

The French health care system

An overview

Pr. Daniel Benamouzig
Sciences Po and CNRS

Introduction

- How to compare health care systems?
- Opening the black box
- A French “hybrid” system



Introduction

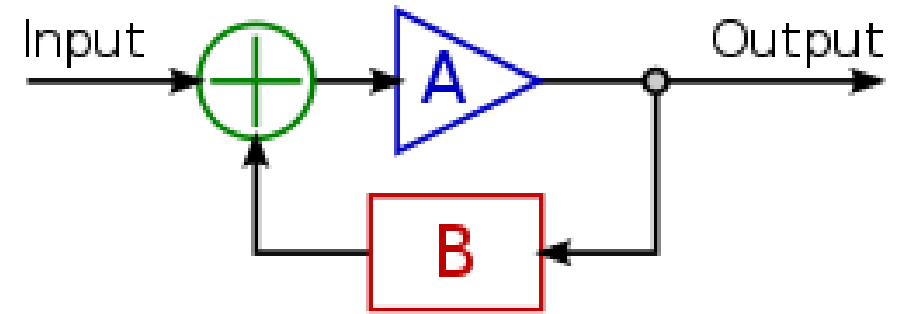
- **Plan of the presentation**
- Main components of the healthcare system
- Transverse dimensions of the system
- Pending issues in health policies



1. The main components of the system

- **The notion of “health system”**

- A plurality of components
- Interactions, coherence and feed-backs
- Inputs and out puts
- Systems and sub-systems
- Implicitly rational (technically, economically...)
- Notion of stability, but what about change ?

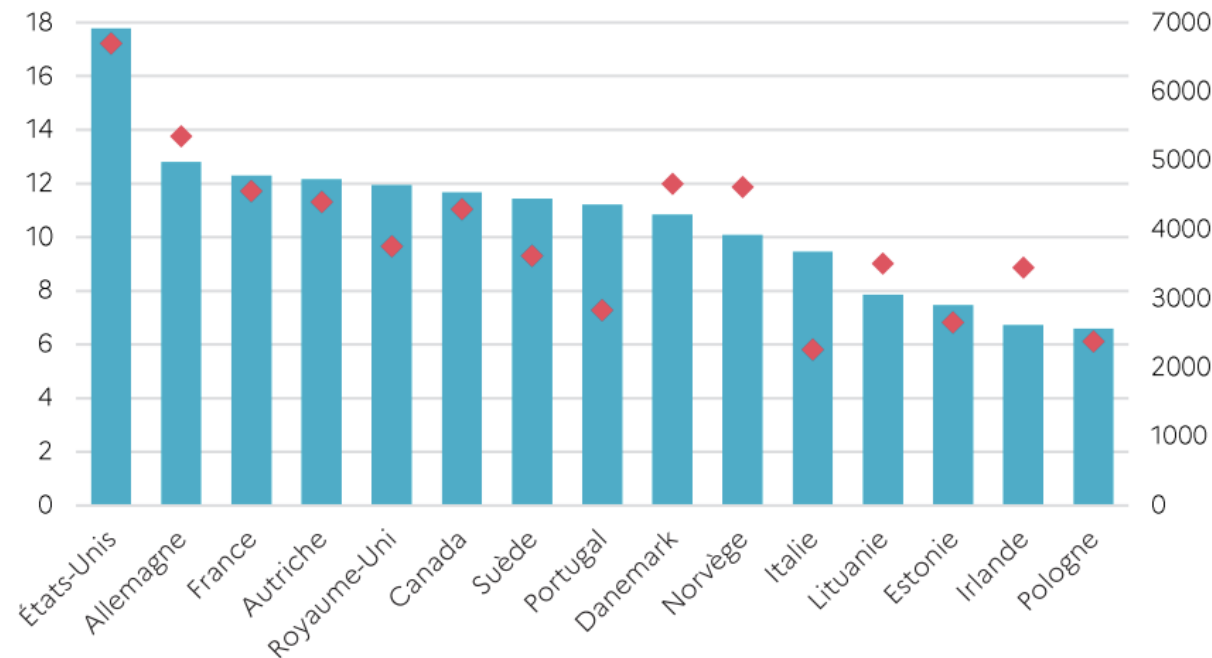


1. The main components of the system

- The funding of health expenditures (1) : level of expenditures

Graphique 6 Dépenses courantes de santé au sens international en 2021

*En % du PIB (axe de gauche) et en parité de pouvoir d'achat dans le secteur de la santé (PPA santé)
en euros par habitant (axe de droite)*



