

**À paraître :**  
**Un nouveau numéro de la revue**  
**« Économie et Statistique »**

Cette nouvelle publication d'*Économie et Statistique* (n°455-456) rassemble des articles consacrés au système de santé.

Les auteurs qui ont collaboré à ce numéro n'appartiennent pas tous à l'Insee. Les jugements et opinions qu'ils expriment, n'engagent qu'eux-mêmes et non les institutions auxquelles ils appartiennent, ni a fortiori l'Insee.

\* L'Insee modifie son identité visuelle. « *Mesurer pour comprendre* » est la signature de l'Insee qui accompagne désormais le sigle de l'Institut. Elle exprime à la fois la nature des missions de l'Insee, la mesure, et leur finalité, servir et éclairer le débat public.

# Sommaire

---

## SYSTÈMES DE SANTÉ

---

### **Introduction générale**

*Chantal Cases (Directrice de l'Ined) et Brigitte Dormont (Professeure à l'Université Paris-Dauphine, titulaire de la Chaire Santé Dauphine)*

---

### FONDER LES CHOIX COLLECTIFS : VALEUR DE LA SANTÉ, INÉGALITÉS DES CHANCES EN SANTÉ

---

### **Évaluation des politiques de santé : pour une prise en compte équitable des intérêts des populations**

L'analyse coût-bénéfice des programmes de santé intègre les préférences de la population entre santé et autres dépenses, mais comment la rendre équitable? Donner plus de poids à ceux qui sont défavorisés en matière de revenu et de santé est envisageable grâce au revenu équivalent-santé.

*Marc Fleurbaey (Princeton university), Stéphane Luchini (CNRS, Université de la Méditerranée), Erik Schokkaert (CORE, Université de Louvain-la Neuve) et Carine Van de Voorde (CORE, Université de Louvain-la Neuve)*

### **Les différences d'état de santé en France : inégalités des chances ou reflet des comportements à risques ?**

Les inégalités de santé perçues en France sont-elles principalement des inégalités des chances dues à des circonstances indépendantes de la responsabilité individuelle, tel que le milieu d'origine, ou sont-elles avant tout des inégalités « légitimes » expliquées par les comportements à risques ?

*Florence Jusot (PSL, Université Paris-Dauphine et IRDES), Sandy Tubeuf (Academic Unit of Health Economics, University of Leeds) et Alain Trannoy (AMSE (Aix-Marseille School of Economics) et EHESS (Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales), IDEP (Institut d'Économie Publique, Marseille)*

---

## L'ASSURANCE MALADIE

---

### **Faire valoir ses droits à l'Aide complémentaire santé : les résultats d'une expérimentation sociale**

Les résultats de l'expérimentation montrent que la majoration du montant du « chèque santé » améliore le taux de recours à l'Aide complémentaire santé et permet de mieux cibler les personnes éligibles. Toutefois, ce dispositif reste compliqué et touche difficilement sa cible.

*Sophie Guthmuller (Université Paris-Dauphine, LEDa-Lego), Florence Jusot (PSL, Université Paris-Dauphine et IRDES), Jérôme Wittwer (PSL, Université Paris-Dauphine, LEDa-LEGOS) et Caroline Desprès*

### **Assurance maladie en Suisse : les assurances supplémentaires nuisent-elles à la concurrence sur l'assurance de base ?**

Une concurrence en assurance santé a été introduite en Suisse en 1996, avec un bilan décevant. Malgré des écarts de primes considérables, les assurés ne sont pas prêts à changer

de caisse d'assurance. Les résultats montrent le rôle des assurances supplémentaires dans cette inertie des consommateurs.

*Brigitte Dormont (PSL, Université Paris-Dauphine (LEDA-LEGOS) et Cepremap), Pierre-Yves Geoffard (Paris School of Economics (CNRS)) et Karine Lamiraud (ESSEC Business School, THEMA-Université de Cergy Pontoise)*

### **Réformer le système de remboursement pour les soins de ville, une analyse par microsimulation**

La prise en charge publique des dépenses de soins a progressivement été diminuée. À l'encontre de ce mouvement, la mise en place d'un plafond annuel de participation financière, financé par des franchises annuelles, améliorerait la couverture du risque maladie et l'équité du système d'assurance.

