

Is our health system in danger? Dealing with the shortage of doctors (2/4)

By [Gérard Cornilleau](#)

Health is one of the key concerns of the French. Yet it has not been a major topic of political debate, probably due to the highly technical nature of the problems involved in the financing and management of the health care system. [An OFCE note](#) presents four issues that we believe are crucial in the current context of a general economic crisis: the second issue, presented here, concerns access to care, which could become more complicated due to a temporary reduction in the number of doctors.

The coming decline in the number of physicians, even if it is limited and temporary, runs the risk of developing medical deserts. Incentives exist to steer health professionals towards areas with a low medical density, but these are woefully inadequate, and the issue of more direct intervention is now on the agenda.[\[1\]](#) It will be difficult to avoid calling into question the complete freedom of doctors to install wherever they wish, which could result in a requirement for new physicians to go first to priority areas. But this would place a heavy burden on younger doctors, and inevitably involve some recompense. Would this mean accepting further increases in pay? To what extent? Should we allow further increases in physician surcharges (“dépassements d’honoraires”)? The need for comprehensive negotiations with the profession is becoming clear: the past weakness of the *numerus clausus* restrictions on supply will lead for a while to some rationing in the supply of physicians; this reinforces the profession’s market power at the very time when it is becoming necessary to call old compromises into question.

Ideally, it would be desirable to negotiate an increase in the income of doctors in training against a reduction in surcharges and constraints on their locations (possibly compensated by specific premiums). But this won't work for generations who have just completed their studies. So the only way forward clearly involves a strong upgrade in prices for medical acts (or fixed fees if, as would be desirable, doctors' incomes were calculated less on acts and increasingly on the size of their patient base [\[21\]](#)) as a counterpart for their acceptance of constraints on location (compensated) and a reduction in surcharges. These changes would constitute an additional burden on the health insurance system, which could be justified at least partially by the development of good practices. On the other hand, the increase in the individual remuneration of doctors will, for a few years, be partially offset by a reduction in their numbers.

The constraints of queuing should also encourage a better distribution of activity between physicians and a certain number of health technicians who can assist and even replace them in some situations (as is beginning to be the case in corrective optics). All these changes – the end of absolute freedom of installation, stricter regulation of surcharges, the sharing of medical activity with health technicians, the development of group work – are possible but would involve a major overhaul of the old compromise between the state and doctors. The main difficulty here is socio-political. To overcome it, we must also accept financial compensation for physicians, which will be difficult in a context of general rationing.

[\[11\]](#) The HPST Act (Hospitals-Patients-Health-Regions) in July 2009 introduced a “public service commitment contract” that offers second-year medical students and interns an additional income of €200 per month for a commitment to move to a priority area for a period at least equal to the duration of

the receipt of the aid, with a minimum of 2 years. 400 contracts were offered in 2010-2011 (200 to students and 200 to interns), but only 148 were signed (103 students and 45 interns). This very limited figure is clearly insufficient in view of the forthcoming problems with doctors locating to areas in difficulty.

[\[2\]](#) Since 2010, Health Insurance has established a “Contract for Improving Individual Practice” (“CAPI”), which provides a lump sum of up to €7,000 per year for physicians who agree to follow certain rules on care and prevention. This scheme introduces a form of pay for performance that is distinct from pay for medical acts, which is in addition to the very limited pay related to the management of patients with a long-term illness (“ALD”) by the treating physicians (€40 per year and per patient).

Notre système de santé est-il en péril ? Gérer la pénurie de médecins (2/4)

par [Gérard Cornilleau](#)

La santé fait partie des préoccupations essentielles des Français. Pourtant sa place dans le débat politique reste limitée, sans doute du fait du caractère très technique des problèmes que posent le financement et la gestion du système de soins. [Une note de l'Ofce](#) présente les quatre problèmes

qui nous semblent essentiels dans le contexte actuel de crise économique générale : le second, ici présenté, concerne l'accès aux soins qui pourrait devenir plus compliqué du fait de la réduction temporaire du nombre de médecins.