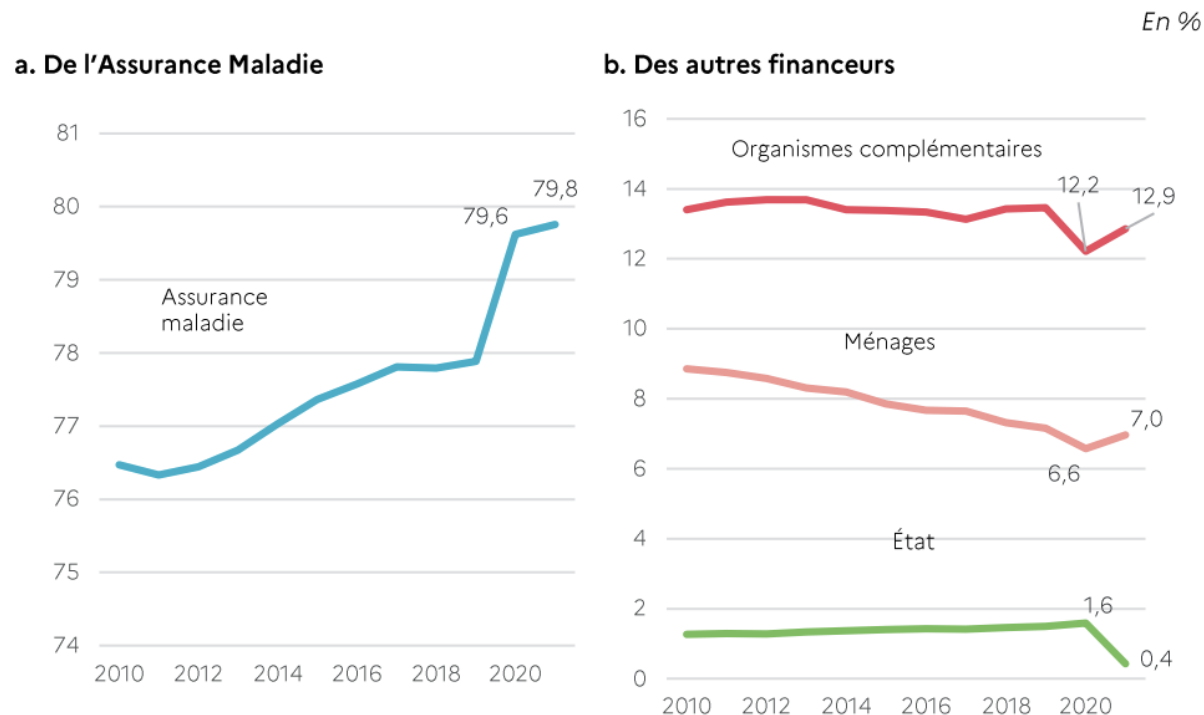
1. The main components of the system

- **The funding of health expenditures (2) : a hybridization of logics**
 - Mandatory social insurances (1930s)
 - “Social Security” for employed people (1945)
 - Progressive expansion in the 1960s
 - Progressively also funded by taxes (from 1988)
 - A hybrid system (both “Bismarkian” and “Beveridgian”)

1. The main components of the system

- The funding of health expenditures (3) : public / private mix

Graphique 3 Évolution du financement de la CSBM entre 2010 et 2021



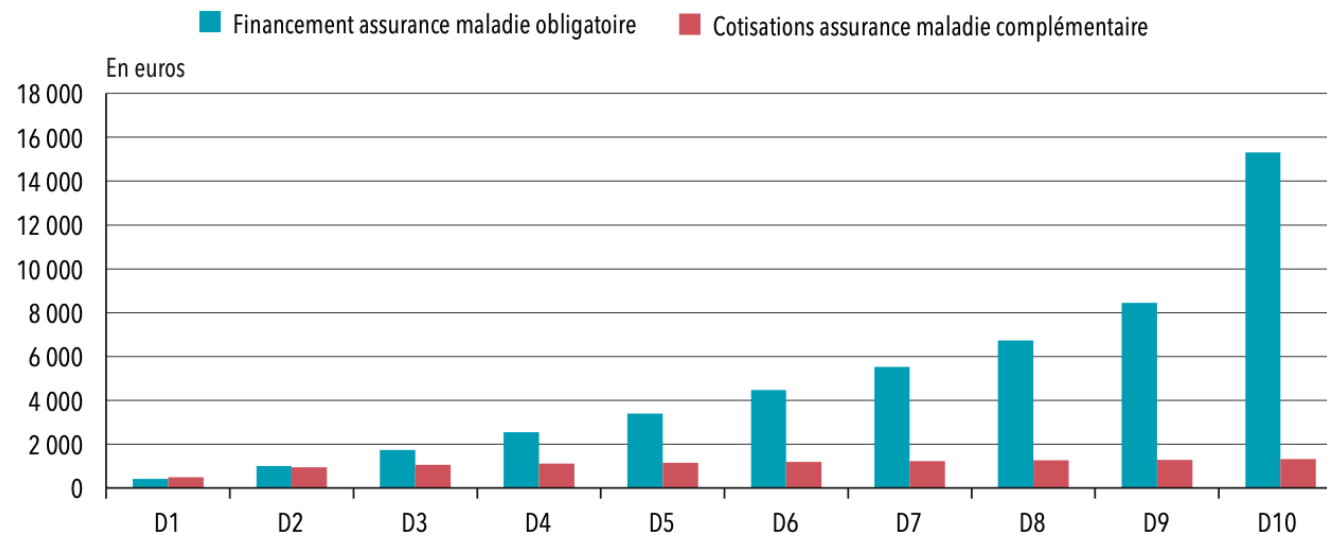
Lecture > En 2021, le financement de la CSBM est pris en charge à 79,8 % par l'Assurance maladie et à 7,0 % par les ménages.

Source > DREES, comptes de la santé.

