

Le système de santé

Ce cours vous est proposé par Jérôme Wittwer, Professeur des universités en économie, Université de Bordeaux, et AUNEGe, l'Université Numérique en Économie Gestion.

Table des matières

Préambule.....	3
Les acteurs du système de soins	3
La gouvernance du système de soins français.....	6
L'ancrage Bismarckien.....	6
La mutation vers un modèle mixte	7
Du principe contributif à la couverture universelle	8
Les cotisations sociales progressivement remplacées par des taxes	8
Une place renforcée de l'Etat dans la gouvernance du système	9
Les particularités du système français.....	10
La structure du financement des soins en France.....	11
Les comptes de la santé.....	13
La Consommation de soins et de bien médicaux (CSBM).....	14
Définition et mesure.....	14
Composition et évolution	15
Financement de la CSBM.....	17
La dépense courante de santé au sens international (DCSi).....	18
Les soins de longue durée (16% de la DCSi en 2023)	19
La prévention institutionnelle (2% de la DCSi en 2023)	19
La gouvernance (5% de la DCSi en 2023)	20
L'Ondam	21
Les instruments du régulateur	23
L'administration de l'offre de soins et des prix.....	24
Organisation et stimulation de la concurrence	25

Concurrence entre offreurs de soins sur la qualité des soins 25

Concurrence en prix organisée par le financeur 25

Contraindre la concurrence pour favoriser l'efficacité. 26

Références 27

Préambule

Objectifs d'apprentissage :

- Comprendre les principes de l'architecture de systèmes de soins et le rôle des différents acteurs ;
- Assimiler la structure du financement des soins en France ;
- Être en capacité d'analyser les particularités du système de soins français.

Les acteurs du système de soins

On peut schématiser un système de soins¹ en considérant trois grands types d'acteurs :

- Les offreurs de soins (professionnels de santé et établissements de soins),
- Les usagers du système de soins,
- Les financeurs (assureurs et/ou État).

Un système de soins se caractérise par la nature des relations entre ces trois grands acteurs.

D'une certaine façon, ce type de schématisation pourrait être celui de tout marché assurantiel : des assurés, des assureurs et des prestataires qui réparent le dommage si le risque se réalise. Par comparaison avec d'autres marchés de l'assurance, la spécificité du système de soins vient de la place prééminente de l'État dans l'encadrement et la régulation des relations entre ces trois grands types d'acteurs.

La **figure 1** rend compte :

- Des flux financiers entre ces trois grands acteurs (flèches orange),
- Les types d'interactions entre eux (flèches bleues),
- Les différents rôles du régulateur (l'État ou plus généralement une instance en charge de la régulation).

¹ Nous évoquons ici le système de soins et non le système de santé pour signifier qu'il ne s'agit pas de rendre compte des interactions entre l'ensemble des acteurs du champ de la santé mais seulement entre ceux intervenant dans le système de soins. Nous écartons en particulier tous les acteurs de la prévention intervenant en dehors du système de soins (dans les entreprises, les associations, les collectivités territoriales) et ayant un rôle central dans un système de santé entendu au sens élargi du terme.

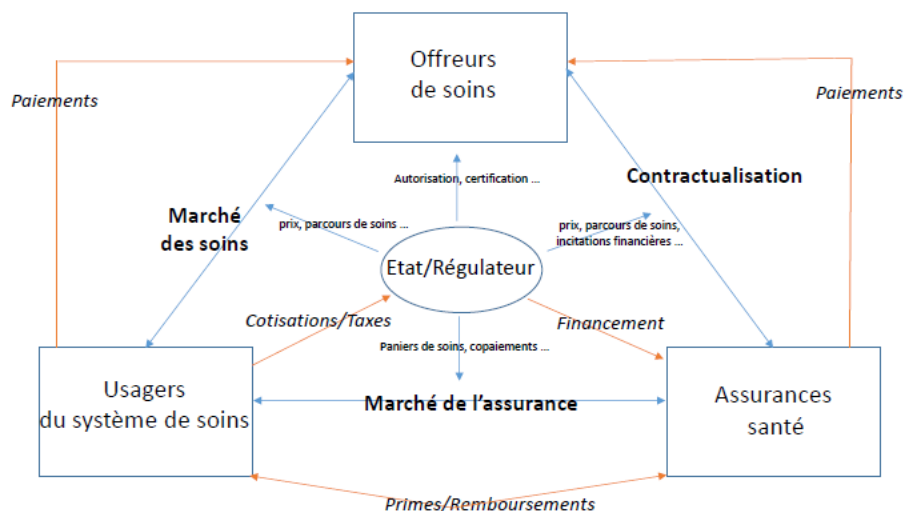


Figure 1 : Architecture du système de soins

Les relations entre les producteurs de soins et les usagers dépendent de l'organisation des systèmes de soins, mais elles consistent toujours en la délivrance d'un service de soins à un usager qui donne lieu à une rémunération du professionnel ou de l'établissement de santé qui délivre le soin. Les usagers sont le plus souvent couverts par une assurance maladie (ou par l'État dans le cadre d'un service public) de telle sorte que les flux financiers peuvent prendre des formes différentes : paiement du patient au professionnel puis remboursement (total ou partiel) par le financeur ou paiement direct au professionnel par le financeur. Cette relation est le plus souvent fortement encadrée par le régulateur qui peut (comme c'est le cas en France) fixer administrativement les prix des services offerts par les professionnels ou encore contraindre les parcours de soins de usagers du système.

Exemple :

En imposant le passage par un médecin généraliste avant la visite d'une spécialiste ou en pénalisant financièrement les parcours dérogeant à cette règle.

Les assureurs peuvent également imposer des parcours de soins à leurs clients et négocier des prix avec les offreurs de soins.

Exemple :

C'est le cas dans les systèmes de soins qui s'appuient sur des assurances en concurrence comme aux États-Unis.

En d'autres termes, la relation entre offreurs de soins et usagers peut être comprise comme **une relation marchande**, généralement totalement ou partiellement solvabilisée par un ou des

financeurs qui encadre(nt) le parcours de soins des usagers et négocient le prix avec les offreurs de soins.

Les relations entre les financeurs et les usagers dépendent du mode d'organisation du financement des soins. Dans un système Beveridgien (financé par l'État, voir la section suivante), les flux financiers vont des usagers du système de soins vers l'État (ou régulateur) via l'impôt et de l'État vers les professionnels de santé.

Sur le graphique, nous avons ajouté une étape de l'État vers l'assurance maladie mais qui n'existe en réalité pas dans les systèmes Beveridgiens qui voient l'État directement financer les offreurs de soins.

Dans des systèmes fondés sur un financement des soins par une assurance maladie publique, les prélèvements obligatoires (impôt, taxe et/ou cotisations sociales) viennent alimenter le fond de l'assurance maladie.

Quand le financement est assuré par des assurances privées, la relation entre les assureurs et les usagers prend la forme d'une relation marchande sur **un marché concurrentiel de l'assurance maladie**, les usagers payant des primes aux assureurs qui les couvrent en retour (totalement ou partiellement) pour leurs dépenses de soins. Ces marchés font généralement l'objet d'une régulation très étroite (sur le périmètre des paniers de soins couverts, la sélection des risques, les tarifs pratiqués ...).

Les relations entre les financeurs et les professionnels de santé relèvent **d'une relation contractuelle** qui fixe notamment les conditions de rémunération des professionnels mais également les conditions d'exercice.

Comme nous le détaillons plus bas, dans le cas français, ces relations contractuelles s'organisent autour de négociations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie qui permettent de fixer les prix des actes mais également de statuer sur un certain nombre d'obligations pour les professionnels et sur des mécanismes de rémunération additionnels. Les flux financiers entre les financeurs et les professionnels prennent des formes très variables en fonction des types de soins et des systèmes de santé. Dans le cas français, les actes en médecine libérale font généralement l'objet d'un paiement par le patient qui est remboursé par le financeur dans un second temps. Dans ce cas, il n'y a donc pas de flux financier entre le financeur et le professionnel. À l'hôpital, en revanche, le financeur rémunère l'établissement pour chaque séjour d'un patient (en fonction du type de séjour) ou bien par des enveloppes globales annuelles fixées en fonction de l'activité de l'établissement.

