

Incitations financières et concurrence dans les systèmes de santé

Béatrice Majnoni d'Intignano,

Professeur à l'Université de Paris XII

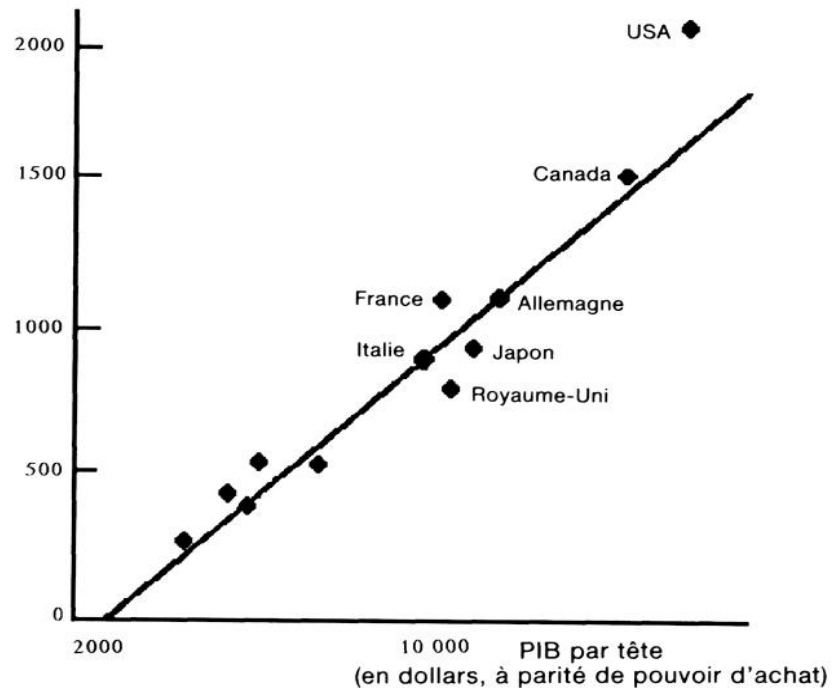
Les systèmes de santé sont partout l'objet de profonds bouleversements depuis 1980. Les grands pays de l'OCDE ont maîtrisé leurs dépenses de santé (sauf les Etats-Unis et la France), modifié la rémunération des médecins ou hôpitaux et introduit la concurrence et des incitations financières. A l'Est, on s'interroge : quels nouveaux systèmes de santé adopter ? L'URSS conduit des expériences proches de celles menées aux Etats-Unis et au Royaume-Uni. La France reste largement à l'écart de ces grandes réflexions.

Jusqu'aux années quatre-vingt, la plupart des pays développés ont utilisé des mécanismes inflationnistes pour financer les soins, tels le paiement à l'acte pour la médecine de ville ou le prix de journée à l'hôpital. Les mécanismes de marché, la concurrence ou toute contrainte macroéconomique étaient jugés inappropriés et la gestion des systèmes de santé reposait rarement sur des incitations financières, considérées comme contraires à l'éthique médicale. Ces temps sont révolus.

La santé reste certes une préoccupation majeure par ses aspects éthiques et moraux. Mais, plus prosaïquement, parce qu'elle absorbe en moyenne 7,5 % du PNB des pays de l'OCDE (près de 12 % aux Etats-Unis), il est devenu évident un peu partout que de pareilles sommes (500 milliards de francs en France) méritaient d'être gérées. Après la crise économique de 1975, en général au début des années quatre-vingt, les principes de rémunération des hôpitaux et des médecins ont été modifiés et des régulations efficaces ont été utilisées. Ainsi, les dépenses de santé sont maintenant maîtrisées partout, excepté en France et aux Etats-Unis. L'élasticité des dépenses de soins par rapport au produit national a été ramenée à l'unité au Royaume-Uni, en Allemagne et au Japon, alors qu'elle résiste à 1,6 aux Etats-Unis et reste supérieure à 2 en France (graphique 1). Les recettes pour parvenir à ce résultat sont bien connues : enveloppes globales pour les honoraires des médecins payés à l'acte comme en Allemagne, budgets limitatifs pour les hôpitaux comme en Europe, médecins de famille payés à la capitation qui filtrent l'accès aux soins spécialisés dans les pays du Nord, liste de médicaments n'ayant pas prouvé leur efficacité et non remboursés, contrôle des dépenses de santé par le parlement ou co-gestion par les caisses de maladie et les médecins. L'expérience inter-

nationale démontre amplement que les malades ne peuvent réguler à eux seuls, par leur demande, leurs dépenses de soins. Partout, des régulations adaptées de l'offre de soins sont appliquées par les pouvoirs publics ou les assurances-maladie pour le compte des citoyens ou des assurés.

