

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).