Le régulateur, incarné par l'État ou des administrations décentralisées, a généralement un rôle très important dans l'encadrement des relations entre les trois grands types d'acteurs. Il a par ailleurs un rôle majeur dans la qualité des soins délivrés grâce à la formation des professionnels

qu'il encadre et à l'évaluation de la qualité de l'offre (par son rôle d'accréditation des établissements de santé par exemple). Il tient également un rôle central dans la détermination de la capacité totale du système de soins à répondre à la demande. Il assure ce rôle en encadrant le nombre de professionnels formés chaque année ainsi qu'au travers des autorisations d'ouverture des structures de soins ou des unités de soins. L'offre de soins, capacité totale et composition, est ainsi étroitement encadrée par le régulateur tant en termes qualitatifs que quantitatifs.

Si les grands types d'acteurs d'un système de soins sont toujours les mêmes, leurs interrelations sont très différentes d'un système à l'autre en fonction de l'organisation du financement des soins (et donc des flux financiers entre acteurs) et de la régulation mise en place par les autorités.

Le système français répond à des caractéristiques très spécifiques.

La gouvernance du système de soins français

L'ancrage Bismarckien

Le système de soins français moderne est né des ordonnances sur la protection sociale de 1945. Ces ordonnances marquent l'ancrage dans un système Bismarckien fondé sur une caisse de sécurité sociale couvrant les principaux risques sociaux : maladie, accidents du travail, vieillesse et famille.

Le système est dit bismarckien parce qu'il s'appuie sur le principe de cotisations sociales prélevées sur les salaires venant abonder des caisses de sécurité sociale gérées par les partenaires sociaux (syndicats de salariés et d'employeurs). Ce principe a été celui du système de protection sociale instauré sous l'autorité du chancelier Bismarck dans les années 1880 pour couvrir les risques maladies et vieillesse des ouvriers allemands.

La protection sociale d'un système Bismarckien est donc gérée par les salariés (et les employeurs) pour prévenir les risques de ne plus pouvoir faire face aux besoins de leurs familles : parce qu'on est malade, trop vieux, ou qu'il faut faire face à de nouveaux besoins liés à l'arrivée d'un enfant ou à la nécessité de se faire soigner.

Un système Bismarckien est donc fondé sur une logique assurantielle ou mutualiste. On se regroupe autour de caisses de sécurité sociale pour faire face aux risques financiers individuels. Il s'agit de garantir un revenu de remplacement en cas d'impossibilité de travailler ou pour faire face à des dépenses supplémentaires.

Cette forme assurantielle du financement des soins érigée en 1945 en France est d'une certaine façon héritée des mutuelles santé déjà présentes en France avant 1945 et dont le rôle

avait été renforcé par les lois sociales de 1928 et 1930 instaurant une couverture maladie obligatoire pour les salariés. Ces mutuelles ont conservé un rôle après 1945 dans le financement des tickets modérateurs (la partie du coût des soins non remboursée par l'assurance maladie, voir plus loin).

Ce système de 1945 marque la dualité originelle du système : l'organisation du financement des soins d'un côté et l'offre de soins d'un autre côté.

La médecine libérale française s'inscrit dans l'esprit de cette dualité constitutive même si le système a évolué très significativement depuis 1945 (voir ci-dessous). L'offre de soins est une offre de service délivrée par des professionnels tarifiant leurs services comme toute profession libérale. En d'autres termes, les médecins n'ont rien à voir, ou ne veulent pas avoir à faire, avec l'organisation du financement des soins offrant une couverture assurantielle aux usagers du système de soins. Bien entendu, cette dualité est un mirage et comme dans tout système assurantiel, le financeur a droit de regard sur les pratiques des offreurs de services. Cette représentation d'une médecine libérale à l'écart du système d'assurance maladie, et pouvant tout à fait fonctionner sans (au moins en théorie), a profondément façonné la profession (Hassenteufel 1997).

La mutation vers un modèle mixte

Le système de soins français a très significativement évolué depuis 1945 pour se rapprocher d'un modèle de type Beveridgien. Ce modèle fait référence au système britannique instauré pendant la deuxième guerre mondiale sous l'initiative de Lord Beveridge.

C'est un système universel (qui couvre l'ensemble des citoyens), financé par impôt et dans lequel les professionnels de santé sont rémunérés par le ministère de la santé (ou plus concrètement par des instances territoriales elles-mêmes financées par le ministère de la santé). C'est un système fondé sur la délivrance par l'État d'un service public de soins. C'est un modèle qui ne repose donc pas sur une logique assurantielle à la différence du modèle bismarckien et dans lequel les professionnels de santé sont directement parties prenantes par une participation active à l'administration du système de santé. La logique est là encore très différente de celle du modèle bismarckien fondé sur une médecine libérale qui se veut radicalement indépendante du système de financement des soins.

Cependant, le modèle français a progressivement revêtu beaucoup d'aspects du modèle Beveridgien pour devenir aujourd'hui un modèle mixte mêlant caractéristiques d'un modèle Bismarckien et caractéristiques d'un modèle Beveridgien.

Du principe contributif à la couverture universelle

La logique assurantielle du modèle français conditionnait originellement le droit à la couverture santé à la contribution au financement de la caisse d'assurance maladie par des cotisations sociales prélevées sur les salaires. En d'autres termes, ne pouvaient bénéficier de la couverture de l'assurance maladie que ceux qui cotisaient, c'est-à-dire ceux qui travaillaient et les ayants droits de ces derniers (conjoint et enfants).

Ce fonctionnement a progressivement posé des problèmes d'accès aux droits, en particulier à partir des années 1980 qui ont vu le taux de chômage augmenter très significativement. Un nombre croissant de personnes ne bénéficiaient pas de couverture santé et devaient s'en remettre à des dispositifs d'assistance locaux (Assistance Médicale Gratuite, AMG) beaucoup moins couvrant.

La Couverture Maladie Universelle (CMU) a ainsi été promulguée en 2000 avec pour objectif d'offrir une couverture pour tous les résidents à titre régulier sur le territoire français². La PUMA (Protection Universelle Maladie) en 2016 est venue se substituer à la CMU pour renforcer l'accès universel à l'assurance maladie (Tabuteau 2016). Le principe assurantiel originel offrant une couverture maladie pour les cotisants uniquement a laissé la place à une **couverture universelle**.

Les cotisations sociales progressivement remplacées par des taxes

En cohérence avec l'évolution vers un système universel, les sources de financement de l'assurance maladie en France ont été profondément modifiées depuis 1945. L'assurance maladie n'est plus aujourd'hui que minoritairement financée par cotisations sociales (**figure 2**). Les taxes affectées (alcool et tabac principalement), la contribution sociale généralisée (CSG) introduite en 1990 et prélevée par l'État sur l'ensemble des revenus (revenus du travail mais aussi revenus financiers et immobiliers) et la TVA financent les dépenses de l'assurance maladie pour près des 2/3 des dépenses totales. Le principe d'une caisse d'assurance maladie pour les salariés (et pour les travailleurs indépendants et les agriculteurs) financée par des prélèvements sur les revenus du travail pour couvrir les dépenses de soins ou compenser les pertes de revenus causées par la maladie demeure un héritage historique qui façonne encore la gouvernance de notre système mais qui ne correspond plus aujourd'hui à une réalité financière.

² Les personnes en situation régulière peuvent demander l'accès à l'Aide Médicale de l'Etat (AME) qui offre une couverture des soins assez large aux bénéficiaires aussi bien pour les soins à l'hôpital et en ville (voir Wittwer et al 2019).

De ce point de vue, l'assurance maladie s'est éloignée très nettement des risques famille et vieillesse qui continuent d'être majoritairement financés par des cotisations sociales (**figure 2**).

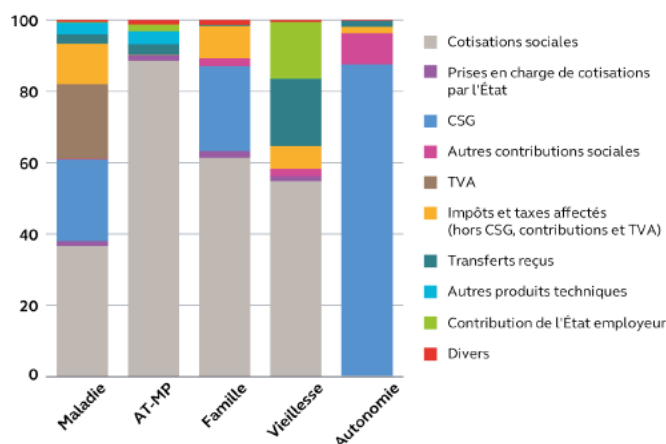


Figure 2 : Sources de financement des branches de la sécurité sociale (Comptes de la Sécurité Sociale 2024, % en ordonnées)

Une place renforcée de l'Etat dans la gouvernance du système

Si l'État a toujours tenu un rôle dans la gouvernance du système de soins, il s'est considérablement renforcé rapprochant progressivement, là encore, le système français d'une logique Beveridgienne. Ce mouvement peut s'analyser en trois temps.

