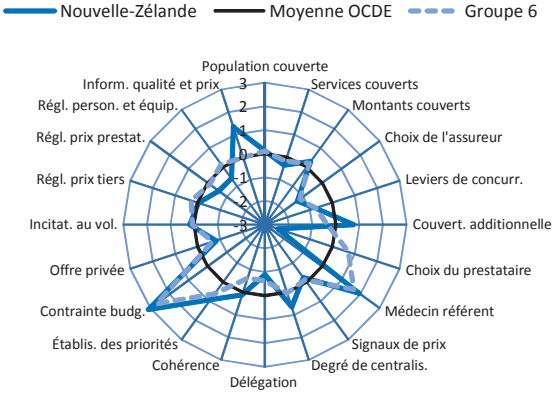
D. Activité et consommation médicales



E. Financement et composition des dépenses



F. Politiques et institutions

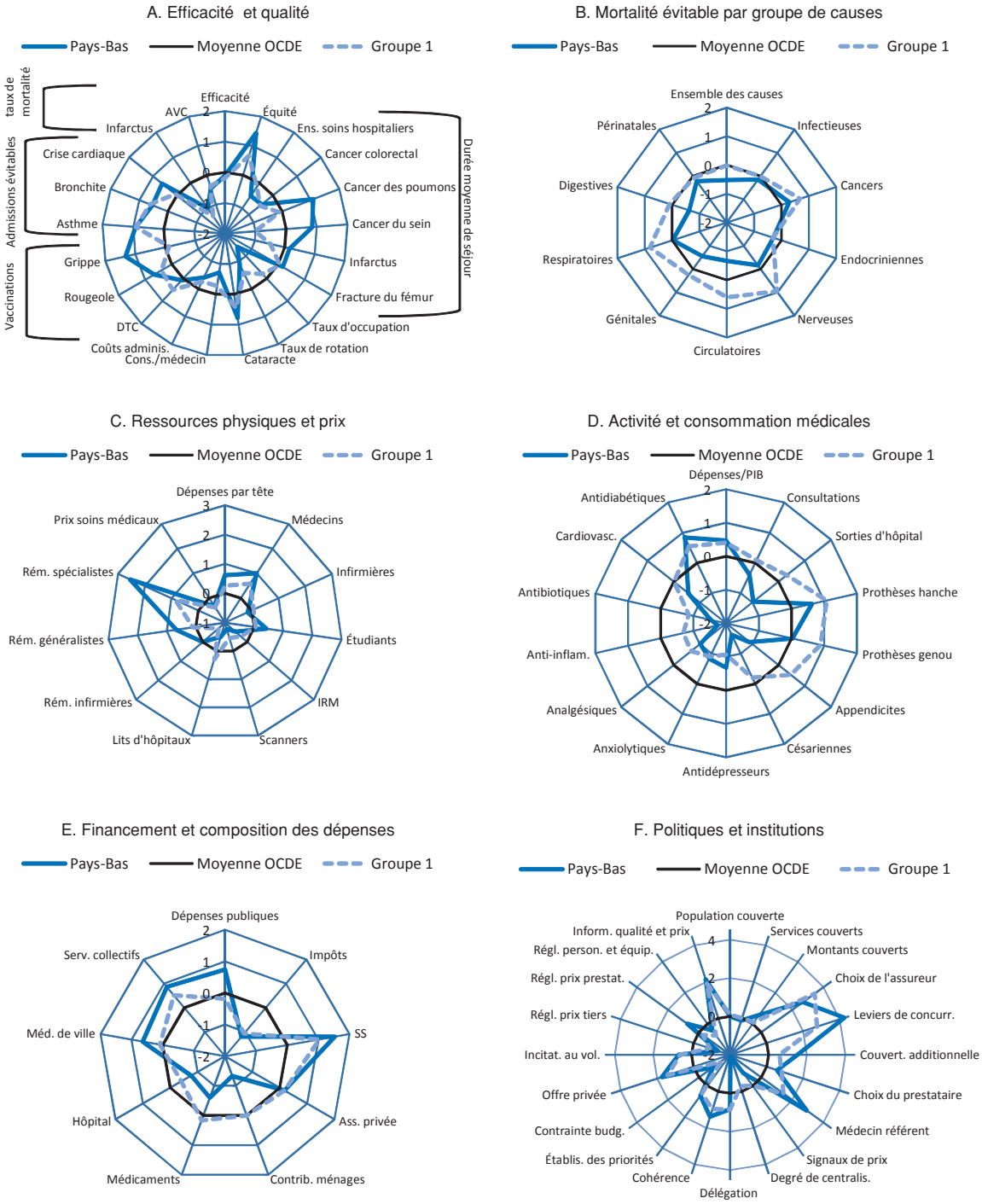


Note : Les groupes de pays sont le résultat d'une classification hiérarchique (ou analyse par clusters) réalisée sur les indicateurs institutionnels et de politique de santé. Dans tous les graphiques excepté le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays retenu est plus élevé que pour la moyenne de l'OCDE (par exemple, l'Allemagne a plus de lits d'hôpitaux que la moyenne des pays de l'OCDE). Dans le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le groupe ou le pays retenu enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE (par exemple, la part des coûts administratifs dans les dépenses totales de santé est supérieure en Allemagne à celle de la moyenne des pays de l'OCDE). Dans tous les graphiques excepté le graphique F, les points représentent les écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans le graphique F, les points représentent les simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 ; estimations de l'OCDE fondées sur Nolte et Mc Kee (2008).

Pays-Bas : indicateurs de la santé

Groupe 1 : Allemagne, Pays-Bas, République slovaque, Suisse

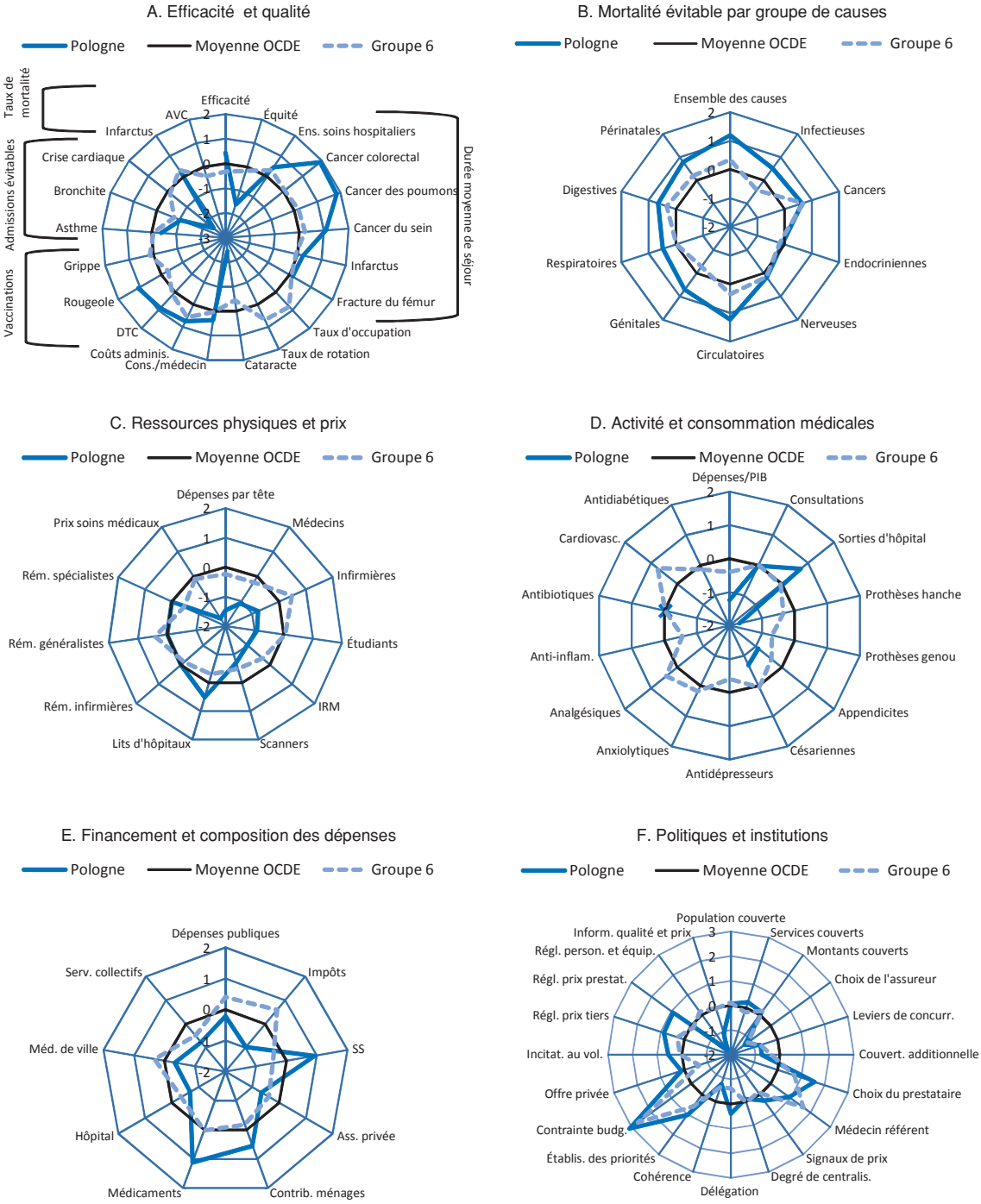


Note : Les groupes de pays sont le résultat d'une classification hiérarchique (ou analyse par clusters) réalisée sur les indicateurs institutionnels et de politique de santé. Dans tous les graphiques excepté le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays retenu est plus élevé que pour la moyenne de l'OCDE (par exemple, l'Allemagne a plus de lits d'hôpitaux que la moyenne des pays de l'OCDE). Dans le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le groupe ou le pays retenu enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE (par exemple, la part des coûts administratifs dans les dépenses totales de santé est supérieure en Allemagne à celle de la moyenne des pays de l'OCDE). Dans tous les graphiques excepté le graphique F, les points représentent les écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans le graphique F, les points représentent les simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 ; estimations de l'OCDE fondées sur Nolte et Mc Kee (2008).