La baisse à venir du nombre de médecins, même si elle reste limitée et provisoire, fait courir le risque d'apparition de déserts médicaux. Des incitations existent pour diriger les professionnels de santé vers les zones à faible densité médicale. Mais elles sont très insuffisantes et la question d'une intervention plus directe se pose[\[1\]](#). Il paraît difficile d'éviter une remise en cause de la liberté complète d'installation des médecins qui pourrait se traduire par une obligation de première installation en zone prioritaire pour les nouveaux médecins. Mais c'est faire peser sur les plus jeunes médecins une contrainte forte qui implique des contreparties. Faudra-t-il alors accepter que leur rémunération augmente plus ? Dans quelle proportion ? Faudrait-il autoriser un nouveau développement des dépassements d'honoraires ? La nécessité d'une négociation globale avec la profession apparaît clairement : la faiblesse passée du *numerus clausus* va entraîner pour un temps un certain rationnement de l'offre de médecins ; ceci renforce le pouvoir de marché de la profession alors qu'une remise en cause des compromis anciens s'impose. Idéalement il serait souhaitable de négocier une hausse des revenus des médecins en formation contre une baisse des dépassements d'honoraires et une contrainte sur la localisation (éventuellement indemnisée par des primes spécifiques). Mais ceci n'est plus applicable aux générations qui viennent d'achever leurs études. Dès lors la seule voie est certainement celle d'une forte revalorisation des tarifs des actes (ou des forfaits si, comme cela serait souhaitable, les revenus des médecins étaient de moins en moins calculés en fonction des actes et de plus en plus en fonction de la taille de leur patientèle[\[2\]](#)) en contrepartie de l'acceptation d'une contrainte de localisation (indemnisée) et d'une réduction des dépassements d'honoraires.

Cette évolution constituerait une charge supplémentaire pour l'assurance maladie, qui pourrait être gagée au moins partiellement par le développement des bonnes pratiques. D'autre part la hausse de la rémunération individuelle des médecins sera, pendant quelques années, partiellement compensée par la réduction de leur nombre.

Les contraintes de file d'attente devraient aussi favoriser un meilleur partage de l'activité entre les médecins et un certain nombre de techniciens de santé qui peuvent les assister et les suppléer dans certains cas (comme cela commence à se faire en matière d'optique correctrice). Tous ces changements – fin de la liberté absolue d'installation, réglementation plus strict des dépassements d'honoraires, partage de l'activité médicale avec des professions paramédicales, développement du travail de groupe –, sont donc envisageables mais ils impliquent une importante remise en cause des compromis anciens entre l'Etat et les médecins. La difficulté principale est ici de nature socio-politique. Pour la surmonter il faut aussi accepter des compensations financières pour les médecins, ce qui sera difficile dans un contexte de rationnement général.

[\[1\]](#) La Loi HPST (Hôpital-Patients-Santé-Territoires) de juillet 2009 a instauré un « contrat d'engagement de service public » qui propose aux étudiants en médecine, à partir de la deuxième année, et aux internes un complément de revenu de 1 200 € par mois contre l'engagement de s'installer en zone prioritaire pour une durée au moins égale à celle de la perception de l'aide et au minimum de 2 ans. 400 contrats ont été proposés en 2010-2011 (200 pour les étudiants et 200 pour les internes) mais seuls 148 ont été signés (103 étudiants et 45 internes) ce qui est évidemment très faible et très insuffisant au regard des problèmes à venir d'implantation des médecins en zones difficiles.

[\[2\]](#) Depuis 2010 l'assurance maladie a mis en place un « Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles » (CAPI) qui accorde une rémunération forfaitaire pouvant atteindre 7 000 € par an aux médecins qui acceptent de respecter certaines règles de pratique de soins et de prévention. Ce dispositif introduit une forme de rémunération à la performance distincte de la rémunération des actes qui s'ajoute à celle, très partielle, liée à la gestion des malades en affection de longue durée (ALD) par les médecins « traitants »(40 € par an et par patient).

Is our health system in danger? The financing of health insurance and the crisis (1/4)

By [Gérard Cornilleau](#)

Health is one of the key concerns of the French. Yet it has not been a major topic of political debate, probably due to the highly technical nature of the problems involved in the financing and management of the health care system. [An OFCE note](#) presents four issues that we believe are crucial in the current context of a general economic crisis : the first concerns the financing of health insurance, which is being undermined by a lowering of revenue due to the crisis; the second relates to access to care, which could become more complicated due to a temporary reduction in the number of doctors; the third involves the poor management of changes in

the way reimbursement is divided between social security and complementary health insurance organisations in the context of a rise in non-reimbursed expenses (in particular higher surcharges by doctors); and finally, the fourth problem concerns hospital management, which has experienced major disruptions by the introduction of charges on this activity.

The financing of health insurance: A new source to explore

The crisis has further intensified the difficulty of financing health insurance, which is feeding concern about the sustainability of the health system and about public responsibility for healthcare costs. However, an analysis of the main trends in spending and financing shows that in the event of a return to a “normal” macroeconomic situation, the financial difficulties should be contained and only a limited structural effort would be needed to achieve a balanced situation; the initial deficit is relatively small (about 0.6 GDP of the total deficit, which is divided roughly into two equal halves of 0.3 point for the structural deficit and 0.3 point for the cyclical deficit), and there are only moderate prospects for a further rise in spending (with an increase in the expenditure / GDP ratio of around 0.1 percent of GDP a year). An increase in the CSG wealth tax and realistic efforts to control spending (of around 1 to 2 billion euros per year relative to the spontaneous trend) should be sufficient to ensure the financial sustainability of the system.