1. Dépenses de santé et revenu national



(a) Les dépenses de santé sont liées au niveau de vie plus qu'à tout autre chose. Mais certains pays sont peu dépensiers (sous la ligne), d'autres très dépensiers (au-dessus de la ligne).

(b) L'élasticité des dépenses de santé (rapport entre leur accroissement annuel et celui du PNB) est proche de l'unité, ou même inférieure en Suède, sauf en France et aux Etats-Unis.

Source : OCDE (1987).

Les pays du Nord européen (Royaume-Uni, Suède, Danemark) ont adopté un « système national de santé », inspiré du rapport Beveridge de 1942. Les soins y sont financés par l'impôt, contrôlés par le parlement et gérés par une administration. L'accès aux soins y est gratuit. Les médecins généralistes sont payés à la capitation et filtrent l'accès aux soins spécialisés. Les pays méditerranéens (Grèce, Italie, Espagne et Portugal) tentent, avec plus ou moins de succès, de les imiter depuis 1980. Les pays du centre de l'Europe (Allemagne, Bénélux, Autriche) ont des systèmes de santé « bismarckiens », inspirés des principes des premières lois allemandes sur l'assurance maladie de 1883. Les soins y sont financés par des cotisations professionnelles, contrôlés par des représentants des assurés ; la médecine y est libérale et payée à l'acte. La France a un système mixte : « bismarckien » par son financement et sa médecine de ville, à l'anglaise par ses hôpitaux publics et le contrôle croissant exercé par le ministère de la Santé.

Pour comprendre les enjeux des changements actuels, il faut rappeler comment sont rémunérés médecins et hôpitaux et comment jouent les incitations financières.

Comment sont rémunérés médecins et hôpitaux ?

Les médecins

Le paiement à l'acte des spécialistes : inflationniste ?

En médecine dite « libérale » (Etats-Unis, France, Allemagne), le médecin est payé à l'acte. Chacun reçoit un revenu individuel égal au produit du prix de chaque acte (dit « honoraires ») par le nombre d'actes effectués, soit :

$$R = P_a \times N_a$$

et en variation :

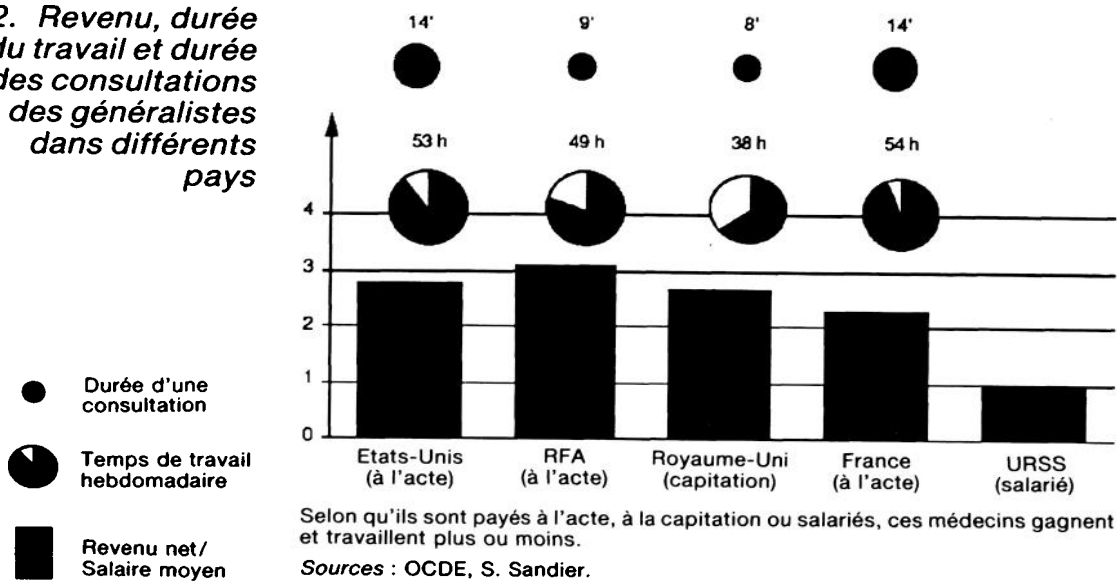
$$\Delta R = (\Delta P_a \times N_a) + (P_a \times \Delta N_a)$$

avec R = revenu, P_a = prix d'un acte, N_a = nombre d'actes.