Pologne: indicateurs de la santé

Groupe 6 : Hongrie, Irlande, Italie, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pologne, Royaume-Uni

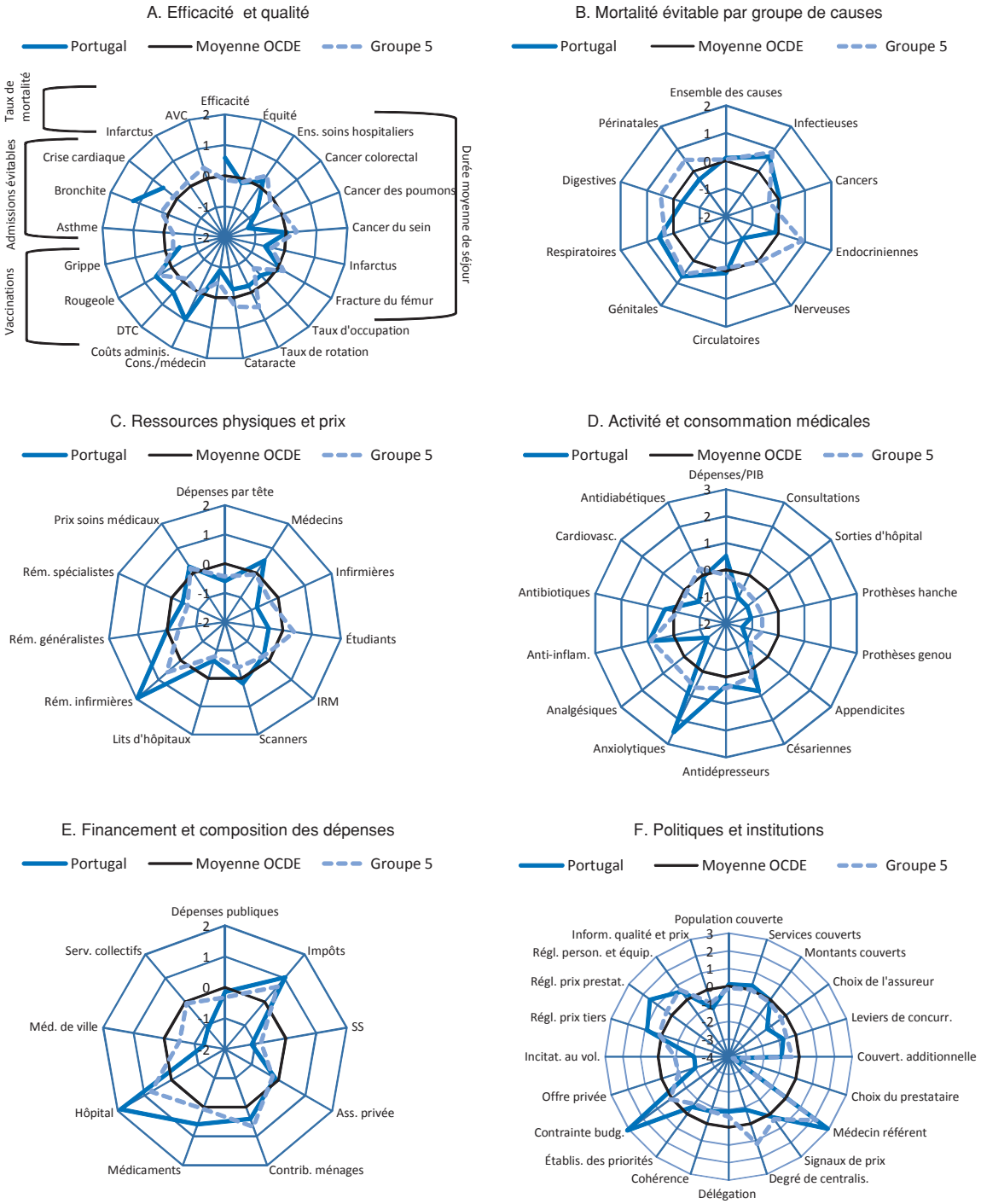


Note : Les groupes de pays sont le résultat d'une classification hiérarchique (ou analyse par clusters) réalisée sur les indicateurs institutionnels et de politique de santé. Dans tous les graphiques excepté le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays retenu est plus élevé que pour la moyenne de l'OCDE (par exemple, l'Allemagne a plus de lits d'hôpitaux que la moyenne des pays de l'OCDE). Dans le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le groupe ou le pays retenu enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE (par exemple, la part des coûts administratifs dans les dépenses totales de santé est supérieure en Allemagne à celle de la moyenne des pays de l'OCDE). Dans tous les graphiques excepté le graphique F, les points représentent les écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans le graphique F, les points représentent les simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 ; estimations de l'OCDE fondées sur Nolte et Mc Kee (2008).

Portugal: indicateurs de la santé

Groupe 5 : Danemark, Espagne, Finlande, Mexique, Portugal

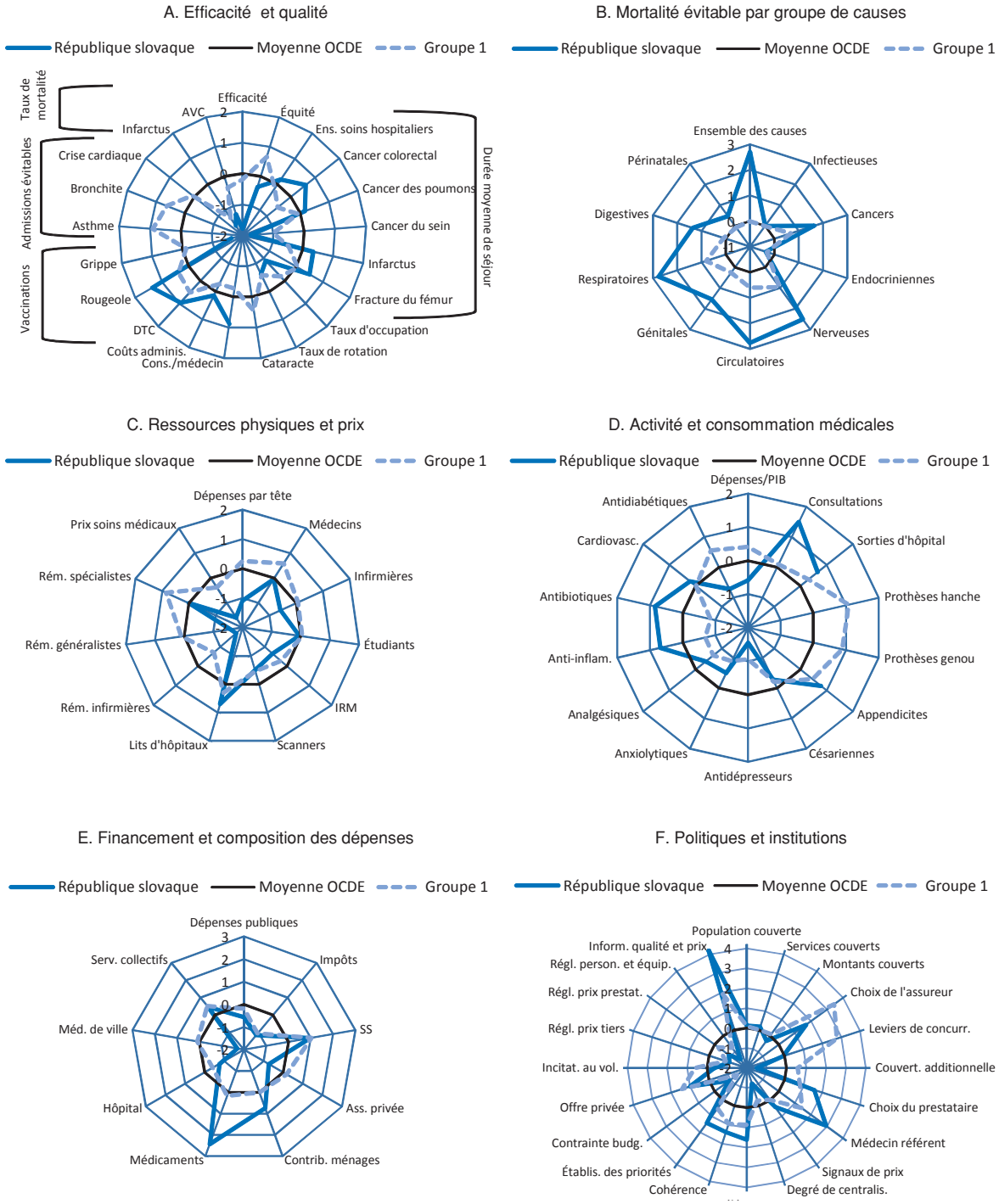


Note : Les groupes de pays sont le résultat d'une classification hiérarchique (ou analyse par clusters) réalisée sur les indicateurs institutionnels et de politique de santé. Dans tous les graphiques excepté le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays retenu est plus élevé que pour la moyenne de l'OCDE (par exemple, l'Allemagne a plus de lits d'hôpitaux que la moyenne des pays de l'OCDE). Dans le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le groupe ou le pays retenu enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE (par exemple, la part des coûts administratifs dans les dépenses totales de santé est supérieure en Allemagne à celle de la moyenne des pays de l'OCDE). Dans tous les graphiques excepté le graphique F, les points représentent les écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans le graphique F, les points représentent les simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 ; estimations de l'OCDE fondées sur Nolte et Mc Kee (2008).