1. The main components of the system

- The funding of health expenditures (4) : highly redistributive

Graphique 2 Contributions moyennes des ménages au financement des assurances obligatoire et complémentaire, par décile de niveau de vie, en 2012



Lecture > En 2012, les 10 % des ménages les plus modestes (D1 : premier décile) participent au financement de l'assurance maladie obligatoire à hauteur de 400 euros en moyenne et dépensent en moyenne annuelle près de 500 euros pour leur couverture maladie complémentaire.

Champ > Ménages ordinaires de France métropolitaine.

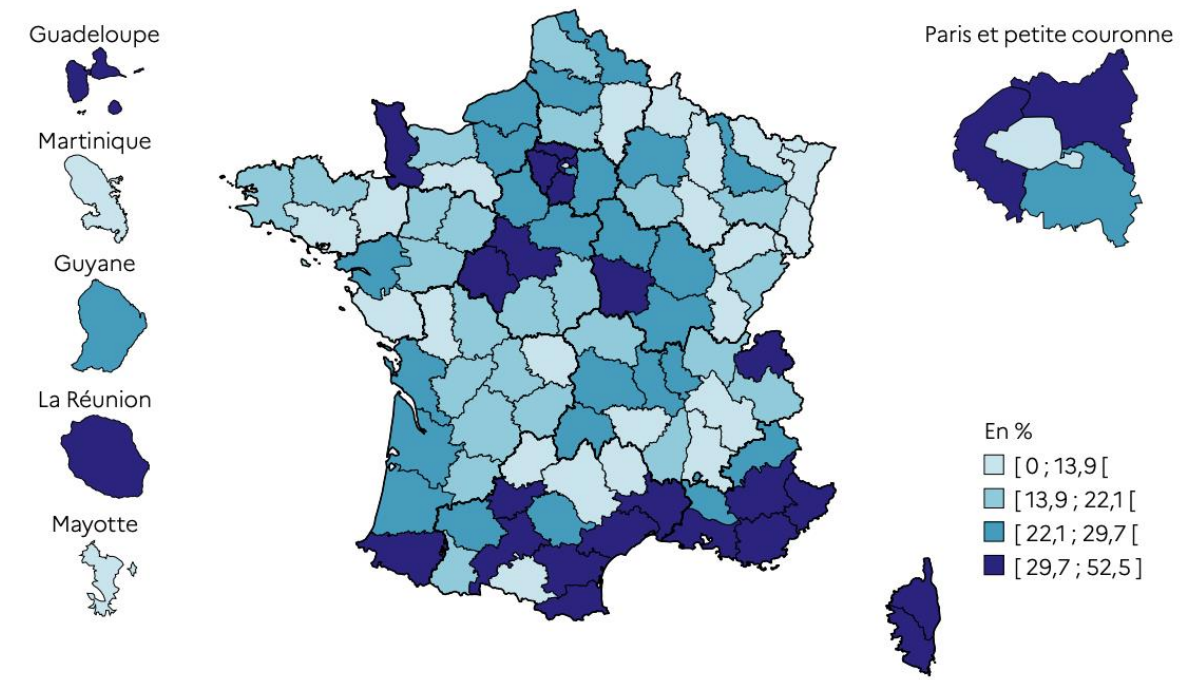
Source > DREES, INES-OMAR 2012.

1. The main components of the system

- **The French hospital system**

- 50% of health expenditures
- 3000 structures
- 45% public, 32% for profit, 23% non-for profit

Carte 1 Part du secteur privé à but lucratif dans les capacités d'hospitalisation complète et partielle au 31 décembre 2020



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

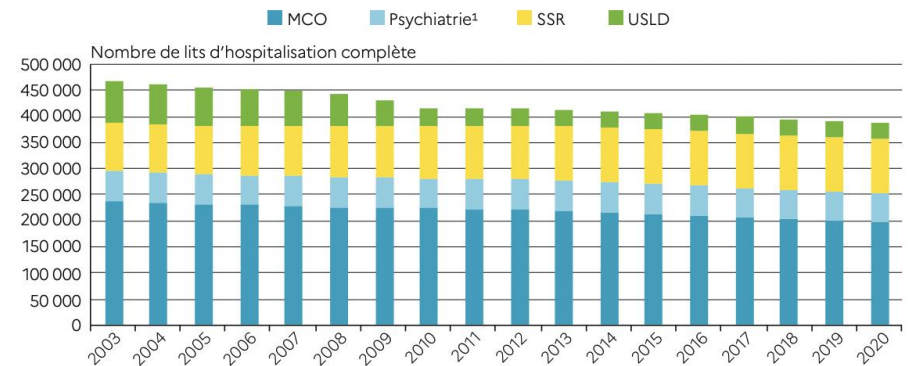
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Source > DREES, SAE 2020, traitements DREES.