*Pierre-Yves Geoffard (Paris School of Economics (CNRS)) et Grégoire de Lagasnerie (PSE)*

---

## L'EFFICACITÉ PRODUCTIVE DU SYSTÈME

---

### **Stratégies de localisation des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes ?**

Au travers de l'analyse des déterminants des choix de localisation des médecins, cet article étudie notamment l'attractivité monétaire des régions afin d'évaluer si les comportements des médecins pourraient être influencés par l'instauration de primes à l'installation dans les zones sous-dotées.

*Eric Delattre (CREST (Ensaï-UEB) et THEMA (UMR CNRS 8184)) et Anne-Laure Samson (PSL, Université Paris Dauphine, LEDA-Legos)*

### **Comment évaluer la productivité et l'efficacité des hôpitaux publics et privés ? Les enjeux de la convergence tarifaire.**

Le diagnostic sur l'efficacité productive des hôpitaux publics dépend de la définition de leur frontière de production. Ils apparaissent plus efficaces que les cliniques privées lorsque l'on tient compte de la composition de leur patientèle et de la structure de leur activité.

*Brigitte Dormont (PSL, Université Paris-Dauphine (LEDA-LEGOS) et Cepremap) et Carine Milcent (PSE et Cepremap)*

### **Quelles évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public ?**

Cet article se propose de définir un indice de productivité globale des hôpitaux à partir de l'estimation de leur fonction de production. Il permet de conclure à une hausse de la productivité hospitalière en court séjour dans le secteur public entre 2003 et 2007.

*Nicolas Studer (Direction générale du Trésor)*

## Résumés

### **Évaluation des politiques de santé : pour une prise en compte équitable des intérêts des populations**

*Marc Fleurbaey (Princeton university), Stéphane Luchini (CNRS, Université de la Méditerranée), Erik Schokkaert (CORE, Université de Louvain-la Neuve) et Carine Van de Voorde (CORE, Université de Louvain-la Neuve)*

Deux méthodes sont généralement envisagées pour l'évaluation des politiques de santé. L'approche *coût-bénéfice* s'appuie sur la somme des consentements individuels à payer : elle respecte les préférences individuelles mais elle donne une priorité aux préférences des plus riches car leurs consentements à payer sont en général plus élevés. L'approche *coût-efficacité* sélectionne les politiques assurant le gain le plus élevé en matière de santé globale, à coût total donné. Elle n'avantage pas les individus à revenu élevé, mais elle peut avoir d'autres effets indésirables : par exemple favoriser le traitement d'une affection bénigne qui profitera au plus grand nombre par rapport à une affection grave touchant peu de personnes.

Une variante de l'analyse coût-bénéfice évite ces différents écueils. Elle consiste à pondérer les consentements à payer par des coefficients qui varient en sens inverse d'un indicateur de bien-être individuel combinant revenu et état de santé. L'indicateur choisi est le revenu équivalent santé : il s'agit du revenu effectif de l'individu diminué du montant auquel il serait prêt à renoncer pour être en parfaite santé. À revenu donné, il décroît donc quand la santé se détériore. Contrairement à des indices d'utilité subjective, il a l'avantage de ne s'appuyer que sur les préférences ordinales des individus.

Cette approche est mise en œuvre à l'aide d'une enquête conduite sur un échantillon représentatif de la population française. Compte tenu de leurs contraintes financières, les personnes à bas revenu accordent moins d'importance relative à leur état de santé. Mais les coefficients obtenus permettent néanmoins de surpondérer les individus les moins favorisés cumulant faible revenu, mauvaise santé et forte préférence pour l'amélioration de cette santé. Ces coefficients sont ensuite mobilisables pour l'évaluation de toute politique pour laquelle on connaîtrait les consentements individuels à payer.

---

### **Les différences d'état de santé en France : inégalités des chances ou reflet des comportements à risques ?**

*Florence Jusot (PSL, Université Paris-Dauphine et IRDES), Sandy Tubeuf (Academic Unit of Health Economics, University of Leeds) et Alain Trannoy (AMSE (Aix-Marseille School of Economics) et EHESS (Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales), IDEP (Institut d'Économie Publique, Marseille)*

Les inégalités de santé en France sont-elles principalement des inégalités des chances dues aux circonstances, tel que le milieu d'origine, ou sont-elles avant tout expliquées par les différences de comportements individuels ?

Cette interrogation est importante pour la définition des politiques de santé. Selon la philosophie de la responsabilité, les différences de santé dues à des facteurs relevant de la responsabilité individuelle, tels que les comportements à risque choisis, peuvent être considérées comme « légitimes » car découlant de choix de vie assumés par les individus : elles n'ont pas à faire l'objet de politiques correctrices. À l'inverse, on doit chercher à corriger

ou compenser les inégalités des chances attribuables à des facteurs ne relevant pas de la responsabilité individuelle, tels que le milieu d'origine.