La place d'État s'est tout d'abord construite autour de l'hôpital public fondé par les lois Debré de 1958 et 1960 débouchant en 1986 à la création de la fonction publique hospitalière.

L'hôpital public s'éloigne alors de la logique libérale de l'exercice de la médecine qui prévalait jusque-là même au sein des hôpitaux (et qui demeure aujourd'hui essentiellement celle des établissements de santé privés). Les hôpitaux publics ont des administrations publiques et de ce fait très directement sous l'autorité de l'État et des administrations de santé en régions (les Agences Régionales de Santé, voir ci-dessous).

Le deuxième temps est celui de l'encadrement des dépenses de l'assurance maladie par le parlement après la loi Juppé de 1996. Cette loi instaure le principe d'un vote par le parlement d'un objectif de dépenses de l'assurance maladie (l'ONDAM, l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie). Cette loi marque une rupture fondamentale avec la logique assurantielle de l'assurance maladie qui suppose que la demande de soins détermine les dépenses de soins. On parle de système à « guichet ouvert » pour rendre compte de cette logique assurantielle. Les cotisations sociales, ou aujourd'hui les taxes dédiées, s'ajustent « automatiquement » pour couvrir les dépenses. Si l'État a toujours été responsable des dettes de l'assurance maladie, cette loi vient affirmer la volonté de prendre le contrôle des dépenses et de rompre avec cette logique. La question de la mise en œuvre du contrôle reste délicate.

C'est cependant un pas supplémentaire vers les systèmes d'inspiration Beveridgienne dans lesquels l'offre, ou plus précisément le budget du ministère de la santé, détermine les dépenses. Dans ces systèmes la difficulté tient à la gestion du budget et au risque de rationnement de la demande de soins

Le troisième temps est celui de la loi de 2004 sur l'assurance maladie qui marque la volonté de l'État de se donner les moyens de maîtriser les dépenses de soins. En 2009, la loi HPST (Hôpital, Santé, Territoire) en réformant la gouvernance des établissements de santé et en créant les Agences Régionales de Santé (ARS) est un pas de plus vers le renforcement du rôle de l'État dans la rationalisation de l'offre de soins dans les territoires (Couty 2010).

Les particularités du système français

La première particularité tient justement à l'évolution inachevée vers un système de type Beveridgien. Inachevé puisque la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), gérée par les syndicats de salariés et d'employeurs, demeure un acteur autonome important du système de soins à côté, ou avec, l'Etat. Le caractère bicéphale (État et Assurance Maladie) est spécifique au système français et conduit à une démocratie complexe dans laquelle l'État, comme responsable des dettes de l'assurance maladie et de l'organisation de l'offre de soins sur les territoires, joue un rôle central d'administration et d'impulsion des réformes. L'assurance maladie est plus qu'un service du ministère de la santé mais moins qu'un payeur indépendant agissant pour le seul compte des assurés sociaux. Elle agit sous le contrôle de l'État qui nomme son directeur (nomination soumise au conseil d'administration de la CNAM).

La deuxième particularité tient au rôle des organismes de complémentaire santé (assureurs, instituts de prévoyance et mutuelles) qui sont aujourd'hui, dans les faits, des co-payeurs des dépenses de soins puisqu'aujourd'hui 97% de la population française est couverte par une complémentaire santé. Pour la très grande majorité, les dépenses de soins sont conjointement couvertes par l'assurance maladie et les organismes de complémentaire santé (OCAM). Comme nous les précisons dans la section suivante, ces organismes complémentaires participent essentiellement à la couverture des copaiements (tickets modérateurs), c'est-à-dire à la part non couverte par l'assurance maladie des tarifs des actes médicaux, et aux dépassements d'honoraires, c'est-à-dire à la partie du prix pratiqué par les médecins au-delà du tarif fixé par l'assurance maladie.

Si la part totale des dépenses de soins financées par les organismes reste modeste (13% des dépenses totales), ce pourcentage peut être beaucoup plus important pour certains types de soins, en médecine ambulatoire en particulier et pour les actes soumis à dépassements

d'honoraires. La part couverte par les complémentaires est particulièrement élevée pour les soins dentaires et d'optique où le rôle des complémentaires est déterminant pour la couverture du risque. Si les OCAM participent aux négociations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé pour la fixation des tarifs des actes médicaux, leur capacité d'initiative dans la négociation est réduite. Ce ne sont pas des payeurs autonomes qui négocient avec les professionnels de santé sur les tarifs et l'offre des soins ; ils ont un rôle de couverture additionnelle à l'assurance maladie et se placent donc de fait en suiveur de réformes de l'assurance maladie³.

Ce rôle de co-financeur « passif » des assureurs privés est une spécificité française qui s'écarte de la plupart des modèles internationaux dans lesquels les assureurs privés ont soit un rôle de couverture du panier de soins obligatoires (comme en Suisse), soit un rôle de couverture du panier de soins non couvert par l'assurance maladie obligatoire (assurances supplémentaires) soit encore se présentent comme alternative à l'assurance maladie obligatoire (comme en Allemagne). Dans ces modèles les assureurs ont alors un rôle beaucoup plus actifs de contractualisation avec les professionnels de santé. Ces modèles sont des modèles à **payeurs multiples** en concurrence à la fois pour la clientèle et pour les professionnels de santé avec qui ils doivent contractualisés.

Le modèle français est un modèle à **payeur unique** comme les modèles Beveridgien avec des payeurs additionnels (les complémentaires santé) qui n'ont pas un plein rôle de financeur comme dans les modèles à payeurs multiples.

La structure du financement des soins en France

Pour mieux comprendre la structure du financement d'un soin en France, nous pouvons nous appuyer sur la **figure 3** qui présente un schéma type de la structure d'un prix d'un soin en France. Le prix correspond au paiement reçu par le médecin ou l'établissement de santé.

³ La réforme du 100% santé est un bon exemple de ce rôle supplétif des OCAM. Cette réforme propose des paniers de soins sans reste-à-charge pour les patients en dentaires et en optique (pour les audio-prothèses également). Ces paniers sont couverts à 50% environ par les OCAM en complément de la couverture par l'assurance maladie. Les OCAM se trouvent dans la situation de cofinanceurs des initiatives de l'État et de l'assurance maladie.

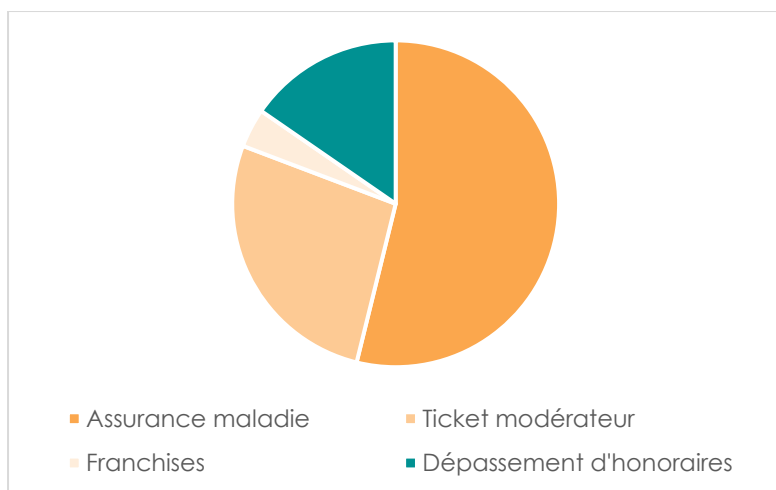


Figure 3 : Structure du prix d'un soin

Le tarif fixé par l'assurance maladie représente le prix administré négocié par l'assurance maladie avec les professionnels de santé. Il est la somme du montant remboursé par l'assurance maladie, du ticket modérateur et des franchises (ensemble orangé du camembert). Dans certains cas, pour les actes de spécialistes, les professionnels peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires qui renchérissent le coût pour le patient.

Les assurances complémentaires remboursent le ticket modérateur et, en fonction des contrats, tout ou partie des dépassements d'honoraires. Les franchises restent à la charge des patients.

Comme nous l'avons précisé précédemment, le patient paye dans un premier temps les soins et obtient remboursement de l'assurance maladie (et le cas échéant de sa complémentaire santé) dans un deuxième temps. Ces flux financiers sont différents à l'hôpital qui obtient directement le financement de l'assurance maladie, sans avance du patient. Ce dernier doit en revanche payer directement à l'établissement les tickets modérateurs et le forfait hospitalier.