1. The main components of the system

- Closure of “beds”, opening of “places”

Graphique 1 Évolution du nombre de lits d'hospitalisation complète depuis 2003



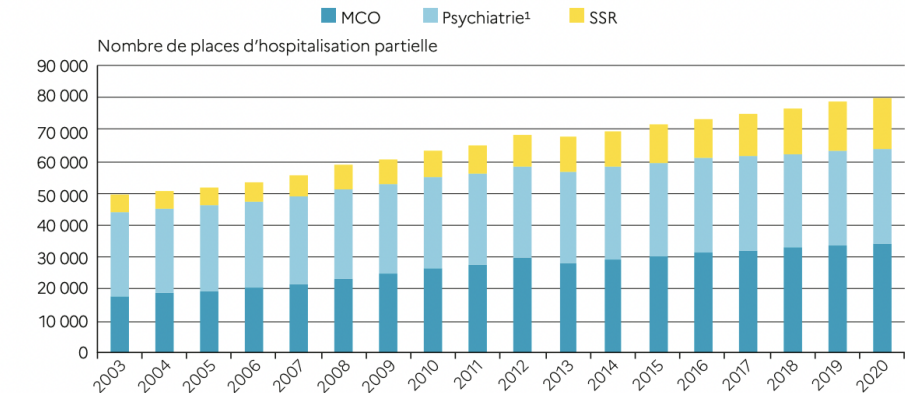
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; USLD : unité de soins de longue durée.

1. Disciplines de psychiatrie générale, infanto-juvénile et pénitentiaire.

Champ > France entière (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2003-2020, traitements DREES.

Graphique 2 Évolution du nombre de places d'hospitalisation partielle depuis 2003



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

1. Disciplines de psychiatrie générale, infanto-juvénile et pénitentiaire.

Champ > France entière (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2003-2020, traitements DREES.

1. The main components of the system

- **Funding hospitals**

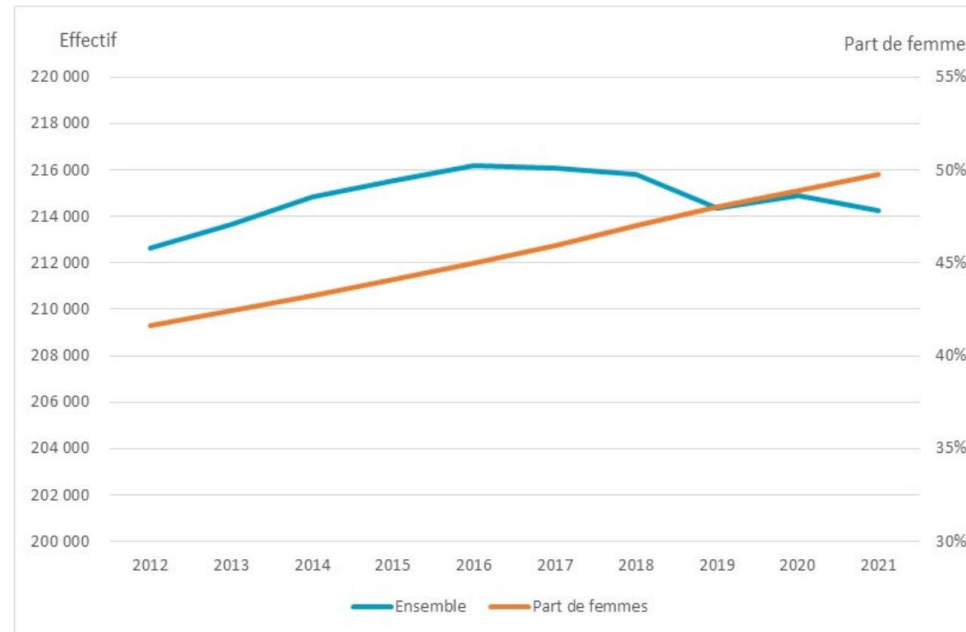
- From “global budget” to “prospective payment” (2004)
- Administrative forms of management and regulation (2009)
- And now, how to mitigate their perverse effects?
(selection, dumping, quality, overspecialization...)
- New types of hospital organization?



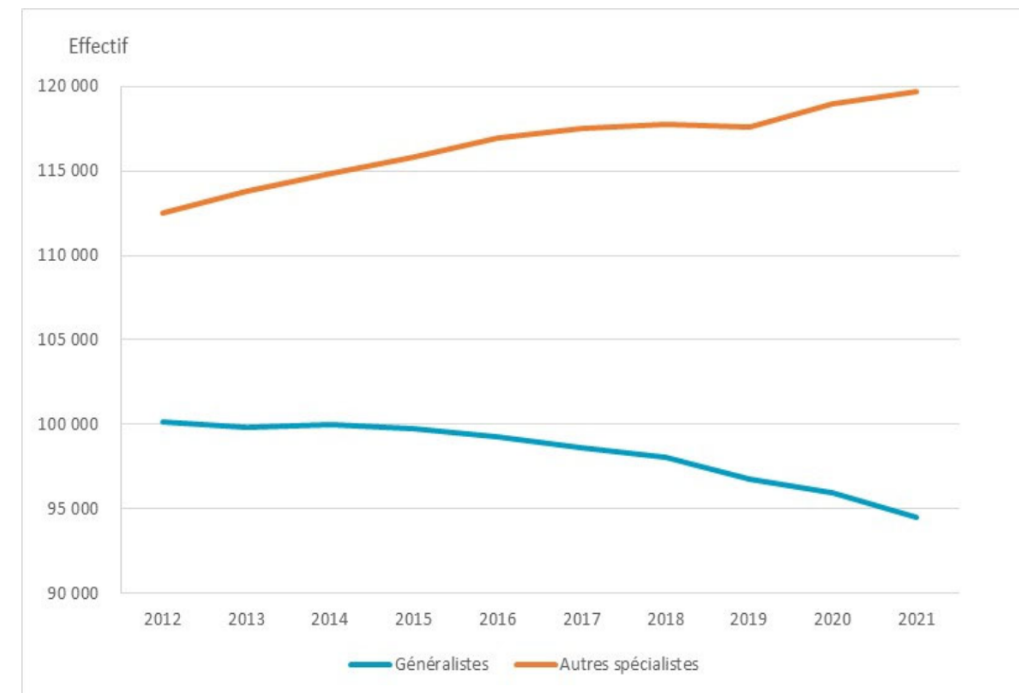
1. The main components of the system

- The ambulatory care: feminization and specialization of doctors

Graphique 7a • Effectifs de médecins en activité et part de femmes parmi eux, de 2012 à 2021