République slovaque : indicateurs de la santé

Groupe 1 : Allemagne, Pays-Bas, République slovaque, Suisse



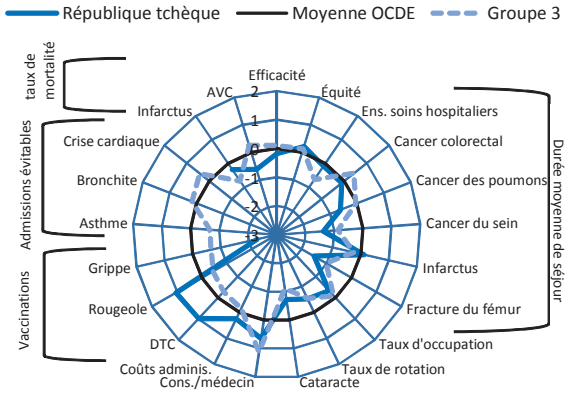
Note : Les groupes de pays sont le résultat d'une classification hiérarchique (ou analyse par clusters) réalisée sur les indicateurs institutionnels et de politique de santé. Dans tous les graphiques excepté le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays retenu est plus élevé que pour la moyenne de l'OCDE (par exemple, l'Allemagne a plus de lits d'hôpitaux que la moyenne des pays de l'OCDE). Dans le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le groupe ou le pays retenu enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE (par exemple, la part des coûts administratifs dans les dépenses totales de santé est supérieure en Allemagne à celle de la moyenne des pays de l'OCDE). Dans tous les graphiques excepté le graphique F, les points représentent les écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans le graphique F, les points représentent les simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 ; estimations de l'OCDE fondées sur Nolte et Mc Kee (2008).

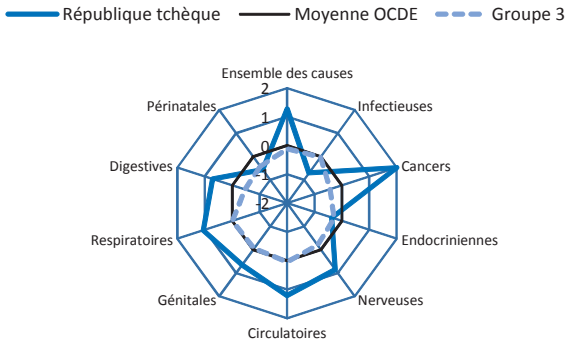
République tchèque : indicateurs de la santé

Groupe 3 : Autriche, Corée, Grèce, Japon, Luxembourg, République tchèque

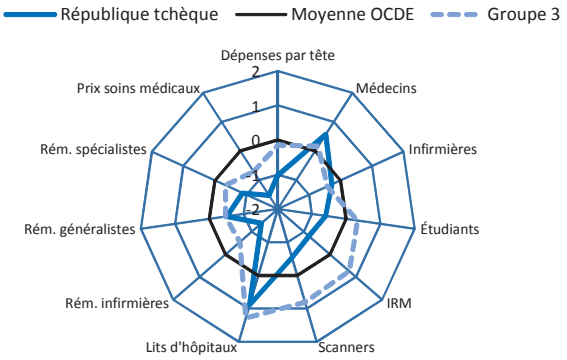
A. Efficacité et qualité



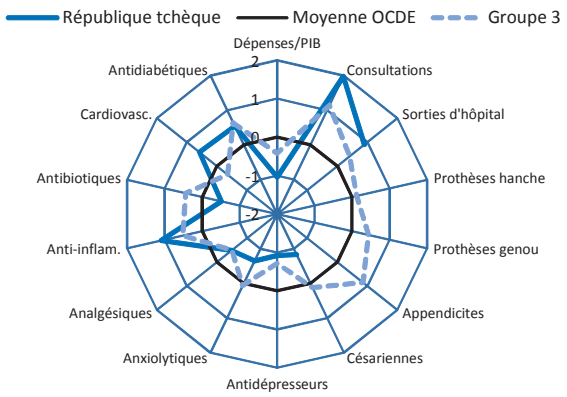
B. Mortalité évitable par groupe de causes