Pour tenter d'augmenter ce revenu, le corps médical dispose de deux stratégies. Soit augmenter le prix (ΔP_a), selon l'élasticité de la demande à ce prix. Soit augmenter le nombre d'actes (ΔN_a). La première stratégie a été contrée de manière efficace par les assurances-maladie qui remboursent ces soins. Elles ont imposé ou négocié des « grilles d'honoraires » plus ou moins détaillées. Par exemple la « Convention médicale » française entre les trois principales caisses de maladie (Salariés, Agriculteurs et Travailleurs indépendants) et les syndicats médicaux fixe régulièrement les tarifs des visites et consultations. La deuxième stratégie dite « demande induite par l'offre » (Evans, 1974) consiste à augmenter le nombre des actes. Les assurances-maladie contrôlent plus difficilement les volumes (N_a), puisque les médecins sont en même temps prescripteurs et producteurs de soins. Les médecins spécialistes en particulier sont en mesure de susciter une demande toujours croissante de leurs services. Ce fait a été bruyamment mis en lumière dès 1970 par Wennberg et Ghittelsohn, découvrant que le nombre d'opérations chirurgicales est statistiquement très corrélé avec la densité de chirurgiens et que les habitants des pays où les chirurgiens sont payés à l'acte subissent, en moyenne, deux fois plus d'opérations que ceux dont les chirurgiens sont salariés. Les actes techniques plus encore que les actes cliniques sont parfois de véritables « machines à sous ». C'est le cas lorsque leur tarif est supérieur à leur coût de production pour le médecin, la plupart des tarifs étant ajustés avec retard à l'évolution des techniques. Les meilleurs exemples sont l'électrocardiogramme et les échographies de la grossesse.

Les médecins généralistes payés à l'acte travaillent plus longtemps (54 heures par semaine), voient chaque client plus longtemps (14 minutes) et prescrivent plus (1/3 environ) que les médecins payés par une capitation (Sandier, 1989). Ils gagnent aussi un peu plus d'argent (revenu net de frais comparé au salaire moyen du pays), sauf en France (graphique 2).

2. Revenu, durée du travail et durée des consultations des généralistes dans différents pays



Le paiement à l'acte semble avoir façonné dans tous les pays de médecine libérale une médecine très active, orientée vers les actions curatives plutôt que préventives. Si, à l'évidence, prétendre qu'un médecin payé à l'acte a intérêt à ce que son client soit malade paraît choquant, cette proposition est vraie d'un ensemble de médecins et pour une population large. La médecine moderne est essentiellement fondée sur la trilogie : diagnostic, thérapeutique et pronostic. Sa philosophie est : faire plutôt que ne pas faire. Tout le système de santé des pays libéraux s'ingénie à des diagnostics de plus en plus précis, même s'il n'existe aucune méthode de traitement ayant fait ses preuves, et applique souvent de tels traitements, en particulier à l'égard des grands vieillards. Plusieurs expériences confirment que payer certains services à l'acte permet d'en encourager l'offre : ainsi le doublement des honoraires au Québec a provoqué un accroissement de 25 % des visites entre 1978 et 1979 et l'instauration d'un paiement à l'acte pour les visites de nuit en Angleterre a eu un effet semblable.

Les médecins salariés : démotivés ?