À cette situation générale s'ajoutent des situations individuelles particulières. Pour rendre compte des plus significatives, on évoquera la situation des personnes reconnues par l'assurance maladie comme souffrant d'une Affection de Longue Durée (ALD) qui sont exonérées des tickets modérateurs pour les soins en lien avec leur affection. Cela représente 20% de la population française. On évoquera également la situation des personnes couvertes par la Complémentaire Santé Solidaire qui bénéficie gratuitement aux ménages les plus pauvres (et avec une subvention pour les ménages éligibles les moins pauvres). Cette couverture les exonère des tickets modérateurs et des franchises et interdit aux professionnels

de santé de tarifier des dépassements d'honoraires. Cela représente près de 11% de la population française.

Les comptes de la santé

La Direction de la Recherche et des Études Statistiques (DRESS) du ministère de la santé alimente tous les ans ce qu'il est convenu d'appeler les comptes de la santé, compte satellite de la comptabilité nationale, permettant d'évaluer la valeur des ressources économiques consacrées annuellement en France pour la santé.

Trois principaux agrégats sont calculés et étudiés :

- La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM),
- Les dépenses courantes de santé au sens international (DCSi),
- L'objectif national des dépenses de santé (ONDAM).

Comme illustré sur la **figure 4**, la DCSi est un agrégat qui englobe celui de la CSBM alors que l'ONDAM recouvre un périmètre de dépenses qui englobe partiellement la DCSi et la CSBM mais déborde également du périmètre de ces deux agrégats.

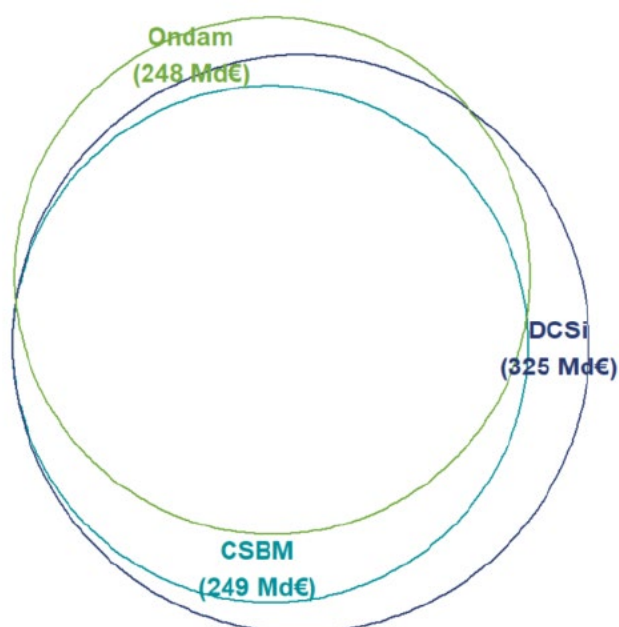


Figure 4 : Périmètres des grands agrégats des comptes de la santé (en milliards d'euros) (Source : Comptes de la santé 2023)

La Consommation de soins et de bien médicaux (CSBM)

Définition et mesure

Le périmètre de la CSBM est celui des consommations de soins annuelles des individus couverts par l'assurance maladie. Il recouvre aussi bien les consommations de soins en médecine de ville qu'en établissements hospitaliers (privés et publics⁴).

Pour la médecine de ville et les établissements hospitaliers privés, la valeur d'un acte est celle du prix pratiqué par le professionnel de santé. Une consultation chez un médecin donne lieu à paiement qui est la somme du tarif fixé par l'assurance maladie et d'éventuels dépassements d'honoraires pratiqués par le professionnel (**voir figure 5**). Ce paiement détermine la valeur en euros de la consultation. Il en va de même pour tous les actes médicaux ainsi que pour les médicaments et les autres biens et services médicaux. Le prix de marché fixe la valeur de la consommation.

L'augmentation des consommations de soins peut ainsi avoir pour origine une augmentation du nombre d'actes et/ou des produits de santé consommés (on parle d'augmentation en volume) ou une augmentation du prix des actes et des produits de santé (on parle d'un effet prix). Pour estimer l'évolution en volume des consommations de soins (voir figure), l'évolution en valeur est corrigée de l'évolution des prix en mobilisant un indice des prix des services et biens médicaux qui mesure l'inflation dans ce secteur spécifique de la consommation.

Les soins en établissements hospitaliers publics sont valorisés différemment. Il s'agit en effet d'administrations publiques et la valeur des services rendus par une administration publique, selon la norme de la comptabilité nationale, s'estime par la valeur des ressources mobilisées pour délivrer le service (ressources humaines et matérielles). Les volumes sont directement identifiés par les séjours hospitaliers (nombre de séjours par type de séjour) et les prix sont indirectement déduits de la valeur des ressources mobilisées (salaires et consommations intermédiaires).

Alors que pour les soins de ville les volumes sont déduits des prix observés (on déflate la consommation de soins de l'inflation), pour les soins hospitaliers, ce sont les prix qui sont déduits des volumes observés. On mesure le volume par le nombre de séjours et on déduit les prix de la confrontation avec la valeur des ressources mobilisées (Didier et al 2024, annexe 4). Ainsi, si le nombre de séjours n'augmente pas alors que les salaires des professionnels de santé augmentent, le volume des consommations de soins à l'hôpital restera inchangé et

⁴ Nous incluons dans les établissements publics les établissements de santé à but non lucratif (appelés Établissements de Santé Privé d'Intérêt Collectif, ESPIC).

l'augmentation de la valeur induite par la hausse des salaires sera considérée comme un effet prix.

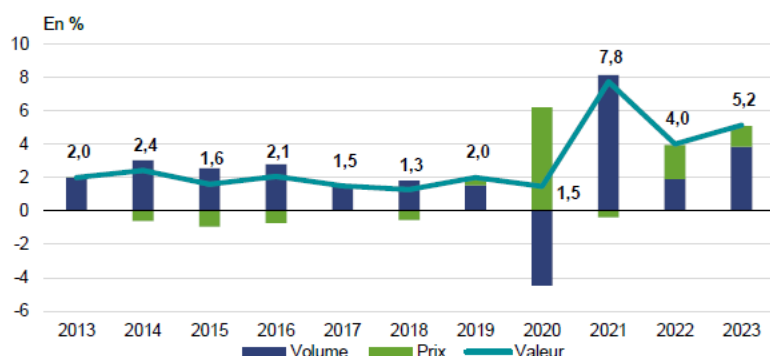


Figure 5 : Croissance en valeur, prix et volume de la CSBM (source : Comptes de la Santé 2023)

Sur la **figure 5** sont indiqués les taux de croissance de la CSBM (les chiffres noirs) en distinguant les effets prix des effets volume. On remarque ainsi que la croissance de la CSBM de 2013 à 2019 est essentiellement portée par l'augmentation des volumes. L'accélération de la croissance de la CSBM depuis 2020 (période correspondant à la crise Covid) s'explique différemment en fonction des années, la croissance est cependant portée de manière plus sensible par les prix, en particulier en 2020 qui correspond à l'augmentation des rémunérations des professionnels de santé à l'hôpital et des prix des séjours (qui fait suite aux négociations entre l'Etat et les partenaires sociaux en 2020 connues sous le nom de « Ségur de la Santé ») et une baisse du volume d'activité due à la première vague du Covid.

Composition et évolution

Le **figure 6** illustre l'évolution de la CSBM rapportée au PIB depuis 1950. La progression est très rapide jusqu'aux années 1980, la part de la CSBM dans le PIB passant de 2% à 8%, la progression est depuis fortement ralentie, la CSBM atteint près de 9% du PIB en 2023.