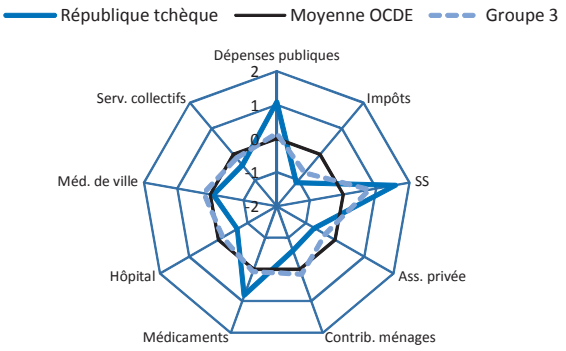
C. Ressources physiques et prix



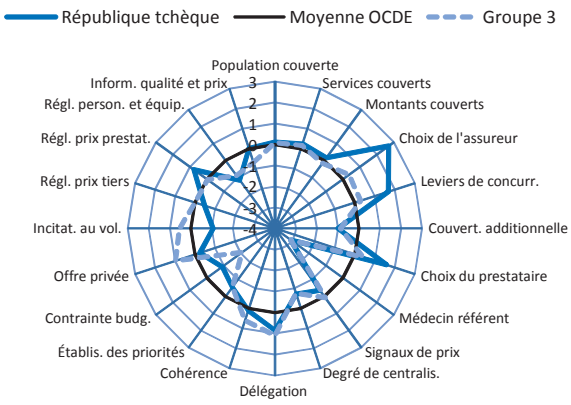
D. Activité et consommation médicales



E. Financement et composition des dépenses



F. Politiques et institutions

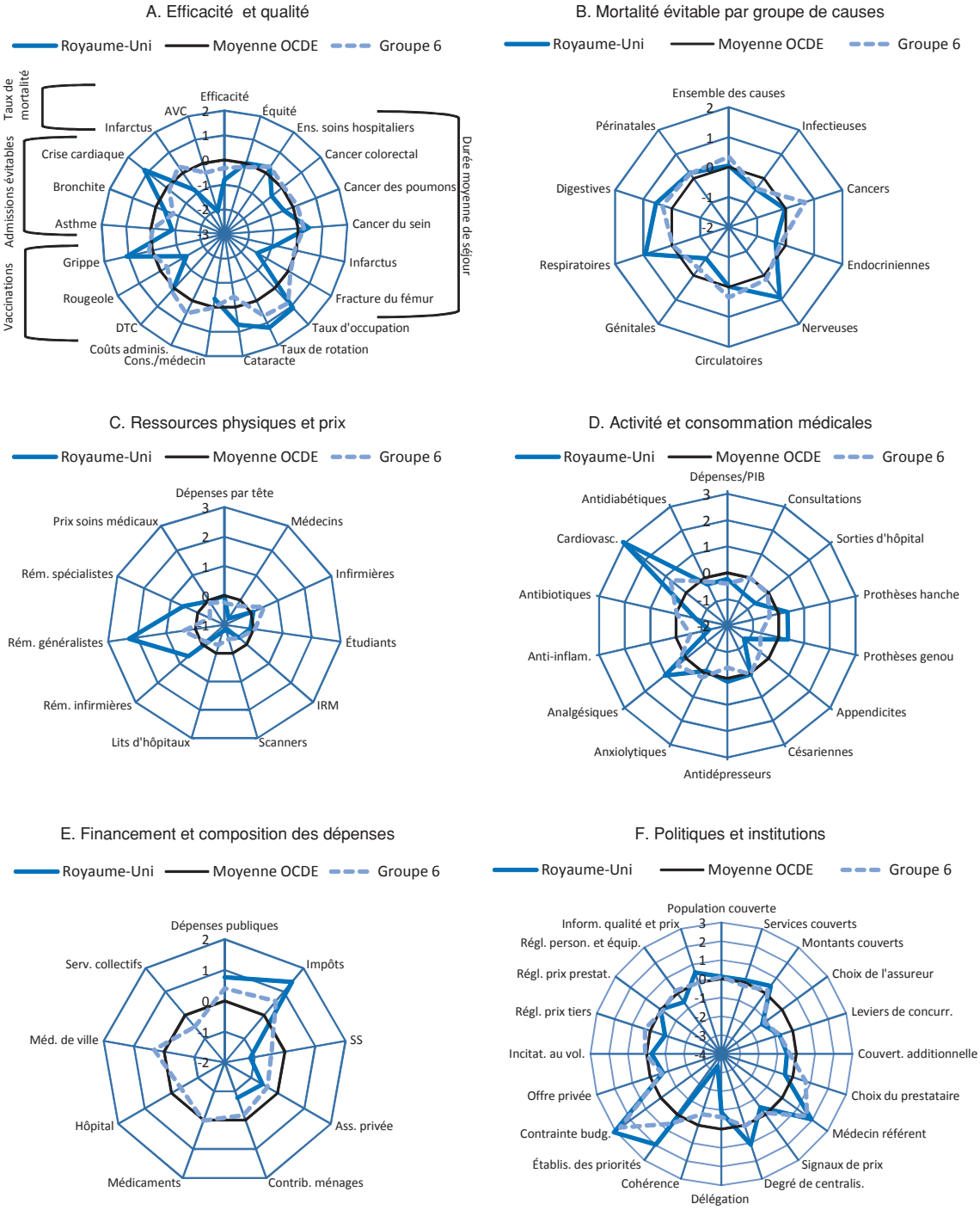


Note : Les groupes de pays sont le résultat d'une classification hiérarchique (ou analyse par clusters) réalisée sur les indicateurs institutionnels et de politique de santé. Dans tous les graphiques excepté le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays retenu est plus élevé que pour la moyenne de l'OCDE (par exemple, l'Allemagne a plus de lits d'hôpitaux que la moyenne des pays de l'OCDE). Dans le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le groupe ou le pays retenu enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE (par exemple, la part des coûts administratifs dans les dépenses totales de santé est supérieure en Allemagne à celle de la moyenne des pays de l'OCDE). Dans tous les graphiques excepté le graphique F, les points représentent les écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans le graphique F, les points représentent les simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 ; estimations de l'OCDE fondées sur Nolte et Mc Kee (2008).

Royaume-Uni : indicateurs de la santé

Groupe 6 : Hongrie, Irlande, Italie, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pologne, Royaume-Uni

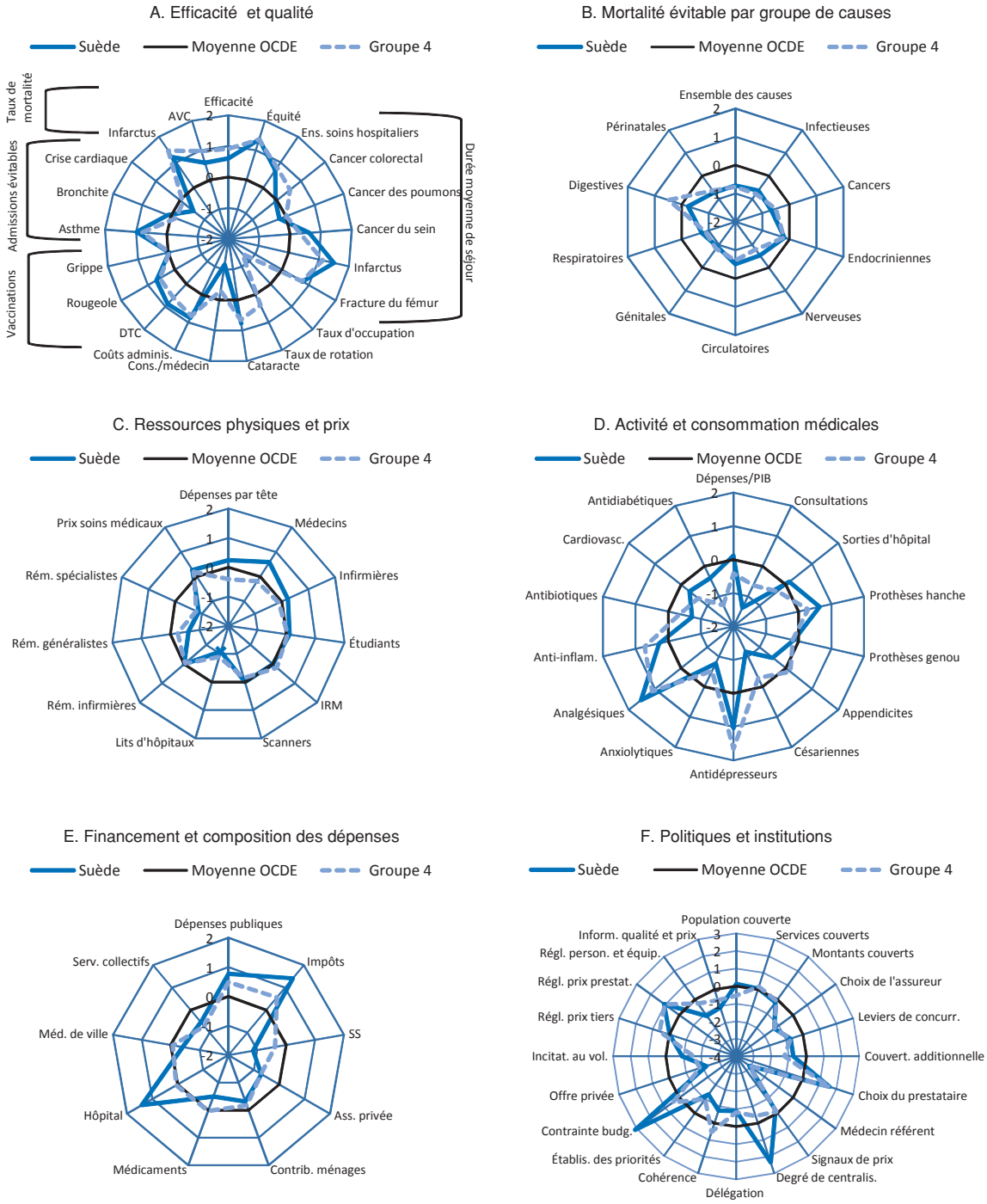


Note : Les groupes de pays sont le résultat d'une classification hiérarchique (ou analyse par clusters) réalisée sur les indicateurs institutionnels et de politique de santé. Dans tous les graphiques excepté le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays retenu est plus élevé que pour la moyenne de l'OCDE (par exemple, l'Allemagne a plus de lits d'hôpitaux que la moyenne des pays de l'OCDE). Dans le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le groupe ou le pays retenu enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE (par exemple, la part des coûts administratifs dans les dépenses totales de santé est supérieure en Allemagne à celle de la moyenne des pays de l'OCDE). Dans tous les graphiques excepté le graphique F, les points représentent les écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans le graphique F, les points représentent les simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 ; estimations de l'OCDE fondées sur Nolte et Mc Kee (2008).

Suède : indicateurs de la santé

Groupe 4 : Islande, Suède, Turquie



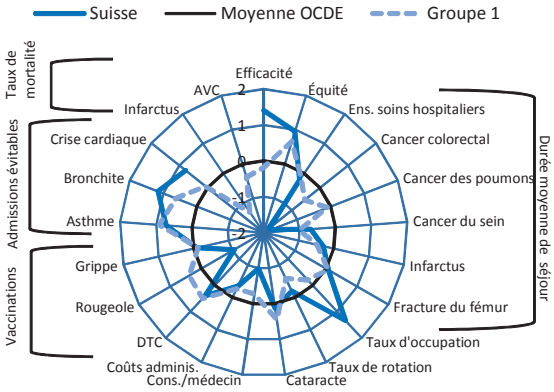
Note : Les groupes de pays sont le résultat d'une classification hiérarchique (ou analyse par clusters) réalisée sur les indicateurs institutionnels et de politique de santé. Dans tous les graphiques excepté le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays retenu est plus élevé que pour la moyenne de l'OCDE (par exemple, l'Allemagne a plus de lits d'hôpitaux que la moyenne des pays de l'OCDE). Dans le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le groupe ou le pays retenu enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE (par exemple, la part des coûts administratifs dans les dépenses totales de santé est supérieure en Allemagne à celle de la moyenne des pays de l'OCDE). Dans tous les graphiques excepté le graphique F, les points représentent les écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans le graphique F, les points représentent les simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 ; estimations de l'OCDE fondées sur Nolte et Mc Kee (2008).

Suisse: indicateurs de la santé

Groupe 1 : Allemagne, Pays-Bas, République slovaque, Suisse

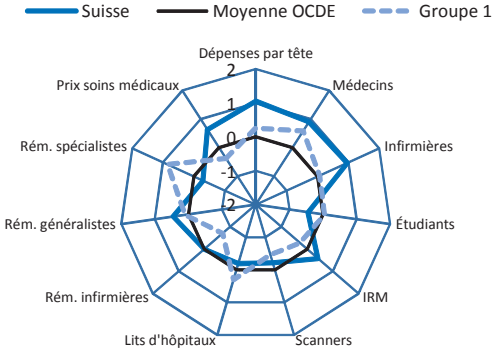
A. Efficacité et qualité



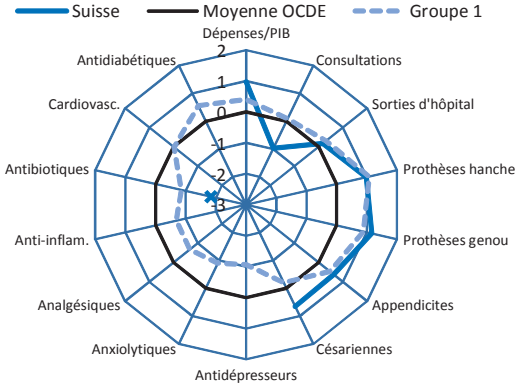
B. Mortalité évitable par groupe de causes