Les médecins sont salariés en ville dans les dispensaires et les polycliniques des pays de l'Est, et à peu près partout dans les hôpitaux. En ces pays, un médecin de ville salarié a tendance à arriver tard, partir tôt et à avoir peu de clients réguliers, à prendre le moins de responsabilités possible. Ils sont la plaie des polycliniques soviétiques (équivalent de nos dispensaires où travaillent tous les médecins de famille). Les médecins y signent un arrêt de travail aux malades légers et un ordre d'hospitalisation aux vrais malades. Les Soviétiques les plus riches, munis de leur certificat de maladie, s'enquière d'un médecin efficace qu'ils paieront au noir. Ceux qui travaillent dans les grandes entreprises ou appartiennent à la *nomenklatura* disposent de polycliniques ou hôpitaux de qualité. Ainsi organisée, la médecine soviétique cumule « inégalité et inefficacité ». Mieux payer ces médecins ne change

rien à cette réalité comme l'a démontré l'expérience soviétique de 1985, où les salaires des médecins ont été augmentés de 30 % pour les stimuler : sans résultat. Mieux payés, ils ont fait la queue plus longtemps dans les magasins.

Ailleurs, les médecins chargés de la prévention ou détection sont en général salariés : médecine scolaire et du travail. Cette médecine est souvent de qualité stéréotypée et s'adapte avec retard à l'évolution des préoccupations de santé publique. Ainsi les réseaux de radio-poumons ont survécu à la tuberculose.

Dans les hôpitaux, les médecins font partie d'une équipe structurée. Les « services hospitaliers » sont de vraies entreprises et la personnalité de leur chef semble plus importante que le mode de rémunération des médecins.

En revanche, salarier les médecins permet de contrôler la dépense globale, excepté quand leur comportement provoque de coûteuses hospitalisations inutiles.

Les médecins de famille payés à la capitation : mieux honorés ?

La capitation est un forfait « *per capita* » en usage au Royaume-Uni, Danemark, Hollande et dans la plupart des systèmes nationaux de santé. Dans ces pays, les services gratuits de la médecine publique sont accessibles à tout citoyen inscrit sur la liste d'un généraliste qu'il choisit librement. L'inscription sur la liste déclenche le paiement d'une « capitation » par le système de soins. Les médecins de famille sont des contractuels, pas des fonctionnaires. A leur capitation s'ajoutent de nombreux forfaits incitatifs : pour s'installer dans des régions déshéritées, pour travailler en groupe, pour se former (5000 £ au Royaume-Uni). Et aussi des paiements à l'acte pour encourager les visites de nuit, la première consultation, la contraception. Enfin, ces médecins peuvent recevoir quelques clients privés, qui les payent de leur poche, à l'acte (12 à 24 £).

La capitation, incitative et souple, présente de nombreux avantages. Ces généralistes qui filtrent l'accès aux soins spécialisés et aux hôpitaux se sont révélés un bon frein à l'inflation des dépenses dans tous les pays du Nord (« *gate keepers* »). Ils pratiquent une médecine globale vis à vis d'un client fidèle. Ils ont intérêt à faire de la prévention, susceptible de leur éviter du travail. Ils prescrivent avec modération et respectent des « listes noires » de médicaments déconseillés pour leur prix abusif ou leur faible efficacité. Leur revenu est élevé car le service national contrôle leur nombre et leur garantit un nombre minimum de clients. La capitation favorise une répartition régionale plus égale. Ils sont mieux payés que les généralistes français (deux fois et demie le salaire moyen), travaillent moins longtemps (38 heures au lieu de 54) mais consultent plus vite (8 minutes au lieu de 14) (graphique 2). La dépense totale est aisément prévisible puisque le nombre de capitations versées ne peut dépasser le nombre de citoyens ou résidents. Mais les meilleurs médecins peuvent s'en approprier une part plus élevée en attirant à eux la clientèle.

La capitation, souvent confondue à tort avec un salaire, apparaît comme un revenu bien adapté à la médecine de famille, qu'à l'évidence elle a contribué à promouvoir dans les pays du Nord. Elle semble appréciée par la population puisque les Danois qui peuvent choisir entre un généraliste à l'anglaise, gratuit mais filtrant l'accès au spécialiste, et la liberté totale de choix qui se paye d'un ticket modérateur, préfèrent à une écrasante majorité la première solution.