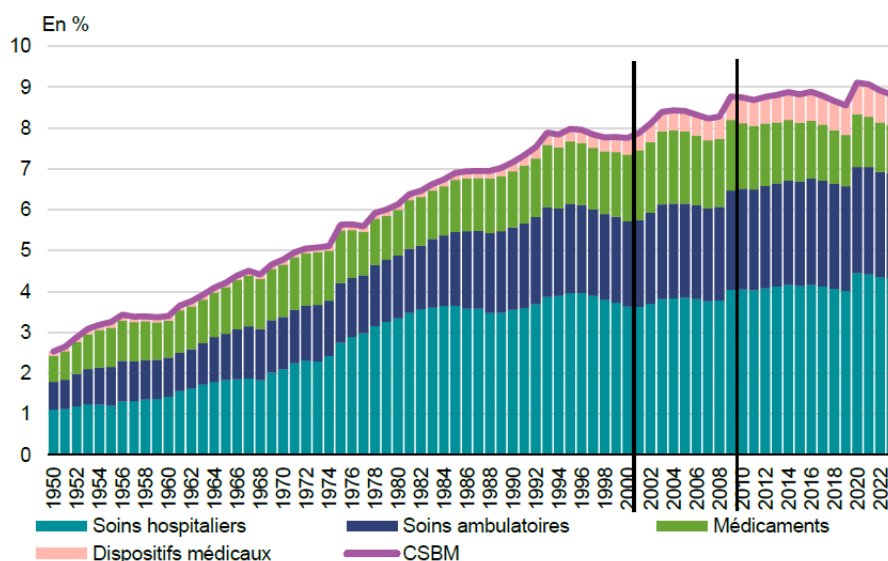


Figure 6 : Evolution de la CSBM en % du PIB (source : Comptes de la Santé 2023)

Une augmentation de la part de la CSBM dans le PIB signifie que les consommations de soins augmentent à un rythme plus rapide que le PIB c'est-à-dire que les richesses produites en France. Cette progression s'explique tout d'abord par le niveau très bas des dépenses de soins après la deuxième guerre mondiale en raison d'un système de soins, hospitaliers en particulier, en reconstruction. La solvabilisation partielle des consommations de soins permise par la création de l'assurance maladie en 1945 et une augmentation rapide de l'offre de soins dans les années 1950 et 1960 permettent alors une envolée des consommations de soins qui progressent beaucoup plus rapidement que le PIB alors même que le rythme de la croissance économique est très soutenu jusqu'au début des années 1970.

Cette évolution de la CSBM est un marqueur de l'enrichissement de la France. Plus un individu, ou un pays, est riche, plus il consacre, en pourcentage, à sa santé. On parle de bien supérieur pour définir un bien dont la part dans le budget de consommation augmente avec le niveau du budget.

Le ralentissement de la progression de la part de la CSBM dans le PIB depuis la fin des années 1980, et encore plus sensiblement depuis les années 2010, est principalement la conséquence des politiques mises en œuvre depuis les années 1980 pour maîtriser l'évolution des dépenses de santé et réduire ainsi la pression sur les prélèvements obligatoires et contenir le déficit de l'assurance maladie et la dette de la sécurité sociale.

La **figure 7** illustre en 2024 les déficits (constatés et prévus) du régime obligatoire de la sécurité sociale de 2010 à 2029. On constate le rebond durable du déficit provoqué par la crise Covid à partir de 2020 et le rôle central du déficit de la branche maladie dans le creusement du déficit. Le creusement du déficit de l'assurance maladie s'explique par la baisse des recettes du régime général de la sécurité sociale provoquée par la baisse d'activité économique, principalement en 2020. Il est également la conséquence de la hausse des prix des soins qui a notamment fait suite aux revalorisations des rémunérations des professionnels de la santé⁵.

⁵ Ces hausses sont le résultat des négociations entre l'État, l'assurance maladie et les professionnels de santé en 2020 connues sous le nom du *Ségur de la santé*.

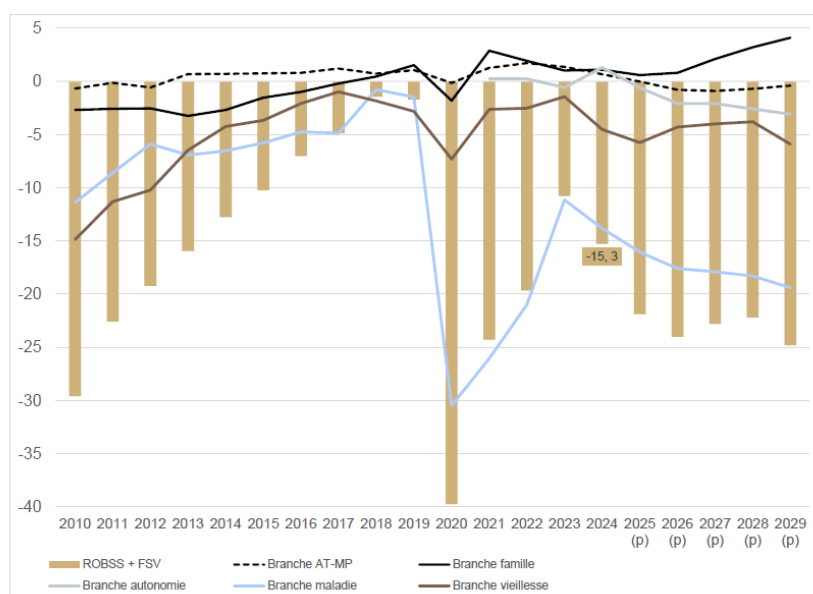


Figure 7 : Evolution des déficits des branches de la sécurité sociale (en milliards d'euros)
(source : Commission des Comptes de la Sécurité Sociale 2025)

Les consommations de soins de ville représentent un peu plus de la moitié de la CSBM (**figure 8**). Ce partage équilibré de la CSBM entre l'hôpital et la ville n'a pas subi de véritable évolution dans les cinquante dernières années. Au sein des consommations de ville, les consultations et les actes médicaux représentent 29% des dépenses totales, les médicaments (délivrés en ville) et les dispositifs médicaux respectivement 13,4% et 8,5%. L'hôpital public (secteur privé non lucratif compris) représente de 50% à 85% des séjours hospitaliers en fonction des types de séjour (51% des hospitalisations partiels en MCO et 80% des séjours complets en MCO).

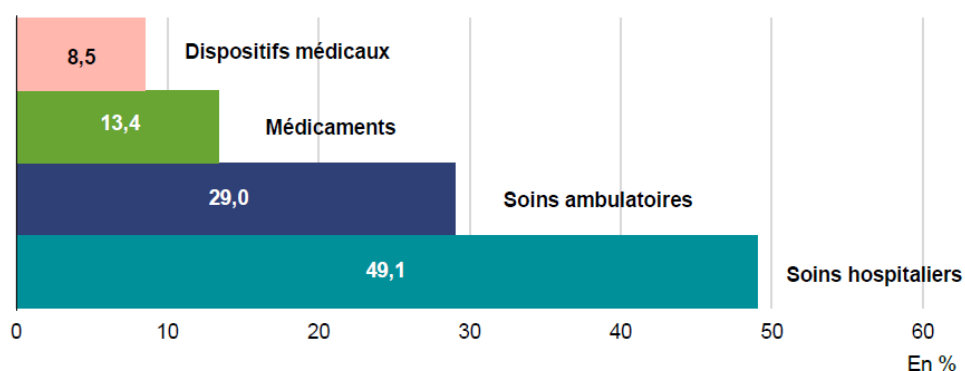


Figure 8 : Postes de dépenses de la CSBM (en %)
(source : Comptes de la Santé 2023)

Financement de la CSBM

Le financement de la CSBM est assuré par l'assurance maladie pour près de 80% des dépenses totales en 2023 (**figure 9**). Ce pourcentage est en augmentation notamment en raison du

vieillessement de la population associé à une augmentation de la part des individus souffrant d'une affection chronique et couvert par le dispositif ALD (Affection de Longue Durée) qui les exonère du ticket modérateur (l'assurance maladie prend en charge 100% du tarif de l'acte (hors franchises médicales)). La part de la CSBM financée par les organismes complémentaires se situe autour de 12% et 13% de manière stable. La part de l'État est faible et a reculé significativement en 2021 en raison du basculement du financement de la Complémentaire Santé Solidaire vers l'assurance maladie. Enfin, la part des restes à charge pour les ménages s'élève à 7,5% de la CSBM en baisse parallèlement à la hausse de la part prise en charge par l'assurance maladie (ce qui est le pourcentage le plus faible des pays de l'OCDE)⁶.

Cette répartition globale est très variable en fonction des types de soins. Ainsi l'assurance maladie finance 92,6% des soins à l'hôpital (3,5% pour les organismes complémentaires et 3% pour les ménages), mais seulement 39,6% des soins dentaires (43,9% pour les organismes complémentaires et 16,6% pour les ménages). Le co-financement des soins organisé par le système de soins français conduit ainsi à une structure de financement très variable en fonction des types de soins mais également au niveau individuel en fonction des types de dispositifs publics dont bénéficient les individus (ALD, CSS) et de la qualité de leur couverture complémentaire santé.