Cet article propose d'évaluer la part des inégalités de santé perçue liées aux conditions dans l'enfance, et celle liées aux comportements à risque, en considérant deux positions éthiques possibles relatives à la corrélation entre milieu d'origine et comportements à risque. Dans une première étape, seul l'effet direct sur la santé du milieu d'origine est considéré comme source d'inégalités des chances. Dans une seconde étape, son effet indirect sur les comportements liés à la santé est en outre considéré comme source d'inégalités illégitimes.

L'application aux données de l'enquête *Santé Protection Sociale* 2006 de l'Irdes, dans laquelle a été introduit un module spécifique de questions sur les conditions de vie dans l'enfance, met en évidence la contribution massive du milieu d'origine aux inégalités de santé et ce, quelle que soit la position éthique retenue. Ainsi, les inégalités des chances représentent jusqu'à 46 % des inégalités de santé alors que celles liées aux comportements à risque ne dépassent pas 7 %, les inégalités résiduelles étant liées à l'influence de l'âge et du sexe.

---

### **Faire valoir ses droits à l'Aide complémentaire santé : les résultats d'une expérimentation sociale**

*Sophie Guthmuller (Université Paris-Dauphine, LEDa-Lego), Florence Jusot (PSL, Université Paris-Dauphine et IRDES), Jérôme Wittwer (PSL, Université Paris-Dauphine, LEDa-LEGOS) et Caroline Desprès*

L'Aide complémentaire santé (ACS) ou « chèque santé » a été mise en place en 2005 pour inciter les ménages dont le niveau de vie se situe juste au-dessus du plafond CMU-C à acquérir une couverture complémentaire santé grâce à une subvention. Même si le nombre de bénéficiaires a lentement progressé depuis son introduction, le recours à l'ACS reste faible. Deux hypothèses peuvent expliquer cet état de fait : (1) le défaut d'information sur l'existence du dispositif, son fonctionnement et sur les démarches à entreprendre pour en bénéficier ; (2) un montant d'aide insuffisant, la complémentaire resterait trop chère même après déduction de l'aide.

Afin de tester la validité de ces deux hypothèses, une expérimentation sociale contrôlée a été mise en place par l'université Paris-Dauphine à Lille auprès d'un échantillon de 4 209 assurés sociaux potentiellement éligibles à l'ACS. Un montant majoré d'aide ainsi qu'un accès différencié à l'information sur le dispositif ont été proposés de manière aléatoire à certains assurés.

Les résultats montrent de manière robuste que la majoration du montant du « chèque santé » améliore légèrement le taux de recours à l'ACS et permet de mieux cibler les personnes effectivement éligibles. Toutefois, l'ACS reste un dispositif compliqué qui touche difficilement sa cible : au total, seuls 17 % des assurés ont fait une demande d'ACS. Seuls 9 % des assurés invités à participer à une réunion d'information y ont effectivement assisté, et l'invitation à cette réunion a largement découragé les autres assurés, annulant ainsi l'effet de la majoration du chèque. Enfin, seuls 55 % des assurés ayant déposé une demande ont reçu l'aide, les autres s'étant vu refuser l'aide en raison, le plus souvent, de ressources trop élevées. La difficulté à cibler la population éligible et l'incertitude importante sur l'éligibilité qui en résulte sont certainement des freins s'ajoutant à la complexité des démarches.

## **Assurance maladie en Suisse : les assurances supplémentaires nuisent-elles à la concurrence sur l'assurance de base ?**

*Brigitte Dormont (PSL, Université Paris-Dauphine (LEDa-LEGOS) et Cepremap), Pierre-Yves Geoffard (Paris School of Economics (CNRS)) et Karine Lamiraud (ESSEC Business School, THEMA-Université de Cergy Pontoise)*

De nombreux pays ont introduit des mécanismes concurrentiels en assurance maladie, tout en instaurant une régulation pour éviter la sélection des risques et garantir une solidarité entre malades et bien portants. Le modèle de la « concurrence régulée » est ainsi appliqué pour l'assurance maladie de base en Suisse, aux Pays-Bas, en Allemagne, en Israël. Il inspire la réforme de l'assurance maladie aux États-Unis. Cet article analyse le fonctionnement d'un tel système en considérant le cas de la Suisse, où l'on s'intéresse aux interférences potentielles entre le marché des assurances supplémentaires et celui de l'assurance de base. L'organisation actuelle de l'assurance maladie en France diffère de celle du système suisse. Mais la question d'une régulation du marché des assurances complémentaires pourrait être posée à terme.