Champ > Médecins actifs de moins de 70 ans, ayant au moins une activité en France métropolitaine ou dans les DROM.
Source > RPPS – exploitation DREES.

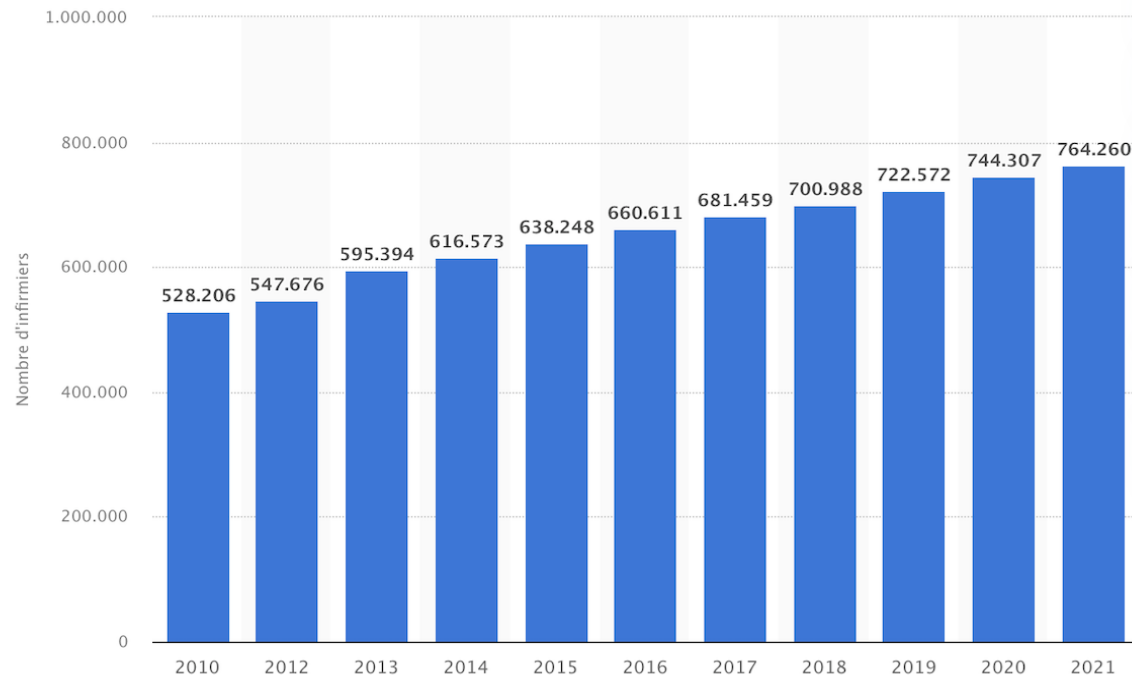


Champ > Médecins actifs de moins de 70 ans, ayant au moins une activité en France métropolitaine ou dans les DROM.
Source > RPPS – exploitation DREES.