En %

	2013	2019	2020	2021	2022	2023
Ensemble de la CSBM (100 %)						
Sécurité sociale	75,5	76,9	77,8	79,0	79,4	79,5
État	1,6	1,7	2,6	0,8	0,6	0,6
Organismes complémentaires	13,0	13,0	12,0	12,5	12,3	12,4
Ménages	9,9	8,4	7,7	7,7	7,7	7,5

Figure 9 : Répartition (%) par financeur de la CSBM
(source : Comptes de la Santé 2023)

La dépense courante de santé au sens international (DCSi)

La DCSi définit un agrégat qui englobe la CSBM (qui représente 77% de la DCSi en 2023) en y ajoutant trois principaux postes de dépenses de soins supplémentaires :

- Les soins de longue durée,

⁶ Les restes à charge correspondent aux consommations de soins qui ne donnent pas lieu à un remboursement (de l'assurance maladie ou de la complémentaire santé). Il va de soi que les ménages contribuent plus généralement au financement des soins par les primes payées à leur couverture complémentaire et par les taxes et cotisations payées pour financer l'assurance maladie.

- La prévention institutionnelle,
- La gouvernance.

Les soins de longue durée (16% de la DCSi en 2023)

Ce poste regroupe essentiellement les dépenses spécifiques pour les personnes handicapées, au titre de l'enfance inadaptée et pour les personnes âgées en situation de dépendance. Ces dépenses concernent les soins à domicile (kinésithérapie, soins infirmiers) en lien avec le handicap ou la perte d'autonomie et les forfaits soins dont bénéficient les établissements médicaux sociaux et les unités de soins de longue durée (USLD) pour financer les soins qu'ils prodiguent à l'ensemble de ces publics. S'ajoutent à ces dépenses de soins (délivrés par des professionnels de santé : médecins, infirmiers, kinésithérapeutes ...) des dépenses en lien avec l'aide à la vie quotidienne des personnes handicapées, ou âgées en perte d'autonomie, pour la mobilité, l'hygiène, l'alimentation Les principales prestations versées sont la prestation compensatoire du handicap (PCH) et l'aide personnalisée pour l'autonomie (APA). Les dépenses de soins de longue durée sont aujourd'hui principalement financées par la caisse nationale pour l'autonomie (CNSA, 5^{ème} branche de la sécurité sociale), à hauteur de 60%, avec une participation significative, 20%, des administrations publiques et des départements en particulier. Le reste à charge des ménages s'élève quant à lui à 20% des dépenses totales de soins de longue durée.

La prévention institutionnelle (2% de la DCSi en 2023)

On retrouve essentiellement dans ce poste les dépenses associées à l'organisation et à la mise en œuvre des dépistages organisés (cancer colorectal, cancer du sein, cancer du col de l'utérus) des campagnes de vaccination et des campagnes de prévention. Le poste prévention institutionnelle a atteint 16% des DCSi en 2021 en raison des dépenses de prévention associées à la crise Covid.

Ce poste est financé à hauteur de 45% par l'assurance maladie, 28% par l'administration centrale (le ministère de la santé) et 24% par les entreprises privées dans le cadre de leurs politiques de prévention des risques.

Il est à noter que la prévention dans le système de santé va au-delà de la prévention institutionnelle qui n'inclut pas l'ensemble des actes médicaux prodigués dans les cabinets médicaux et qui peuvent relever de la prévention. Les dépenses associées à ces actes de prévention non institutionnels sont comprises dans la CSBM.

La gouvernance (5% de la DCSi en 2023)

Ce poste de dépenses rassemble l'ensemble des dépenses en lien avec la gestion du système de soins, soit les coûts de fonctionnement de l'assurance maladie et des assurances complémentaires privées ainsi que des administrations en charge du système de santé (ministère et agences régionales de santé). Les coûts de gestion des assurances complémentaires santé représentent 51% des dépenses de gouvernance alors que la part des coûts de gestion de l'assurance maladie s'élève à 42%.

La DCSi permet des comparaisons internationales sur un périmètre de dépenses comparables. La **figure 10** montre que le système de santé français consacre une part très importante de son PIB, autour de 12%, en comparaison avec les pays de l'OCDE et de l'Europe en particulier (figure 10). Seuls les États-Unis se démarquent très nettement en raison des prix des soins très élevés en partie dû à un système de financement des soins reposant sur un marché concurrentiel entre assureurs (système à payeurs multiples) peu régulé et peu efficace.

La part consacrée à la santé dans le PIB en France est comparable à celle de l'Allemagne et de la Suisse, mais est significativement plus élevée que dans le reste des pays de l'Europe de l'Ouest qui voient la part des dépenses de santé dans le PIB être généralement comprise entre 9 et 11%.

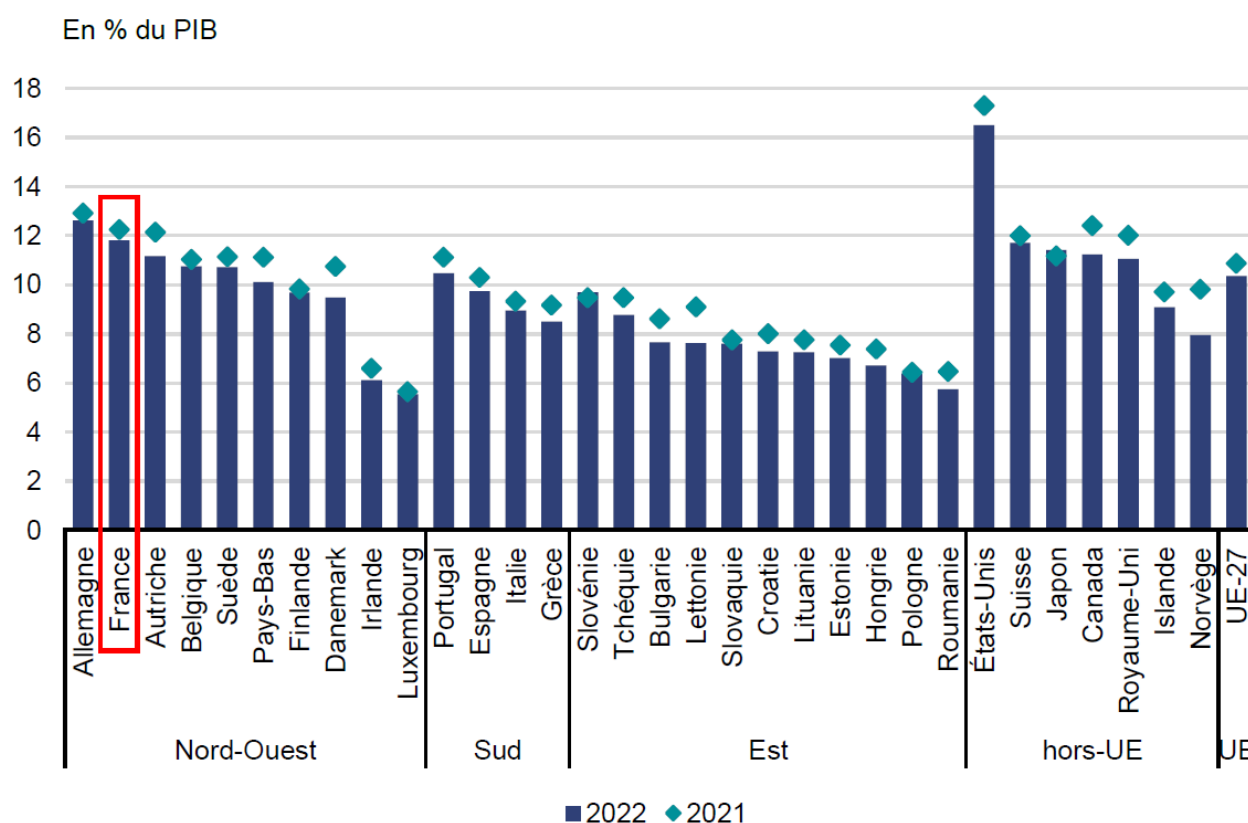


Figure 10 : Comparaison internationale de la part des dépenses de santé (DCSi) dans le PIB (source : Comptes de la Santé 2023)

L'Ondam

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) n'est pas à proprement parler un agrégat des comptes de la santé. Il revêt cependant une place remarquable aujourd'hui dans le système de santé puisqu'il fait l'objet d'un vote chaque année à l'assemblée nationale fixant un objectif de dépenses par grand postes (**figure 11**) : ville, hôpital, établissement médico-sociaux (handicap et dépendance) et les Fonds d'Intervention Régional (FIR) utilisés par les ARS pour financer des projets répondant aux besoins de leurs territoires et promouvant la prévention, la qualité, la coordination ou encore la sécurité sanitaire.