Données non disponibles

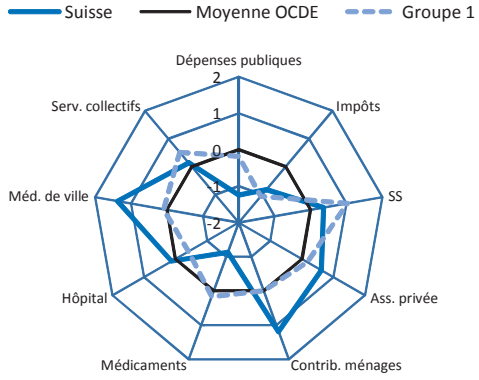
C. Ressources physiques et prix



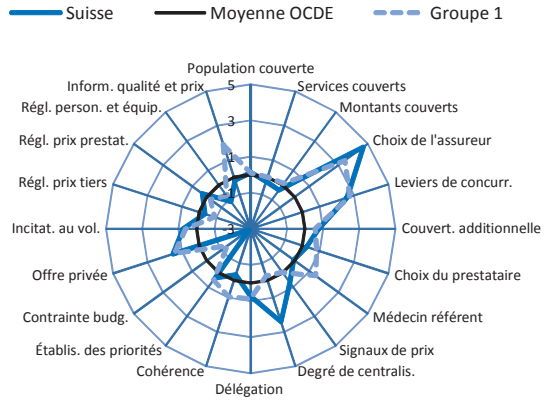
D. Activité et consommation médicales



E. Financement et composition des dépenses



F. Politiques et institutions



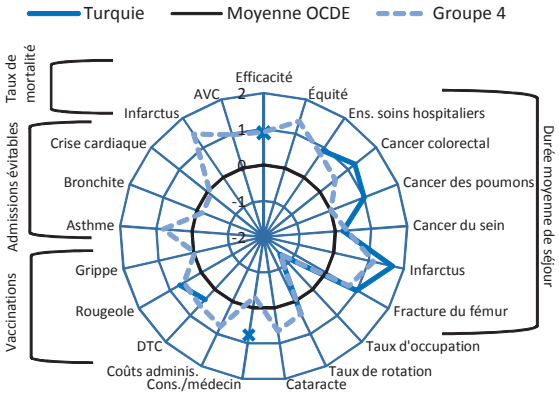
Note : Les groupes de pays sont le résultat d'une classification hiérarchique (ou analyse par clusters) réalisée sur les indicateurs institutionnels et de politique de santé. Dans tous les graphiques excepté le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays retenu est plus élevé que pour la moyenne de l'OCDE (par exemple, l'Allemagne a plus de lits d'hôpitaux que la moyenne des pays de l'OCDE). Dans le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le groupe ou le pays retenu enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE (par exemple, la part des coûts administratifs dans les dépenses totales de santé est supérieure en Allemagne à celle de la moyenne des pays de l'OCDE). Dans tous les graphiques excepté le graphique F, les points représentent les écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans le graphique F, les points représentent les simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 ; estimations de l'OCDE fondées sur Nolte et Mc Kee (2008).

Turquie : indicateurs de la santé

Groupe 4 : Islande, Suède, Turquie

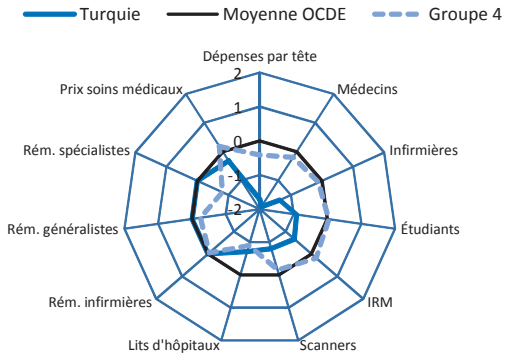
A. Efficacité et qualité



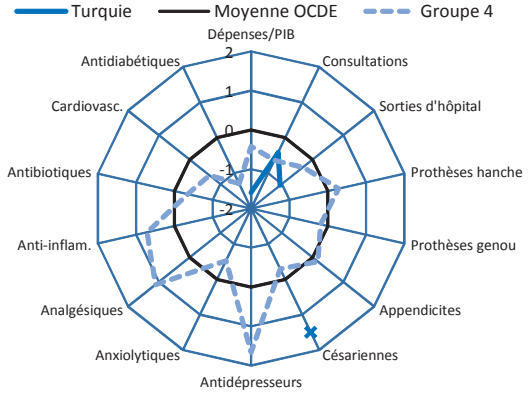
B. Mortalité évitable par groupe de causes

Données non disponibles

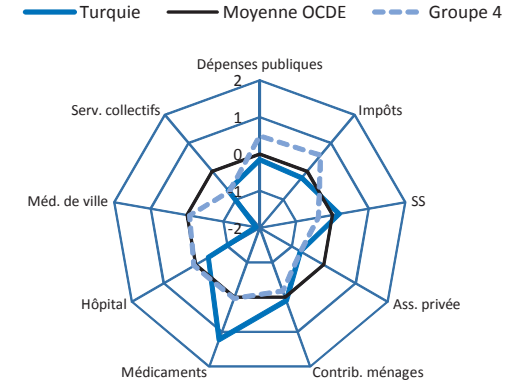
C. Ressources physiques et prix



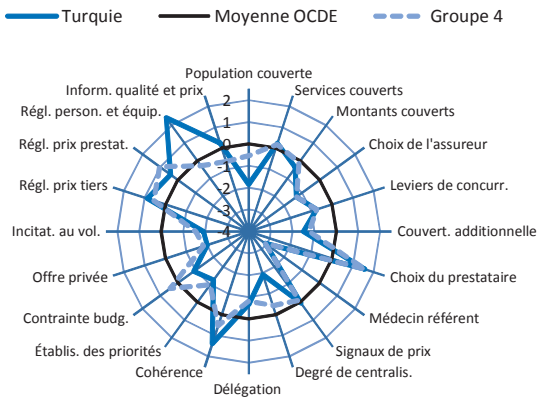
D. Activité et consommation médicales



E. Financement et composition des dépenses



F. Politiques et institutions



Note : Les groupes de pays sont le résultat d'une classification hiérarchique (ou analyse par clusters) réalisée sur les indicateurs institutionnels et de politique de santé. Dans tous les graphiques excepté le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le niveau de la variable pour le groupe ou le pays retenu est plus élevé que pour la moyenne de l'OCDE (par exemple, l'Allemagne a plus de lits d'hôpitaux que la moyenne des pays de l'OCDE). Dans le graphique A, les points extérieurs au cercle « Moyenne OCDE » indiquent que le groupe ou le pays retenu enregistre des performances supérieures à la moyenne de l'OCDE (par exemple, la part des coûts administratifs dans les dépenses totales de santé est supérieure en Allemagne à celle de la moyenne des pays de l'OCDE). Dans tous les graphiques excepté le graphique F, les points représentent les écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE et sont exprimés en écarts-types. Dans le graphique F, les points représentent les simples écarts par rapport à la moyenne de l'OCDE.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09 ; estimations de l'OCDE fondées sur Nolte et Mc Kee (2008).

Bibliographie

Adang, E.M.M. et G.F. Borm (2007), « Is There an Association Between Economic Performance and Public Satisfaction in Health Care? », *European Journal of Health Economics*, vol. 8, n° 3, pp. 279-285.

Afonso, A. et M. St. Aubyn (2006), « Relative Efficiency of Health Provision: a DEA Approach with Non-discretionary Inputs », *ISEG-UTL Economics Working Paper*, n° 33/2006/DE/UECE.

Ahgren, B. (2010), « Competition and Integration in Swedish Health Care », *Health Policy*, vol. 96, n° 2, pp. 91-97.

Anand, S., W. Ammar, T. Evans, T. Hasegawa, K. Kissimova-Skarbek, A. Langer, A.O. Lucas, L. Makubalo, A. Marandi, G. Meyer, A. Podger, P. Smith, S. Wibulpolprasert (2003), « Report on the Scientific Peer Review Group on Health Systems Performance Assessment » dans *Health System Performance Assessment. Debates, Methods and Empiricism*, J.L. Murray et D.B. Evans (dir. pub.), Organisation mondiale de la santé, Genève.

Arrow, K. (1963), « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care », *The American Economic Review*, vol. 53, n° 5, pp. 941-973.

Arts, W. et J. Gelissen (2002), « Three Worlds of Welfare Capitalism or More? A State-of-the-Art Report », *Journal of European Social Policy*, vol. 12, n° 2.

Asiskovitch, S. (2010), « Gender and Health Outcomes: the Impact of Healthcare Systems and their Financing on Life Expectancies of Women and Men », Social Science and Medicine, vol. 70, pp. 886-895.

Askildsen, J.E., E. Bratberg et Ø.A. Nilsen (2000), « Sickness Absence over the Business Cycle », Bergen University, *Working Paper series in Social Insurance*, n° 39.

Askildsen J.E., E. Bratberg, et Ø.A. Nilsen (2002), « Unemployment, Labour Force Composition and Sickness Absence: A Panel Data Study », *IZA Discussion Paper* n° 466.

Atkinson, T. (2005), « Atkinson Review – Final Report: Measurement of Government Output and Productivity for the National Accounts », Palgrave Macmillan.

Bach, S., H. Blöchliger et D. Wallau (2009), « The Spending Power of Sub-central Governments: A Pilot Study », *Document de travail du Département des affaires économiques*, n° 705, OCDE, Paris.

Bambra, C. (2007), « Sifting the Wheat from the Chaff: a Two-dimensional Discriminate Analysis of Welfare State Regime Theory », *Social Policy and Administration*, vol. 41, n° 1, février.