If the macroeconomic climate remains very bad for a long time, the health insurance deficit could increase, in which case the issue of cutting expenditure could be posed more acutely. There would then be two options: either to accept a new increase in the deficit, as only a radical change in European policy would solve the issue of funding; or to put off a return to growth, which would mean adjusting the financial configuration of health insurance. Three variables could be used to adjust the accounts: to shift spending downwards; to raise taxes; or to lower reimbursements. In the bleak scenario

of a halt in growth, it is likely that governments would seek to make use of these three variables. It is difficult to envisage a downward trend in spending at a time when needs will be increasing due to population growth and aging, and the spontaneous trend is already moderate. It would be possible to increase charges, but this would compete with tax increases to finance other government spending. As for lowering reimbursement rates, it would be difficult to do this uniformly when coverage of expenditure on primary care physicians is already very low.

The only path that has not yet been taken is means-testing reimbursement, which would lead to a large increase in the financial co-payments of the wealthiest households. This would undoubtedly reduce the deficit, but it would weaken the system, as public care would become increasingly expensive for the wealthier strata, which would lead them to support moves towards a private insurance system that excluded any redistribution between rich and poor.

Notre système de santé est-il en péril ? Le financement de l'assurance maladie et la crise (1/4)

par [Gérard Cornilleau](#)

La santé fait partie des préoccupations essentielles des Français. Pourtant sa place dans le débat politique reste

limitée, sans doute du fait du caractère très technique des problèmes que posent le financement et la gestion du système de soins. [Une note de l'Ofce](#) présente les quatre problèmes qui nous semblent essentiels dans le contexte actuel de crise économique générale : le premier concerne la financement de l'assurance maladie qui est mis à mal par l'affaiblissement des recettes liée à la crise ; le second concerne l'accès aux soins qui pourrait devenir plus compliqué du fait de la réduction temporaire du nombre de médecins ; le troisième est lié à l'évolution mal maîtrisée du partage des remboursements par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires dans un contexte de croissance des dépenses non remboursées (notamment celles liées à la progression des dépassements d'honoraires) ; enfin le quatrième problème saillant concerne la gestion hospitalière qui a été fortement déstabilisée par l'introduction de la tarification à l'activité.

Le financement de l'assurance maladie : une nouvelle source à explorer

La crise a contribué à accentuer les difficultés de financement de l'assurance maladie, ce qui nourrit une inquiétude à propos de la pérennité du système de santé et de la prise en charge publique des dépenses de soins. Toutefois, l'analyse des grandes tendances des dépenses et du financement montre que dans l'hypothèse d'un retour à une situation macroéconomique « normale » les difficultés financières devraient être contenues et l'effort structurel à fournir pour équilibrer le régime relativement limité : le déficit de départ est relativement faible (environ 0,6 point de Pib de déficit total qui se partage à peu près en deux moitiés égales à 0,3 point de déficit structurel et 0,3 point de déficit conjoncturel), et les perspectives de croissance des dépenses à court-moyen terme restent modérées (avec une hausse du ratio dépenses / Pib de l'ordre de 0,1 point de Pib par an). Une augmentation de la CSG et des efforts réalistes de maîtrise des dépenses (de l'ordre de 1 à 2 milliards par an

relativement à la tendance spontanée) devraient suffire à assurer la pérennité financière du système.

Si la situation macroéconomique était durablement très dégradée, le déficit de l'assurance maladie pourrait augmenter et la question des économies de dépenses se poser avec plus d'acuité. Deux options seraient ouvertes : soit accepter une nouvelle hausse du déficit, la solution de la question du financement ne pouvant résulter que d'un changement radical des politiques européennes ; soit renoncer à la reprise de la croissance et ajuster en conséquence les paramètres financiers de l'assurance maladie. Trois variables sont disponibles pour ajuster les comptes : la réduction tendancielle des dépenses, la hausse des prélèvements, la baisse des remboursements. Dans ce scénario noir de renoncement à la croissance, Il est vraisemblable que les pouvoirs publics cherchent à agir sur ces trois variables. La réduction tendancielle des dépenses est difficile à envisager alors que les besoins liés à la croissance démographique et au vieillissement continueront à croître et que la tendance spontanée est déjà modérée. La hausse des prélèvements est envisageable, mais elle entrerait en concurrence avec les hausses de fiscalité destinées à financer les autres dépenses publiques. Quant à la baisse des taux de remboursement elle peut difficilement s'appliquer de manière uniforme alors que la prise en charge des dépenses courantes de médecine de ville est déjà très faible.

La seule voie qui n'a pas encore été empruntée est celle du remboursement sous conditions de ressources qui implique une forte hausse de la participation financière des ménages les plus aisés. Cette mesure permettrait sans doute de limiter les déficits mais fragiliserait le système qui pour les plus riches deviendrait de plus en plus coûteux, ce qui les pousserait à soutenir le passage à un système d'assurance privé excluant toute redistribution entre riches et pauvres.