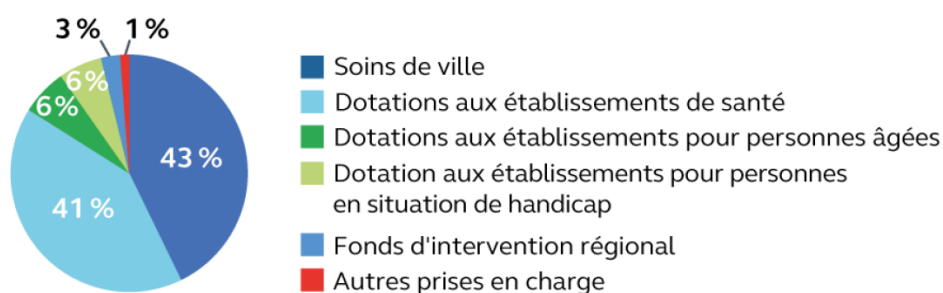


Figure 11 : Les postes de l'ONDAM
(Source : Cour des comptes 2025)

Comme illustré sur la **figure 4** plus haut, l'Ondam n'est compris ni dans la CSBM ni dans la DCSi et, dans un même temps, ne les recouvre pas complètement. Le périmètre de l'Ondam est celui des dépenses de soins financées par l'assurance maladie. C'est pour ça qu'une partie de la CSBM n'appartient pas au périmètre de l'Ondam puisque dans la CSBM on retrouve les dépenses de soins financées par les assurances complémentaires et par les ménages eux-mêmes. Bien entendu, l'Ondam ne recouvre pas la DCSi puisqu'on retrouve dans la DCSi des dépenses qui ne relèvent pas de dépenses de soins (gouvernance, prévention institutionnelle, perte d'autonomie, etc.) mais également parce que la DCSi recouvre la CSBM et donc des dépenses de soins qui sont financées par les assurances complémentaires et les ménages.

D'un autre côté, l'Ondam recouvre des dépenses de l'assurance maladie que l'on ne retrouve pas dans la CSBM et dans la DCSi, ces sont essentiellement les indemnités journalières versées par l'assurance maladie pour compenser les pertes de revenus occasionnées par les arrêts maladie des assurés sociaux.

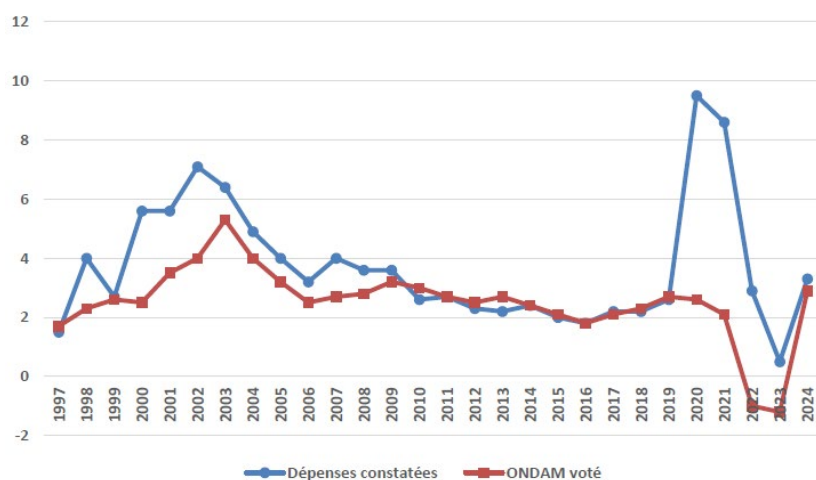


Figure 12 : Evolution de l'ONDAM voté et constaté
(Source : Cour des comptes 2025)

La lecture de la **figure 12** permet de constater les évolutions de l'Ondam voté l'année t-1 pour l'année t (en rouge) et de l'Ondam réalisé en t (en bleu), c'est-à-dire les dépenses effectives l'année t. Ces évolutions sont exprimées en taux de croissance (en pourcentage).

On distingue clairement trois périodes.

Une **première période de 1997 à 2009** qui voit le taux de croissance de l'Ondam réalisé systématiquement supérieur à l'Ondam voté (avec néanmoins une réduction de l'écart à partir de 2003). Cette période marque la difficulté du régulateur à contraindre les dépenses à ne pas dépasser l'objectif fixé par le parlement.

Une **deuxième période, de 2010 à 2019**, pendant laquelle le taux de croissance de l'Ondam réalisé ne dépasse jamais le taux voté. On constate même pour certaines années une sous-exécution (L'Ondam réalisé est inférieur à l'Ondam voté). Cette reprise en main par le régulateur est la conjonction d'une stagnation de l'offre de soins en ville (du nombre de médecins, de généralistes en particulier, exerçant en ville), d'une politique de modération de prix des actes et des produits de santé et surtout d'un contrôle direct des prix des séjours hospitaliers permis par la réforme de la tarification hospitalière de 2004.

Enfin, une **dernière période de 2020 à 2023**, marquée par la période Covid, qui voit naturellement le taux de croissance de l'Ondam réalisé être systématiquement et très largement supérieur au taux de l'Ondam voté. Cet écart est en réalité plus la conséquence de la revalorisation des prix des soins (des séjours hospitaliers en particulier) que la conséquence d'une augmentation du volume des soins.

Cette analyse nous amène à nous interroger sur les instruments à la disposition du régulateur pour agir sur le système de soins.

Les instruments du régulateur

Derrière le terme générique de *régulateur* se cache, comme nous le savons, un système de gouvernance complexe impliquant les administrations (centrales et locales) et l'assurance maladie, chacun avec ses prérogatives. C'est une facilité de langage usuellement adoptée par les économistes pour rendre compte d'un agent public qui serait doté d'une forme de rationalité instrumentale. Les sciences humaines et politiques ont montré que l'action des administrations était la conséquence d'interactions complexes. Le régulateur est une fiction utilisée par les économistes pour rendre compte d'un agent public qui serait animé par une rationalité instrumentale forte sans préjuger de la complexité des déterminants de l'action publique.

Comme nous l'avons discuté dans le premier chapitre, l'économiste considère que le régulateur poursuit deux types d'objectifs : l'un qui s'exprime en termes d'efficacité et l'autre en termes d'équité.

On rencontre deux définitions de l'efficacité du système de soins :

- **L'efficacité productive** : elle est réalisée s'il n'est pas possible de consommer moins de ressources humaines et matérielles pour délivrer la quantité et la qualité de soins produites par le système de soins. En d'autres termes, il n'y a pas de gâchis dans le système de soins ; on ne peut économiser de ressources pour délivrer la même quantité/qualité de soins.
- **L'efficacité allocative** (efficacité au sens de Pareto) : elle fait appel aux préférences individuelles, il n'est pas possible de réallouer les ressources du système de soins et de l'ensemble de l'économie de telle sorte que chaque individu voit son utilité s'améliorer (ses préférences mieux satisfaites). En d'autres termes, non seulement l'efficacité productive est réalisée, mais en plus il faut s'assurer que l'on ne consacre pas trop, ou pas assez, de ressources pour produire des soins.

L'efficacité allocative est plus exigeante que l'efficacité productive dans le sens où elle ne peut être réalisée si l'efficacité productive ne l'est pas alors que le contraire n'est pas vrai.

Concernant l'équité, on a vu dans le chapitre précédent que l'efficacité au sens de Pareto est souvent considérée par les économistes comme un principe d'équité supérieur. Le choix laissé au régulateur pour choisir l'allocation des ressources la plus équitable se trouverait ainsi réduit aux allocations efficaces.

On distingue deux grands types d'instruments, ceux qui relèvent de la réglementation ou plus largement de l'exercice du pouvoir administratif sur l'offre de soins et sur les prix des soins, et ceux qui reposent sur la stimulation de la concurrence entre offreurs de soins.

L'administration de l'offre de soins et des prix

Le premier instrument de régulation du système de soins est celui du pouvoir administratif.

Ce pouvoir s'exerce sur les capacités et les caractéristiques de l'offre de soins. Les professions médicales sont des professions réglementées qui nécessitent l'obtention de diplômes dont le nombre délivré chaque année est contrôlé par les pouvoirs publics au niveau national ou local. Le régulateur a ainsi une action à long terme sur le nombre de professionnels exerçant sur le territoire français même si celui-ci est influencé par des facteurs pouvant échapper au régulateur⁷. Par ailleurs, les autorités administratives du système de soins délivrent les autorisations pour les ouvertures des établissements de santé ou des services de spécialité dans les établissements hospitaliers. Les autorités administratives du système de soins ont ainsi un rôle très direct dans l'organisation de l'offre de soins hospitaliers tant en termes de capacités de soins que de types de soins offerts.