Bassanini, A. et S. Scarpetta (2001), « Does Human Capital Matter for Growth in OECD Countries? Evidence from Pooled Mean-Group Estimates », *Document de travail du Département des affaires économiques*, n° 282, OCDE, Paris.

Becker, G.S. (2007), « Health as Human Capital: Synthesis and Extensions », *Oxford Economic Papers*, n° 59, p. 379-410.

Bellanger, M.M. et Z. Or (2008), « What Can We Learn from a Cross-country Comparison of the Costs of Child Delivery? », *Health Economics*, vol. 17.

Berger, M. et J. Messer (2002), « Public Financing of Health Expenditure, Insurance, and Health Outcomes », *Applied Economics*, vol. 34, n° 17, pp. 2105-2113.

Berta, P., G. Callea, G. Martini, G. Vittadini (2010), « The Effects of Upcoding, Cream Skimming and Readmission on the Italian Hospitals Efficiency: a Population-based Investigation », *Economic Modelling*, vol. 27, n° 4, pp. 812-821, juillet.

Burau, V. et R.H. Blank (2006), « Comparing Health Policy: An Assessment of Typologies of Health Systems », *Journal of Comparative Policy Analysis*, vol. 8, n° 1, mars, pp. 63-76.

Busse, R., J. Schreyögg et P.C. Smith (2006), « Hospital Case Payment Systems in Europe », *Health Care Management Science*, vol. 9, pp. 211-213.

Busse, R., J. Schreyögg et P.C. Smith (2008), « Variability in Healthcare Treatment Costs Amongst Nine EU Countries – Results from the Healthbasket Project », *Health Economics*, vol. 17, n° S1.

Cambois, E. et F. Jusot (2007), « Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe: une revue des études comparatives », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 2-3, janvier.

Colombo, F. et N. Tapay (2004), « Private Health Insurance in OECD Countries: the Benefits and Costs for Individuals and Health Systems », *OECD Health Working Papers*, n° 15, OCDE, Paris.

Conti, G., J. Heckman et S. Urzua (2010), « The Education-Health Gradient », *American Economic Review*, vol. 100, pp. 234-238.

Crémieux, P.-Y., P. Ouellette et C. Pilon (1999), « Health Care Spending as Determinants of Health Outcomes », *Health Economics*, vol. 8, pp. 627-639.

Crombie, I. et H.T.O. Davies (1998), « Beyond Health Outcomes: the Advantages of Measuring Process », *Journal of Evaluation and Clinical Practice*, vol. 4, n° 1, pp. 31-38.

Cutler, D., A. Deaton et A. Lleras-Muney (2005), « The Determinants of Mortality », Princeton University, Woodrow Wilson School of International Affairs, Research Program in Development Studies, *Working Paper No. 64.*

Cutler, D.M. et A. Lleras-Muney (2006), « Education and Health: Evaluating Theory and Evidence », *NBER Working Paper*, n° 12352, *www.nber.org/papers/w12352*.

Delattre, E. et B. Dormont (2003), « Fixed Fees and Physician-induced Demand: a Panel Data Study on French Physicians », *Health Economics*, vol. 12, pp. 741-754.

Diderichsen, F. (1995), « Market Reforms in Health Care and Sustainability of the Welfare State: Lessons from Sweden », *Health Policy*, vol. 21, pp. 141-153.

Docteur, E. et H. Oxley (2003), « Health-Care Systems: Lessons from Reform Experience », *OECD Health Working Papers*, n° 9, Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales, OCDE, Paris.

Dorman, P. (2000), « The Economics of Safety, Health, and Well-Being at Work: An Overview », Organisation internationale du travail, Genève.

Dormont, B., J. Oliveira Martins, F. Pelgrin et M. Suhrcke (2007), « Health Expenditures, Longevity and Growth », document présenté à la 9e Conférence européenne de la Fondation Rodolfo DeBenedetti intitulée « Health, Longevity and Productivity », mai 2007.

Edwards, R.D. et S. Tuljapurkar (2005), « Inequality in Life Spans and a New Perspective on Mortality Convergence Across Industrialized Countries », *Population and Development Review*, vol. 31, n° 4, décembre.

Efron, B., E. Halloran et S. Holmes (1996), « Bootstrap Confidence Levels for Phylogenetic Trees », *Proceedings of the National Academy of Science USA,* 93, pp. 7085-7090.

Elola, J., A. Daponte et V. Navarro (1995), « Health Indicators and the Organisation of Health Care Systems in Western Europe », *American Journal of Public Health*, vol. 85, n° 10, pp. 1397-1401.

Ennis, S. (2006), « Competition in the Provision of Hospital Services », *Journal of Competition Law and Policy*, vol. 8, n° 3.

Erlandsen, E. (2007), « Improving the Efficiency of Health Care Spending: Selected Evidence on Hospital Performance », *Document de travail du Département des affaires économiques*, n° 555, OCDE, Paris.

Eurostat (2001), *Manuel de la mesure des prix et des volumes dans les comptes nationaux*, Communautés européennes, Luxembourg.

Evans, D.B. (2002), « Évolution de l'approche de l'Organisation mondiale de la santé en matière d'évaluation de la performance des systèmes de santé », dans *Être à la hauteur : Mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE*, chapitre 9, OCDE, Paris.

Evans, D.B., J.A. Lauer, A. Tandon et C.J.L. Murray (2003), « Determinants of Health System Performance: Second Stage Efficiency Analysis », dans *Health System Performance Assessment Debates, Methods and Empiricism,* J.L. Murray et D.B. Evans (dir. pub.), Organisation mondiale de la santé, Genève.

Feinstein, L., R. Sabates, T.M. Anderson, A. Sorhaindo et C. Hammond (2006), « What are the Effects of Education on Health », dans *Measuring the Effects of Education on Health and Civic Engagement: Proceedings of the Copenhagen Symposium*, OCDE, Paris.

Filmer, D. et L. Pritchett (1997), « Child Mortality and Public Spending on Health: How Much Does Money Matter? ».

Fogel, R.W. (2004), *The Escape from Hunger and Premature Death, 1700-2100*, Cambridge University Press.

Frank, R. (2004), « Behavioural Economics and Health Economics », *NBER Working Paper*, n° 10881, octobre 2004.

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? », *OECD Health Working Papers*, n° 32, Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales, OCDE, Paris.

Garcia Armesto, S., M.L. Gil Lapetra, L. Wei, E. Kelley et les membres du Groupe d'experts HCQI (2007), « Health Care Quality Indicators Project – 2006 Data Collection Update Report », *OECD Health Working Papers,* n° 29, octobre.

Gonand, F., I. Joumard et R. Price (2007), « Public Spending Efficiency: Institutional Indicators in Primary and Secondary Education », *Document de travail du Département des affaires économiques,* n° 543, OCDE, Paris.

Gravelle, H. (1998), « How Much of the Relationship between Population Mortality and Unequal Distribution of Income is a Statistical Artifact? », *British Medical Journal*, n° 316, pp. 382-385.

Grignon, M., V. Paris et D. Polton (2002), « L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficience du système de soins », Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, *Étude n° 35*.

Grignon, M. et T. Renaud (2007), « Sickness and Injury Leave in France: Moral Hazard or Strain? », *Document de travail IRDES n° 4*.

Grossman, M. (2004), « The Demand for Health, 30 years Later: a very Personal Retrospective and Prospective Reflection », *Journal of Health Economics*, vol. 23, pp. 629-636.

Grytten, J., F. Carlsen et I. Skau (2008), « Primary Physicians' Response to Changes in Fees », *European Journal of Health Economics*, vol. 9, n° 2.

Häkkinen, U. et I. Joumard (2007), « Cross-country Analysis of Efficiency in OECD Health Care Sectors: Options for Research », *Document de travail du Département des affaires économiques*, n° 554, OCDE, Paris.

Hanoch, Y., T. Rice, J. Cummings et S. Wood (2009), « How Much Choice is Too Much? The Case of Medicare Prescription Drug Benefit », *Health Services Research*, vol. 44, n° 4, août.

Heijink R. et T. Renaud (2009), « Études de coûts par pathologie : une comparaison méthodologique entre cinq pays », Questions d'économie de la santé, IRDES, n° 143, juin.

Hitiris, T. et J. Possnett (1992), « The Determinants and Effects of Health Expenditure in Developed Countries », *Journal of Health Economics*, 1992, vol. 11, n° 2, pp. 173-181.

Hollingsworth, B. (2007), *« State of the Art: Efficiency Measurement in Health and Health Care », Non Parametric Efficiency Measurement*.

Hsiao, W.C. et P.S. Heller (2007), « What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy? », *IMF Working Paper*, WP/07/13.

Hurley, J. (2000), « An Overview of the Normative Economics of the Health Sector », dans A.J. Culyer et J.P. Newhouse (dir. pub.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier, vol. 1, partie 1, pp. 55-118.

Hurst, J. (2002), « Mesure et amélioration de la performance dans les systèmes de santé de l'OCDE : Aperçu des enjeux et des défis », dans *Être à la hauteur : Mesurer et*

améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE, chapitre 2, OCDE, Paris.

Hussey, P.S., H. de Vries, J. Romely, M.C. Wang, S.S. Chen, P.G. Shekelle et E.A. McGlynn (2009), « A Systematic Review of Health Care Efficiency Measures », *Health Services Research*, vol. 44, n° 3, juin.