1. The main components of the system

- **The increasing number of nurses (aging, chronicization of care)**

Nombre d'infirmiers exerçant en France de 2010 à 2021



Females : 87 % ; males : 13%

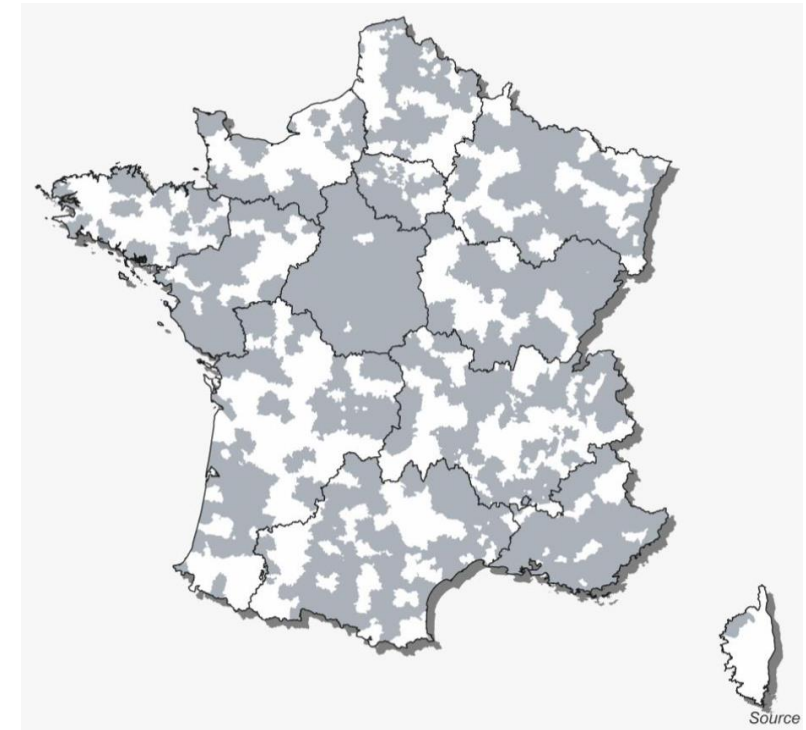
64,5% in employed in hospitals

18% in other structures

17,5% in ambulatory care

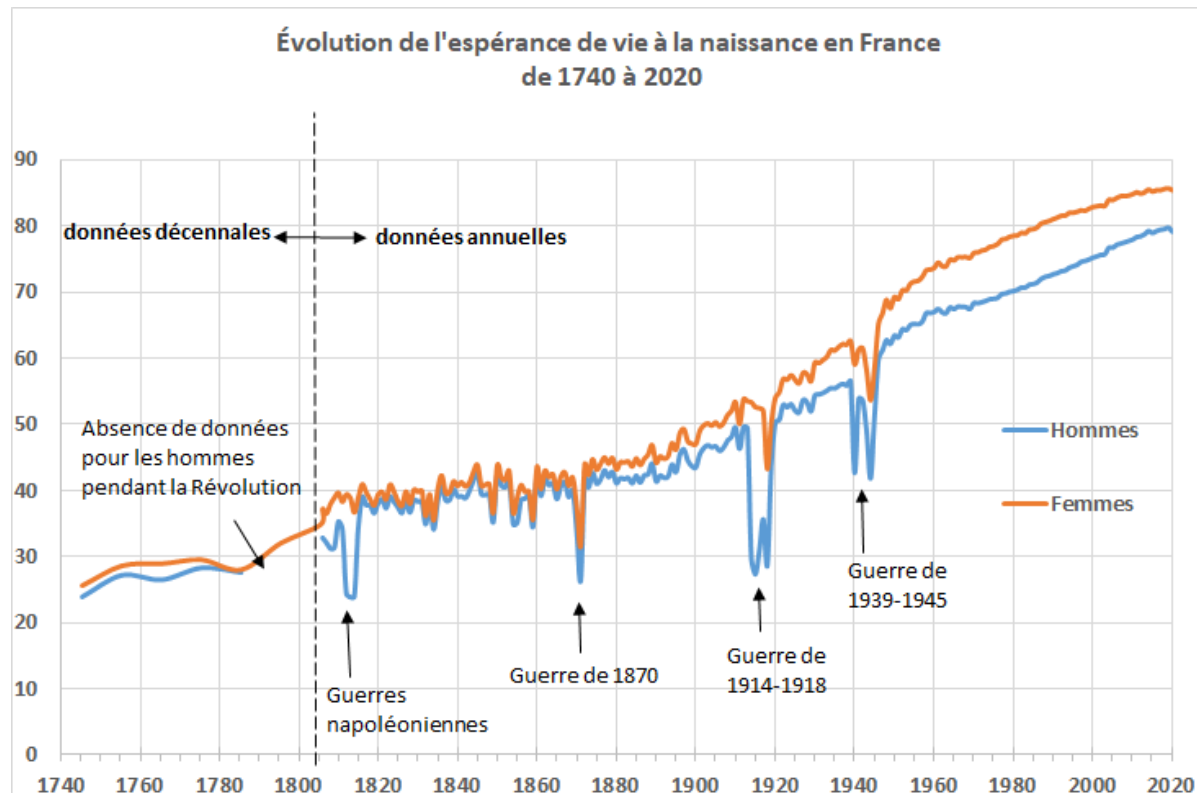
1. The main components of the system

- **Coordination of ambulatory care**
- Collective practice in “MSPs” (n=2700)
- Coordination in “CPTS” (n=7000), quite medical
- Multiple logics of “coordination”
- Coordination beyond health care ?



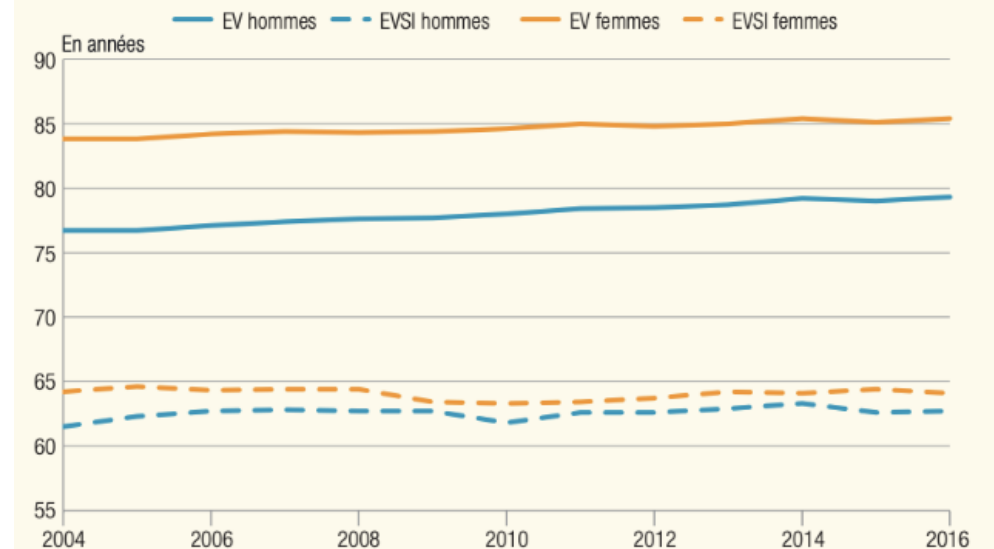
2. Transverse perspectives on the system

- Health outcomes : life expectancy (without incapacity)



GRAPHIQUE 1

Évolution de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité, par sexe, de 2004 à 2016



EV : Espérance de vie à la naissance ; EVSI : espérance de vie sans incapacité.