L'enveloppe globale d'honoraires et la cogestion allemandes

Une régulation simple permet d'expurger l'effet inflationniste du paiement à l'acte. L'Allemagne l'a instaurée depuis 1984 et *Medicare* aux Etats-Unis l'appliquera à partir de 1991 pour les personnes âgées. Le Canada en pratique une variante en payant des honoraires dégressifs aux médecins qui ont dépassé un certain volume d'actes. En Allemagne, les partenaires sociaux fixent chaque année une enveloppe globale pour les honoraires. Les associations de caisses de maladie et les unions de médecins établissent une hiérarchie des actes, exprimée en points (85 points pour un conseil téléphonique, 250 pour une consultation approfondie). Les assurés sociaux consultent gratuitement. Les caisses remettent aux unions de médecins l'enveloppe (en fait une pour les généralistes, une pour les spécialistes et une pour la biologie), à charge pour elles de la répartir entre les médecins selon le nombre de points effectués par chacun. Ainsi, la valeur du point diminue quand le volume des actes effectués augmente.

$$\text{Somme des } R = R_o = \text{Somme } (P_a \times N_a)$$

$$P_a = R_o / N_a$$

où R_o est l'enveloppe globale. Si N_a augmente, P_a diminue.

Par cette régulation, les Allemands ont concilié les inconciliables : accès libre et gratuit au médecin (dit « tiers payants »), paiement des médecins à l'acte et contrôle des dépenses. Ce type de régulation suppose que caisses de maladie et médecins aient une attitude constructive et disposent de structures représentatives capables de prendre des responsabilités financières. Cette habile co-gestion des honoraires entre les associations de caisses et les unions de médecins a permis d'éviter la tutelle de l'Etat. Ce sont les médecins eux-mêmes qui, entre pairs, contrôlent et sanctionnent les comportements individuels déviants.

Une enveloppe semblable a été appliquée avec succès aux actes de biologie en Belgique. Le volume de ces actes avait doublé entre 1980 et 1987. Selon le processus bien connu : refus de revaloriser des honoraires unitaires, qui provoque le gonflement des volumes. Dorénavant, les laboratoires dont l'activité dépasse leur objectif global doivent rembourser le supplément. Ainsi, la dépense totale d'examen de laboratoires a diminué de 30 à 26 milliards en deux ans, sans mécontentement apparent des patients. L'enveloppe a suscité la concentration des laboratoires et des progrès de productivité.

Les laboratoires de biologie français s'engagent dans cette voie de l'enveloppe globale, avec un objectif national régionalisé. Longtemps

refusée comme contraire au libéralisme, l'enveloppe d'honoraires est évoquée actuellement par les syndicats médicaux français.

Les hôpitaux

Au prix de journée : toujours plus grands ?

C'est l'équivalent du paiement à l'acte. L'hôpital facture un prix fixe (P_j) pour chaque journée passée par un malade. Ce prix est payé « *ex post* » par les assurances-maladie. Il résulte du rapport entre les dépenses totales et le nombre de journées. Rien n'incite l'hôpital à modérer cette dépense. Au contraire. Plus il est grand et plus le prestige de son directeur sera important ; mieux il est équipé et plus le prestige de ses médecins sera étendu. L'assurance-maladie reçoit la facture de dépenses déjà engagées qu'elle ne peut contester. Le gestionnaire est jugé sur deux indicateurs : le taux d'occupation de son établissement et l'augmentation de son prix de journée. Quand les techniques médicales évoluent vite, la durée moyenne de séjour a tendance à diminuer. Ainsi, le passage de la chirurgie traditionnelle à la « coeliochirurgie » permet de traiter des calculs ou grossesses extra-utérines en deux jours au lieu de huit. Les taux d'occupation chutent alors et il faut répartir les coûts du traitement sur moins de journées. Les gestionnaires ont le choix entre présenter des indicateurs défavorables ou fermer des lits. Or, leur prestige est lié à la taille de leur établissement. Ils ont donc souvent utilisé les lits ainsi libérés pour des cas sociaux, ou retardé les sorties de malades. Pour avoir utilisé ce mécanisme pendant des lustres, les pays de l'OCDE possèdent aujourd'hui environ 30 % de lits d'hôpitaux en excédent par rapport aux possibilités de soins modernes (Poullier, 1989).

Depuis les années quatre-vingt le paiement des hôpitaux à la journée tend à être abandonné partout en raison de cet effet inflationniste. Mais les lits sont là, et personne ne veut les fermer.

Le budget global : récompense-t-il le conservatisme ?