Douze ans après l'introduction de la concurrence régulée, les résultats observés en Suisse sont décevants. Bien que les écarts de primes constatés entre les compagnies d'assurance soient très importants, la proportion d'assurés qui changent de caisse reste faible. Tout se passe comme si les assurés ne faisaient pas jouer la concurrence.

Notre analyse montre que la faible mobilité des assurés résulte de la coexistence de deux marchés d'assurance maladie soumis à des règles différentes : le marché de l'assurance de base, où la sélection des risques est interdite, et celui de l'assurance supplémentaire, où elle est autorisée. Les estimations montrent que la propension à changer de caisse est beaucoup plus faible chez les détenteurs d'une assurance supplémentaire qui estiment que leur santé n'est pas excellente. Comme il est préférable pour des raisons pratiques d'avoir son assurance de base et son assurance supplémentaire dans la même caisse, il existe un lien de fait entre les deux marchés. Le droit de sélectionner les candidats à la souscription pour l'assurance supplémentaire nuit à la concurrence sur l'assurance de base.

---

## **Réformer le système de remboursement pour les soins de ville, une analyse par microsimulation**

*Pierre-Yves Geoffard (Paris School of Economics (CNRS)) et Grégoire de Lagasnerie (PSE)*

Les évolutions du système de remboursement des dépenses de soins par l'assurance publique ont progressivement diminué la couverture publique du risque maladie. Ce système laisse à la charge des assurés des sommes qui peuvent s'avérer importantes lorsque ceux-ci traversent des épisodes de maladie longs et coûteux, et parfois même lorsqu'ils bénéficient d'exonérations au titre d'une affection de longue durée. L'assurance complémentaire est de fait devenue nécessaire. Cependant, 7 % de la population ne jouit pas d'une telle assurance. Cet article étudie une réforme possible de l'assurance maladie obligatoire qui prend la forme d'un plafond annuel de la participation financière en soins de ville. Un tel plafond serait financé par l'instauration de franchises annuelles. Nous évaluons cette réforme à partir de microsimulations appliquées aux données de l'enquête santé-soins médicaux 2003, appariée avec les données de remboursement du SNIIRAM. La grande taille de l'échantillon permet de simuler finement les participations financières aux dépenses de soins sous divers scénarios. Les résultats des simulations permettent alors de juger les différentes réformes du système de remboursement des dépenses de soins du point de vue de l'équité, de la couverture du risque financier, ainsi que de la faisabilité politique. Le plafond permet notamment une réelle amélioration de la prise en charge des patients ayant des dépenses importantes. Leur risque

maladie et le risque de devoir payer une lourde participation financière sont en effet mieux couverts. Parallèlement, le système de remboursement devient plus équitable lorsque le plafond est fixé en proportion du revenu.

---

### **Stratégies de localisation des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes ?**

*Eric Delattre (CREST (Ensaï-UEB) et THEMA (UMR CNRS 8184)) et Anne-Laure Samson (PSL, Université Paris Dauphine, LEDA-Legos)*

En France, la densité médicale est élevée mais les médecins généralistes sont très inégalement répartis sur le territoire. Parce qu'elle renvoie à des questions d'équité et d'efficacité, cette mauvaise répartition constitue aujourd'hui un enjeu majeur de la régulation de la démographie médicale. Un échantillon exhaustif de 9 000 médecins généralistes ayant débuté leur carrière libérale entre 1997 et 2002 est mobilisé afin d'analyser les déterminants des choix individuels de localisation des médecins généralistes et, ainsi, de rendre compte des outils qui pourraient être utilisés spécifiquement au niveau régional pour modifier leurs comportements de localisation.

Nous modélisons deux décisions : le choix du changement de région entre la date de la soutenance de la thèse et l'installation et le choix de la région d'exercice pour les seuls médecins qui quittent la région où ils ont soutenu leur thèse. Au travers de ces choix individuels, nous étudions en particulier l'attractivité monétaire des régions afin de déterminer dans quelle mesure les comportements des médecins pourraient être influencés par l'instauration de primes à l'installation dans les zones sous-dotées en médecins.