Jacobs, R., P.C. Smith et A. Street (2006), « Measuring Efficiency in Health Care – Analytic Techniques and Health Policy », Cambridge University Press.

Joumard, I. et P. Kongsrud (2003), « Fiscal Relations Across Government Levels », *Document de travail du Département des affaires économiques*, n° 375, OCDE, Paris.

Joumard, I., C. André, C. Nicq et O. Chatal (2008), « Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency », *Document de travail du Département des affaires économiques*, n° 627, OCDE, Paris.

Judge, K. (1995), « Income Distribution and Life Expectancy: a Critical Appraisal », BMJ, vol. 311, pp. 1282-1285.

Kainzinger, F., C.A. Raible, K. Pietrek, J. Müller-Nordhorn et S.N. Willich (2009), « Optimization of Hospital Stay through Length-of-Stay-Oriented Case Management: an Empirical Study », *Journal of Public Health*, vol. 17, pp. 395-400.

Kelley, E., S. Garcia Armesto, M.L. Gil Lapetra, L. Wei et les membres du Groupe d'experts HCQI (2007), « Health Care Quality Indicators project – 2006 data collection update report », *OECD Health Working Papers*, n° 27.

Kiuila, O. et P. Mieszkowski (2007), « The Effect of Income, Education and Age on Health », *Health Economics*.

Kondo, A., B.K. Zierler, Y. Isokawa, H. Hagino et Y. Ito (2009), « Comparison of Outcomes and Costs after Hip Fracture Surgery in Three Hospitals that have Different Care Systems in Japan », *Health Policy*, vol. 91, pp. 204-210.

Kotzian, P. (2006), « Control and Performance of Health Care Systems – a Comparative Analysis of 19 OECD Countries », *Working Paper,* n° 6, Technische Universität Darmstadt.

Leu, R.E. et P. Matter (2009) « Comparaison des systèmes de santé suisse et néerlandais », *La Vie économique*, 11-2009.

Looper, M. de et G. Lafortune (2009), « Measuring Disparities in Health Status and in Access and Use of Health Care in OECD Countries », *OECD Health Working Papers*, n° 43, Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales, OCDE, Paris.

Lorgelly, P.K. et J. Lindley (2007), « What is the Relationship Between Income Inequality and Health? Evidence from the BHPS », *Health Economics*, juin.

Mackenbach, J.P. (2002), « Income Inequality and Population Health », *British Medical Journal*, vol. 324, janvier.

Manning, W.G., J.P. Newhouse, N. Duan, E.B. Keeler, B. Benjamin et A. Liebowitz (1988), « Health Insurance and the Demand for Medical Care – Evidence from a Randomized Experiment », Rand Insurance Experiment Series.

Mattke, S., E. Kelley, P. Scherer, J. Hurst, M.L. Gil Lapetra et les membres du Groupe d'experts HCQI (2006), « Health Care Quality Indicators Project – Initial Indicators Report », *OECD Health Working Papers,* n° 22.

McIsaac, S.J. et R.G. Wilkinson (1997), « Income Distribution and Cause-specific Mortality », *European Journal of Public Health*, vol. 7, n° 1, pp. 45-53.

Medved, J., J. Nemec et L. Vítek (2005), « Social Health Insurance and its Failure in the Czech Republic and Slovakia: The Role of the State », *Prague Economic Papers*, 1.

Miller, R.D. et T. Frech (2002), « The Productivity of Health Care and Pharmaceuticals: Quality of Life, Cause », University of California, Santa Barbara, *UCSB Departmental Working Paper*, 12-02.

Murray, J.L. et D.B. Evans (2003), *Health System Performance Assessment. Debates, Methods and Empiricism*, Organisation mondiale de la santé, Genève.

Nixon, J. (2000), « How Does the UK NHS Compare with European Standards? A Review of EU Health Care Systems Using Hierarchical Cluster Analysis », *Discussion Paper,* 182, Centre for Health Economics, University of York.

Nixon, J. et P. Ullmann (2006), « The Relationship between Health Care Expenditure and Health Outcomes – Evidence and Caveats for a Causal Link », *European Journal of Health Economics*, vol. 7, n° 1, pp. 7-19.

Nolte, E. et C.M. McKee (2008), « Measuring the Health of Nations: Updating an Earlier Analysis », *Health Affairs*, vol. 27, n° 1, pp. 58-71.

OCDE (2002), *Études économiques de l'OCDE : Norvège 2002*, OCDE, Paris.

OCDE (2003*a*), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : La Corée 2003*, OCDE, Paris.

OCDE (2003*b*), *Études économiques de l'OCDE : Finlande 2003*, OCDE, Paris.

OCDE (2004), *Vers des systèmes de santé plus performants*, OCDE, Paris.

OCDE (2005*a*), *Études économiques de l'OCDE : Belgique 2005*, OCDE, Paris.

OCDE (2005*b*), *Études économiques de l'OCDE : Suède 2007*, OCDE, Paris.

OCDE (2006*a*), *Panorama de la société 2006 : Les indicateurs sociaux de l'OCDE*, OCDE, Paris.

OCDE (2006*b*), *Études économiques de l'OCDE : Australie 2006*, OCDE, Paris.

OCDE (2006*c*), *Revue de l'OCDE sur le droit et la politique de la concurrence*, vol. 8, n° 3, OCDE, Paris.

OCDE (2007*a*), *Panorama des régions de l'OCDE 2007*, OCDE, Paris.

OCDE (2007*b*), *Regards sur l'éducation 2007 : Les indicateurs de l'OCDE*, OCDE, Paris.

OCDE (2008*a*), *Perspectives de l'emploi de l'OCDE 2008*, Paris.

OCDE (2008*b*), *Handbook on Constructing Composite Indicators – Methodology and User Guide*, OCDE, Paris.

OCDE (2009*a*), Eco-Santé OCDE 2009 sur CD-ROM : Statistiques et indicateurs pour 30 pays, Éditions OCDE, Paris, *www. oecd.org/health/healthdata*.

OCDE (2009*b*), *OECD Health Care Quality Indicators Data*, OCDE, Paris.

OCDE (2009*c*), *Panorama de la santé 2009 : Les indicateurs de l'OCDE*, Paris.

OCDE (2009*d*), *Études économiques de l'OCDE : Japon 2009*, OCDE, Paris.

OCDE (2009*e*), *Études économiques de l'OCDE : Royaume-Uni 2009,* OCDE, Paris.

Oliveira Martins, J. et C. de la Maisonneuve (2006), « Les déterminants des dépenses publiques de santé et de soins de longue durée : une méthode de projection intégrée », *Revue économique de l'OCDE*, n° 43, 2006/2, OCDE, Paris.

Or, Z. (2000*a*), « Déterminants de la performance des pays industrialisés en matière de santé : une analyse temporelle transversale », *Revue économique de l'OCDE*, n° 30, 2000-1, OCDE, Paris.

Or, Z. (2000*b*), « Exploring the Effects of Health Care on Mortality Across OECD Countries », OECD Labour Market and Social Policy, *Occasional Paper*, n° 46, OCDE, Paris.

Or, Z., J. Wang et D. Jamison (2005), « International Differences in the Impact of Doctors on Health: a Multilevel Analysis of OECD Countries », *Journal of Health Economics*, vol. 24, pp. 531-560.

Or, Z., T. Renaud, L. Com-Ruelle (2009), « Les écarts des coûts hospitaliers sont-ils justifiables? Réflexions sur une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé en France », *Document de travail IRDES*, n° 25, mai.

Organisation mondiale de la santé (2000), *Rapport sur la santé dans le monde 2000 – Pour un système de santé plus performant*, OMS, Genève.

Organisation mondiale de la santé (2002), *Rapport sur la santé dans le monde 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine*, OMS, Genève.

Organisation mondiale de la santé (2007), « Everybody's Business – Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes », *WHO's Framework for Action*, OMS, Genève.

Organisation mondiale de la santé (2009), « Systèmes de santé, santé et prospérité », Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé, 25-27 juin 2008, Tallin, Estonie.

Organisation mondiale de la santé (2010), *Statistiques sanitaires mondiales 2010*, OMS, Genève.

Osterkamp, R. et O. Röhn (2007), « Being on Sick Leave: Possible Explanations for Differences of Sick-leave Days Across Countries », *CESifo Economic Studies*, *http://cesifo.oxfordjournals.org/cgi/reprint/ifm005v1*.

Oxley, H. et D. Morgan (2009), « Tendances à l'accélération des dépenses de santé », dans *Obtenir un meilleur rapport qualité-prix dans les soins de santé, Études de l'OCDE sur les politiques de santé*, OCDE, Paris.

Paris, V., M. Devaux et L. Wei (2010), « Health Systems Institutional Characteristics: a Survey of 29 OECD Countries », *OECD Health Working Papers*, n° 50, OCDE, Paris.

Peterson, C.L. et R. Burton (2007), « US Health Care Spending: Comparison with other OECD Countries », *CRS Report for Congress*, septembre.

Pommer, E., A. van Torre et B. Kuhry (2004), « Health Care », dans *Public Sector Performance*, Bureau de planification sociale et culturelle des Pays-Bas.

Prieto, L. et J.A. Sacristán (2003), « Problems and Solutions in Calculating Quality-Adjusted Life Years (QALYs) », *Health and Quality of Life Outcomes*, vol. 1, n° 80, Health Outcomes Research Unit, Espagne.

Puig-Junoy, J. (1998), « Measuring Health Production Performance in the OECD », *Applied Economic Letters*, vol. 5, n° 4, p. 255-259.