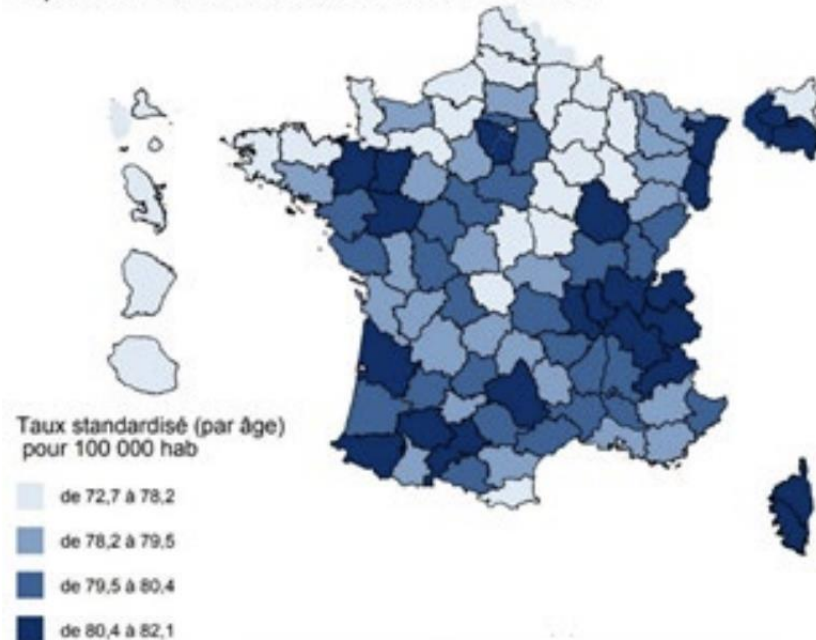
Source • Espérance de vie à la naissance, Série Insee, France entière, données de décembre 2016 ; Espérance de vie sans incapacité, calculée avec la méthode de l'European Health Expectancy Monitoring Unit (EHMU) à partir des données de l'enquête SILC réalisée par l'Insee pour la mesure des incapacités.

2. Transverse perspectives on the system

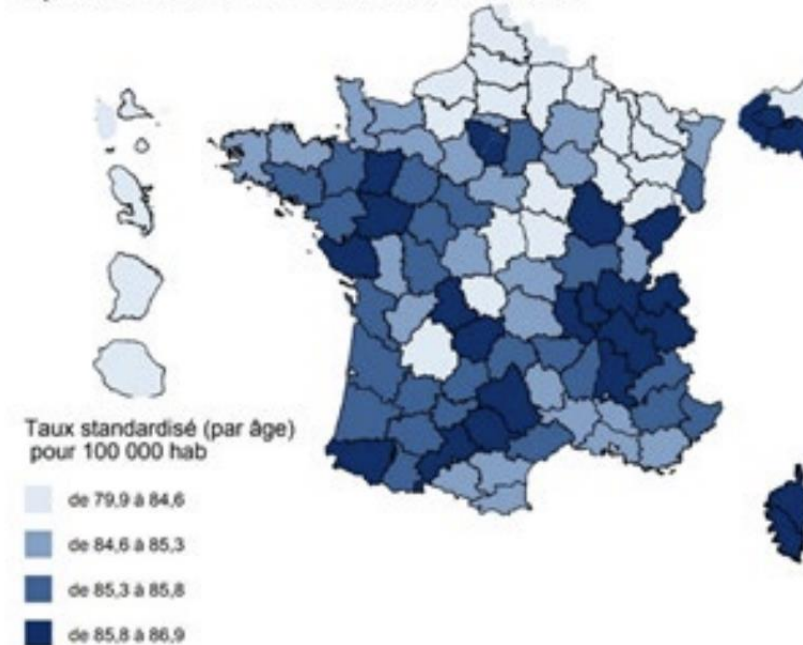
- Social inequalities : life expectancy and territories