Le pouvoir administratif s'exerce également sur la qualité de la formation des professionnels et sur la qualité des soins. Les établissements de santé font ainsi très régulièrement l'objet d'évaluation de la qualité des soins par les autorités sanitaires. Plus largement, des guides de bonnes pratiques sont édités par les autorités et sont censés encadrer les pratiques médicales. D'un point de vue économique, cela se justifie par le fait que la qualité des soins est difficilement observable, ou avec retard, par l'utilisateur du système de soins qui ne peut donc que très imparfaitement juger de la qualité des soins offerts.

Enfin, le pouvoir administratif s'exerce sur le prix des soins en ville et à l'hôpital. Si la fixation des prix est le résultat de négociation entre l'assurance maladie et les professionnels (ou avec les industriels pour les produits de santé), le dernier mot revient aux autorités administratives qui ont en particulier un contrôle très direct sur le prix des séjours hospitaliers. Le contrôle des prix n'est cependant que partiel pour un certain nombre de spécialités pour lesquelles les dépassements d'honoraires d'actes réalisés en ville ou en clinique sont fréquents. La fixation des prix (ou en tous les cas du tarif qui servira de base au remboursement) par le financeur relève d'une logique assurantielle usuelle. La spécificité vient du fait qu'en France, et dans de nombreux

⁷ En particulier, les autorités n'ont pas contrôle direct sur les professionnels formés à l'étranger et venant exercer en France (ce qui ne demande pas de démarches spécifiques pour ceux formés dans l'Union Européenne).

autres systèmes de santé en Europe, le tarif est unique. Les prix ne sont pas le résultat d'une concurrence entre assureurs (la concurrence sur le marché de l'assurance complémentaire n'a pas d'impact direct sur les tarifs fixés par l'assurance maladie même si les OCAM sont partie prenante des négociations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie).

Organisation et stimulation de la concurrence

En France, comme dans de nombreux autres systèmes de santé, la concurrence n'a donc pas de rôle direct dans la réalisation des objectifs d'efficacité. C'est pourtant l'instrument privilégié de la régulation économique des marchés dans les autres secteurs d'activité. L'objectif est d'assurer une concurrence suffisante pour maintenir les prix les plus bas possibles (en évitant les situations de rente). Si certains pays en Europe (comme la Suisse et les Pays-Bas en particulier, voir chapitre ??) ont organisé leurs systèmes de soins autour de la mise en place d'une concurrence entre assureurs, ce n'est pas le cas en France ni dans la plupart des pays européens, en particulier ceux d'inspiration Beveridgienne.

Mais cela ne signifie pas que la concurrence soit absente des systèmes de soins, et du système français en particulier, ni que le régulateur renonce à s'emparer de cet instrument.

Concurrence entre offreurs de soins sur la qualité des soins

Même dans un système de santé à payeur unique, comme en France, les offreurs de soins sont placés en concurrence dès lors que les usagers du système de soins ont la liberté de choix de leurs lieux de soins. Si les offreurs ne peuvent généralement pas jouer sur les prix (sauf pour les spécialités pratiquant des dépassements d'honoraires) pour augmenter leur patientèle, ils peuvent jouer sur la qualité des soins. Ce point est contestable puisqu'il faut distinguer la qualité perçue par l'utilisateur de la qualité des soins au sens médical du terme. La concurrence peut améliorer la qualité perçue sans améliorer le service médical au sens strict du terme. C'est néanmoins une réalité du système de soins français sur laquelle le régulateur a une influence via l'organisation des soins hospitaliers (organisation de la concurrence entre services sur un même territoire) mais aussi via la densité de médecins sur les territoires qui dépend du nombre de médecins formés et de leur répartition territoriale. Plus la densité de médecins est élevée sur un territoire, plus cela laisse un ensemble de choix large aux usagers. Le régulateur peut également favoriser la concurrence en informant les usagers de la qualité des services de soins, c'est ce qui est fait en France pour les établissements hospitaliers en particulier.

Concurrence en prix organisée par le financeur

Le régulateur peut organiser la concurrence en se plaçant comme acheteur de services de soins s'alignant sur l'offreur le moins disant (l'offreur proposant le prix le plus bas pour une

qualité de service donnée). Ce type de concurrence a notamment été utilisé par le NHS (National Health Service), le système de soins britannique, qui a délégué à des entités locales du système de soins (administrées en particulier par des médecins généralistes) la mission d'acheter, pour les citoyens des districts qu'ils administrent, des soins de spécialité auprès des établissements de soins locaux. En France, la concurrence en prix entre établissements de soins repose sur la fixation d'un prix de séjours hospitaliers (par type de séjour) commun pour tous les hôpitaux. Il est fixé au coût moyen d'un large panel d'hôpitaux. C'est une forme de mise en concurrence puisque les hôpitaux dont le coût de production d'un séjour est supérieur au prix proposé par le régulateur, qui reflète donc le coût moyen du panel d'hôpitaux utilisé, seront déficitaires pour le séjour en question. C'est une incitation à la meilleure gestion en mettant les hôpitaux indirectement en comparaison entre eux.

Enfin pour les biens et produits médicaux, dont les prix sont administrés en France, le régulateur profitera de l'arrivée d'un nouveau produit comparable à un produit déjà sur la marché pour faire baisser les prix.

Contraindre la concurrence pour favoriser l'efficacité.

La concurrence entre offreurs de soins peut en effet avoir des effets délétères en termes d'efficacité. La concurrence stimule en effet l'offre et peut générer une consommation de soins excessive au regard du bénéfice pour le patient et du coût pour la société. L'efficacité allocative demande en effet que les ressources soient bien utilisées, au sens de la maximisation du bien-être individuel, et l'efficacité allocative ne veut pas dire consommer le maximum de soins. Il y a d'autres usages des ressources collectives qui participent au bien-être individuel.

La concurrence entre offreurs de soins est un instrument difficile à manier pour le régulateur, mais dont il est fait néanmoins usage quoique différemment que dans les autres secteurs d'activité.

Références

Cour des comptes (2025), L'objectif national des dépenses d'assurance maladie, Contribution à la revue des dépenses publiques, avril 2025.

Couty, É. (2010). Hôpital public : le grand virage. Les Tribunes de la santé, 28(3), 39-48.

Didier M. et Lefebvre G. (dir) (2024). Les dépenses de santé en 2023 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2024. Panoramas de la DREES.

Hassenteufel P. (1997), Les médecins face à l'État, Paris, Presses de Sciences Po.

Tabuteau D. (2010), Pouvoirs publics et professions de santé, Les tribunes de la santé, n°29, 2010, p. 103-121.

Tabuteau, D. (2016). Une politique d'assurance maladie ambivalente. Les Tribunes de la santé, 53(4), 95-102.

Wittwer J., Raynaud D., Dourgnon P., Just F. (2019), Protéger la santé des personnes étrangères en situation irrégulière en France L'Aide médicale de l'État, une politique d'accès aux soins mal connue, Questions d'économie de la santé, 243.

Comment citer ce cours ?

Économie de la santé, Jérôme Wittwer, AUNEGe (<http://aunege.fr>), CC – BY NC ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Cette œuvre est mise à disposition dans le respect de la législation française protégeant le droit d'auteur, selon les termes du contrat de licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>). En cas de conflit entre la législation française et les termes de ce contrat de licence, la clause non conforme à la législation française est réputée non écrite. Si la clause constitue un élément déterminant de l'engagement des parties ou de l'une d'elles, sa nullité emporte celle du contrat de licence tout entier.

Figures

Figure 1 : Architecture du système de soins	4
Figure 2 : Sources de financement des branches de la sécurité sociale	9
Figure 3 : Structure du prix d'un soin	12
Figure 4 : Périmètres des grands agrégats des comptes de la santé (en milliards d'euros) (Source : Comptes de la santé 2023)	13
Figure 5 : Croissance en valeur, prix et volume de la CSBM (source : Comptes de la Santé 2023)	15
Figure 6 : Evolution de la CSBM en % du PIB (source : Comptes de la Santé 2023)	15
Figure 7 : Evolution des déficits des branches de la sécurité sociale (en milliards d'euros)	17
Figure 8 : Postes de dépenses de la CSBM (en %)	17
Figure 9 : Répartition (%) par financeur de la CSBM	18
Figure 10 : Comparaison internationale de la part des dépenses de santé (DCSi) dans le PIB	20
Figure 11 : Les postes de l'ONDAM	21
Figure 12 : Evolution de l'ONDAM voté et constaté	22