Nous observons un comportement marqué de sédentarité chez les médecins, qui s'installent en grande majorité dans la région de leur thèse. Les politiques doivent donc être orientées, en priorité, vers les étudiants en médecine. Nous montrons par ailleurs que les politiques d'incitation financière à l'installation dans des zones sous-dotées en médecins seraient susceptibles d'influencer la localisation des médecins, même si la modification de la répartition qui en résulterait serait quantitativement d'une faible ampleur. En effet, les primes devraient être d'un montant très élevé pour compenser la perte de qualité de vie consentie par les médecins. Les mécanismes financiers incitatifs ne peuvent donc pas être les seuls leviers de correction des inégalités de répartition des médecins.

---

### **Comment évaluer la productivité et l'efficacité des hôpitaux publics et privés ? Les enjeux de la convergence tarifaire.**

*Brigitte Dormont (PSL, Université Paris-Dauphine (LEDA-LEGOS) et Cepremap) et Carine Milcent (PSE et Cepremap)*

Cet article a pour but de comprendre les différences de productivité observées en France entre les hôpitaux publics, les hôpitaux privés à but non lucratif (PSPH) et les cliniques privées. Nous examinons s'il existe une influence de la composition de la patientèle et des séjours sur la productivité des hôpitaux. Si tel est le cas, introduire de la concurrence entre les hôpitaux sur la base de la Tarification à l'Activité ne promeut pas seulement l'efficacité, mais crée aussi de fortes pressions au sein des établissements en faveur d'une réorientation de l'offre de soins.

La base de données utilisée est un panel d'hôpitaux proche de l'exhaustivité pour les soins aigus : 1 604 hôpitaux sont observés sur la période 1998-2003. L'analyse couvre les six

années précédant l'introduction de la T2A en France afin d'observer la situation qui préexistait avant la mise en place de nouvelles incitations. Nous montrons que le diagnostic sur l'efficacité productive des hôpitaux publics dépend de la définition de la frontière de production : avec une fonction classique les scores d'efficacité des hôpitaux publics sont inférieurs à ceux des hôpitaux PSPH, eux-mêmes inférieurs à ceux des cliniques privées. Mais l'ordre des performances relatives s'inverse lorsque l'on tient compte des caractéristiques de la patientèle et la composition des séjours des hôpitaux : à l'exception des petits établissements, les hôpitaux publics et PSPH apparaissent alors plus efficaces que les cliniques privées.

Ces résultats doivent être interprétés à la lumière des différences de cahiers des charges encadrant les activités des hôpitaux publics et privés. Une décomposition finale montre que la plus faible productivité des hôpitaux publics s'explique principalement par leur taille, la composition de leur patientèle et celle de leurs séjours, caractérisée par une faible proportion de séjours chirurgicaux. Elle ne s'explique pas par une moindre efficacité des hôpitaux publics.

---

## **Quelles évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public ?**

*Nicolas Studer (Direction générale du Trésor)*

Après plusieurs décennies de forte croissance des dépenses de santé, l'efficacité de cette dépense fait l'objet d'une attention accrue. La description fine de l'activité de court séjour fournie par le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) permet d'analyser l'évolution de la performance économique des établissements de santé. Ce travail se propose ainsi de définir un indice de productivité globale construit à partir de l'estimation sur la période 2003-2007 d'une fonction de production pour le secteur hospitalier public. L'indicateur d'activité retenu est la somme des séjours ou actes par groupes homogènes de malades (GHM), pondérés par les coûts observés dans un échantillon d'hôpitaux en 2002-2003. Il s'agit donc essentiellement d'un indicateur d'activité à qualité des soins supposée inchangée. On cherche à rendre compte de cette activité par la composition du personnel, ainsi que d'autres caractéristiques observables des établissements, dont la taille et un indice de plateau technique. L'indice de productivité correspond à la part de l'activité qui n'est pas expliquée par le niveau de ces différents facteurs explicatifs.

L'analyse fait ressortir plusieurs résultats structurels, tels que la plus forte productivité des hôpitaux ayant une activité plus importante en chirurgie ou obstétrique ou l'existence d'un maximum d'efficacité pour une taille située autour de 800 lits. Pour ce qui concerne les évolutions temporelles, l'étude permet de conclure à une hausse de la productivité hospitalière en court séjour dans le secteur public entre 2003 et 2007 ainsi qu'à une réduction des écarts de productivité entre entités juridiques.