Carte 1 • Espérance de vie à la naissance par département, en années

Espérance de vie à la naissance chez les hommes en 2021



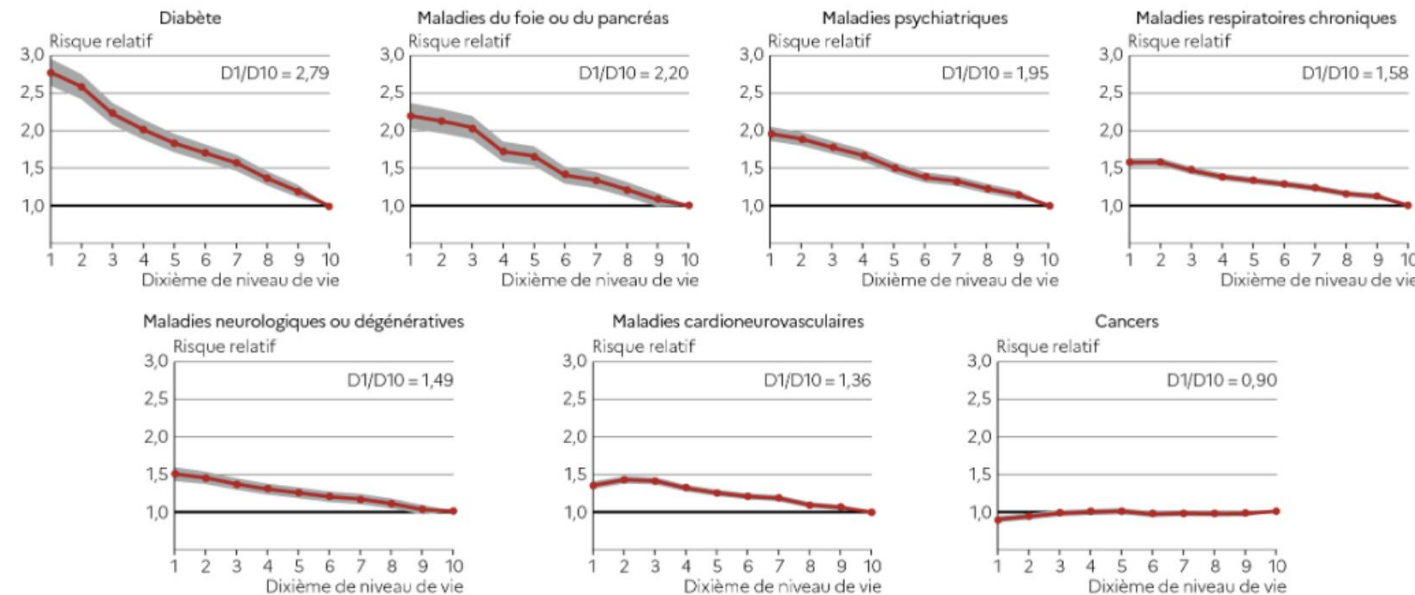
Espérance de vie à la naissance chez les femmes en 2021



2. Transverse perspectives on the system

- Social inequalities : social status and pathologies

Graphique 4 • Risque standardisé de développer une maladie chronique, selon le niveau de vie et la catégorie de maladie



Note > L'intervalle de confiance à 95 % est indiqué par le ruban qui entoure les valeurs.

La valeur inscrite en haut à droite de chaque graphique correspond au risque relatif des personnes les plus modestes (premier dixième) relativement aux personnes les plus aisées (dernier dixième).

Lecture > Les personnes du dixième le plus modeste ont un risque 1,58 fois plus élevé de développer une maladie respiratoire chronique que celles du dixième le plus aisé.

Champ > 2016-2017, France (hors Mayotte).

Source > EDP-Santé 2017.

2. Transverse perspectives on the system

- **The dual governance of health care**
 - The State : more on hospital, and at regional level (ARS and local regulation of hospitals)
 - La “Sécu” in ambulatory care : National conventions with professional unions
 - An unfinished convergence ? (2004)



2. Transverse perspectives on the system

- **The national governance of health funding**

- The key role of the Parliament (from 1996)
- Historically absent (“democratie sociale”)
- Until 1990s a few laws (hospital, prevention)
- From 1990s a multiplication of laws
- 1996 : annual indicative budget (LFSS)



2. Transverse perspectives on the system

- **The “agencification” of risks and health safety**
- Dedicated regulation agencies after health scandals (2000)
- A new layer of health bureaucracy ?



3. Pending issues in French health policy

- **A “territorialization” of health policies**
 - Local attractiveness for professionals
 - Public health at local level
 - The territorialization of the central State (ARS from 2009)
 - New legal competences for local institutions?
 - Increasing role of local elected politicians



3. Pending issues in French health policy

- **The involvement of patients**

- Historical layers of patient groups (Aids in the 1980s)
- Regulated by the Law (Kouchner, 2002)
- Now quite administrative in nature (agencies, hospitals...)
- Other types of involvement (support...)



3. Pending issues in French health policy

- **The digitalization of health practices**

- A publicly funded “subsystem” (by billions)
 - The importance of data (*Health data hub*)
 - Through derogation and experimentation
 - New forms of prevention?
-
- How to maintain innovation on the long run? (“monopsony”)



3. Pending issues in French health policy

- **A financialization of care?**
- New forms of investment in technologies (biology, radiology...)
- Change in ownership : from professionals to private investors
- Plausible wider systemic effects (“who governs?”)



3. Pending issues in French health policy

- **The decarbonization of health**

- A recent issue (post covid)
- Drugs (50%) and hospital (38%)
- Many initiatives, but lack of leadership



Conclusion

- **The kinetics of change in the French Health care system**
 - A two-speed process ?
 - Fast : finance, digital, integration and coordination...
 - Slow : hospital organization, public health, chronicization, inequalities...
 - The basics : public funding, regulation by norms

Conclusion

- To go beyond