Retzlaff-Roberts, D., C. Chang et R. Rubin (2004), « Technical Efficiency in the Use of Health Care Resources: a Comparison of OECD Countries », *Health Policy*, vol. 69, pp. 55-72.

RIVM (2008), *Dutch Health Care Performance Report*, Centre for Prevention and Health Services Research, National Institute for Public Health and the Environment, Pays-Bas.

Robberstad, B. (2005), « QALYs v DALYs vs LYs Gained: What are the Differences, and What Difference do They Make for Health Care Priority Setting? », *Norsk Epidemiologi*, vol. 15, n° 2, pp. 183-191.

Sabik, L.M. et R.K. Lie (2008), « Priority Setting in Health Care: Lessons from the Experiences of Eight Countries », *International Journal for Equity in Health*, 7:4.

Saisana, M. et S. Tarantola (2002), « State-of-the-art Report on Current Methodologies and Practices for Composite Indicator Development », Centre commun de recherche de la Commission européenne et Institut pour la protection et la sécurité des citoyens, Italie.

Saltman, R.B. (2008), « Decentralization, Re-centralization and Future European Health Policy », *European Journal of Public Health*, vol. 18, n° 2.

Sassi, F. (2006), « How to Do (or Not to Do)… Calculating QALYs, Comparing QALY and DALY Calculations », *Health Policy and Planning*, vol. 21, n° 5, pp. 402-408.

Schreyer, P., A. Gallais, S. Hopkins, F. Koechlin, L. Lorenzoni et S. Varjonen (2010), « Towards Measuring the Volume Output of Education and Health Services », *OECD Statistics Directorate Working Papers*, n° 33, OCDE, Paris.

Self, S. et R. Grabowski (2003), « How Effective is Public Health Expenditure in Improving Overall Health? A Cross-country Analysis », *Applied Economics*, vol. 35, pp. 835-845.

Shafrin, J. (2010), « Operating on Commission: Analyzing How Physician Financial Incentives Affect Surgery Rates », *Health Economics*, mai.

Shakarishvili, G. (2009), « Building on Health Systems Frameworks for Developing a Common Approach to Health Systems Strengthening », document de discussion rédigé pour le Technical Workshop on Health Systems Strengthening, Washington DC, 25-27 juin 2009.

Shaw, J.W., W.C. Horrace et R.J. Vogel (2002), « The Productivity of Pharmaceuticals in Improving Health: an Analysis of the OECD Health Data », *WUSTL Economics Working Paper, HEW series*.

Shimodaira, H. (2002), « An Approximately Unbiased Test of Phylogenetic Tree Selection », *Systematic Biology* 51(3), pp. 492-508.

Shimodaira, H. (2004), « Approximately Unbiased Tests of Regions Using Multistep-Multiscale Bootstrap Resampling », *The Annals of Statistics*, n° 6, pp. 2616-2641.

Simar, L. et P.W. Wilson (2005), « Estimation and Inference in Two-stage, Semi-parametric Models of Production Processes », *Journal of Econometrics*, vol. 136, n° 1.

Simoens, S. et J. Hurst (2006), « The Supply of Physician Services in OECD Countries », *OECD Health Working Papers*, n° 21, OCDE, Paris.

Smith, P. (2002), « Construction d'indicateurs composites pour l'évaluation de l'efficience des systèmes de santé », dans *Être à la hauteur : Mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE*, OCDE, Paris.

Smith, P.C. (2008*a*), « Les mécanismes de marché et l'utilisation des ressources dans le secteur de la santé », dans *Obtenir un meilleur rapport qualité-prix dans les soins de santé*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, OCDE, Paris.

Smith, P.C. (2008*b*), « L'impact de la facturation des soins aux usagers », dans *Obtenir un meilleur rapport qualité-prix dans les soins de santé*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, OCDE, Paris.

Soares, R.R. (2007), « Health and the Evolution of Welfare across Brazilian Municipalities », *Journal of Development Economics*, vol. 84, pp. 590-608.

Spinks, J. et B. Hollingsworth (2007), « Cross-country Comparisons of Technical Efficiency of Health Production: A Demonstration of Pitfalls », *Applied Economics*, novembre.

Stargardt, T. (2008), « Health Service Costs in Europe: Cost and Reimbursement of Primary Hip Replacement in Nine Countries », *Health Economics*, vol. 17, n° S1.

Sutherland, D., R. Price, I. Joumard et C. Nicq (2007), « Performance Indicators for Public Spending Efficiency in Primary and Secondary Education », *Document de travail du Département des affaires économiques*, n° 546.

Tengs, T., M. Adams, J. Pliskin, D. Safran, J. Siegel, M. Weinstein et J. Graham (1995), « Five-Hundred Life-Saving Interventions and Their Cost-Effectiveness », *Risk Analysis*, vol. 15, n° 3.

Thornton, J. (2002), « Estimating a Health Production Function for the US: some New Evidence », *Applied Economics*, vol. 34:1, pp. 59-62.

Tobias, M. et L.C. Yeh (2009), « How Much Does Health Care Contribute to Health Gain and to Health Inequality? Trends in Amenable Mortality in New Zealand 1981-2004 », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 33, n° 1.

Verhoeven, M., V. Gunnarsson et S. Carcillo (2007), « Education and Health in G7 Countries: Achieving Better Outcomes with Less Spending », *IMF Working Paper*, n° 07/263.

Vogli, R. de, R. Mistry, R. Gnesotto et G.A. Cornia (2005), « Has the Relation between Income Inequality and Life Expectancy Disappeared? Evidence from Italy and Top Industrialised Countries », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 59, pp. 159-162.

Wendt, C. (2009), « Mapping European Healthcare Systems: a Comparative Analysis of Financing, Service Provision and Access to Healthcare », *Journal of European Social Policy*, vol. 19, n° 5, décembre.

Wendt, C., L. Frisina et H. Rothgang (2009), « Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison », *Social Policy and Administration*, vol. 43, n° 1, février.

Wilkinson, R.G. (1992), « Income Distribution and Life Expectancy », *British Medical Journal*, vol. 304, pp. 165-168.

Woolhandler, S., T. Campbell et D. Himmelstein (2003), « Costs of Health Care Administration in the United States and Canada », *The New England Journal of Medicine*, vol. 349, août.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

L'OCDE est un forum unique en son genre où les gouvernements œuvrent ensemble pour relever les défis économiques, sociaux et environnementaux que pose la mondialisation. L'OCDE est aussi à l'avant-garde des efforts entrepris pour comprendre les évolutions du monde actuel et les préoccupations qu'elles font naître. Elle aide les gouvernements à faire face à des situations nouvelles en examinant des thèmes tels que le gouvernement d'entreprise, l'économie de l'information et les défis posés par le vieillissement de la population. L'Organisation offre aux gouvernements un cadre leur permettant de comparer leurs expériences en matière de politiques, de chercher des réponses à des problèmes communs, d'identifier les bonnes pratiques et de travailler à la coordination des politiques nationales et internationales.

Les pays membres de l'OCDE sont : l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Chili, la Corée, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, les États-Unis, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, Israël, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, le Mexique, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République slovaque, la République tchèque, le Royaume-Uni, la Slovénie, la Suède, la Suisse et la Turquie. La Commission européenne participe aux travaux de l'OCDE.

Les Éditions OCDE assurent une large diffusion aux travaux de l'Organisation. Ces derniers comprennent les résultats de l'activité de collecte de statistiques, les travaux de recherche menés sur des questions économiques, sociales et environnementales, ainsi que les conventions, les principes directeurs et les modèles développés par les pays membres.

ÉDITIONS OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16
(11 2010 02 2 P) ISBN 978-92-64-09491-8 – n° 57718 2011-02

Systèmes de santé

EFFICACITÉ ET POLITIQUES

L'état de santé de la population des pays de l'OCDE n'a cessé de s'améliorer comme l'indiquent l'allongement de l'espérance de vie et la hausse des taux de survie pour certaines maladies comme le cancer. Néanmoins, les dépenses de santé s'élèvent à présent à plus de 9 % du PIB en moyenne dans l'OCDE. Dès lors, améliorer l'efficacité-coût dans le secteur de la santé est un objectif important pour tous les pays de l'OCDE.

Ce livre offre une vision approfondie des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE. Quel est l'état de santé de la population ? Comment évaluer la contribution des dépenses de santé ? Comment mesurer l'efficacité des systèmes de santé ? Comment les institutions et politiques de la santé affectent-elles la performance des dépenses de santé ? Ce livre offre des réponses à ces questions. Les chapitres décrivent : l'évolution récente des résultats et des dépenses ; les approches pour mesurer l'efficacité ; les nouveaux indicateurs des institutions et politiques de la santé ; les caractéristiques et performances des systèmes de santé.

Merci de citer cet ouvrage comme suit :

OCDE (2011), *Systèmes de santé : efficacité et politiques*, Éditions OCDE.
http://dx.doi.org/10.1787/9789264094925-fr

Cet ouvrage est publié sur *OECD iLibrary*, la bibliothèque en ligne de l'OCDE, qui regroupe tous les livres, périodiques et bases de données statistiques de l'Organisation. Rendez-vous sur le site ***www.oecd-ilibrary.org*** et n'hésitez pas à nous contacter pour plus d'informations.

éditions OCDE
www.oecd.org/editions

ISBN 978-92-64-09491-8
11 2010 02 2 P