De tradition dans les systèmes nationaux de santé, le budget global a été adopté en Allemagne et en France depuis 1985. Il peut être calculé à partir du budget de l'année précédente augmenté selon un « taux directeur » μ .

$$B_t = B_{t-1} (1 + \mu)$$

Il suscite souvent des attitudes conservatrices : exister est en effet une raison suffisante pour obtenir un budget identique l'année suivante. Ainsi, le fait que les hôpitaux soient dotés d'un budget proportionnel à leur nombre de lits est considéré par les Soviétiques comme le principal obstacle à la fermeture des lits en excédent. De plus, lorsque les budgets sont inégalement généreux à l'origine, l'inégalité entre les hôpitaux tend à augmenter. En effet, appliquer un taux identique à deux hôpitaux dont l'un a un budget double de l'autre revient à donner

chaque année deux fois plus en valeur absolue au premier. Ainsi, les bons gestionnaires se trouvent pénalisés. Evaluer le budget de l'année à « base zéro » ou encore accorder des « budgets de projet » liés à des activités nouvelles permet d'atténuer cet effet. Les budgets peuvent encore être assouplis dans le cadre de contrats pluriannuels.

Les budgets globaux ont ralenti partout la progression des dépenses hospitalières et fait cesser les anticipations de croissance illimitée, un peu à la manière de l'encadrement du crédit dans les banques. Ils ont par ailleurs eu les mêmes effets néfastes : conforter les positions existantes.

Les hôpitaux payés par un budget global réduisent les durées de séjour, excepté si les dotations en personnel continuent à être liées au nombre de lits, ce qui est fréquent. Ils ont aussi tendance à rogner sur les dépenses maîtrisables à court terme : les médicaments et les investissements, ce qui est inquiétant à long terme.

Le forfait dépendant de la maladie : le mieux adapté ?

Le prix de journée était adapté à l'activité d'hôtel des hôpitaux. Le budget global est approprié à l'activité d'une administration. Les hôpitaux ne sont ni l'un ni l'autre. Un nouveau financement fondé sur leur activité médicale est apparu aux Etats-Unis depuis 1984 : le forfait par maladie (DRG : *Diagnosis Related Group*). Le forfait est défini par le coût des soins nécessaires pour prendre chaque type de malade en charge (470 catégories aux Etats-Unis). Le budget de l'hôpital est ainsi connu et lié à son activité médicale. Il s'exprime de la manière suivante :

$$B = Pm_i \times Nm_i$$

avec B : budget, Pm_i : forfait par malade de type i, Nm_i : nombre de malade de type i.

Comme tout mécanisme financier, ces forfaits ont leurs avantages et leurs inconvénients. Connus de l'établissement et versés quelles que soient les dépenses engagées, ils poussent l'hôpital à choisir la technique de soins la plus performante, à réduire les durées de séjour, à reporter sur les médecins de ville le maximum d'examen ou traitements. Ce financement est donc bien adapté à des techniques de traitement en évolution rapide. Il favorise en particulier la chirurgie ambulatoire, pratiquée sans hospitalisation dans 45 % des interventions aux Etats-Unis (contre 5 % en France). Il pousse aussi parfois à multiplier les séjours et à refuser les malades peu rentables. Il incite à la spécialisation.

Cette nouvelle tarification a provoqué un transfert de soins considérable des hôpitaux au profit de la médecine de ville aux Etats-Unis. Les hôpitaux américains financés par de tels forfaits ont en effet réduit leur coût par journée de 9,8 %, leur coût par malade de 14 % et la durée moyenne de séjour de 6,5 %. L'impact sur la dépense totale a toutefois été largement atténué par une augmentation du nombre d'admissions et des dépenses pré- et post-opératoires en ville : + 22 % en 1989. Néan-

moins, l'économie totale due à cette nouvelle tarification a été estimée à 2,4 % (Culyer, 1989).

L'adoption d'une tarification similaire en URSS, bien que « plus rustique » (37 groupes à Leningrad et 70 à Kemerova, en Sibérie), a eu des effets similaires depuis 1988. L'hôpital de chirurgie cardiologique de Moscou a doublé le nombre de ses clients et augmenté la proportion de cas complexes et spécialisés. A Kemerova, le taux d'hospitalisation a baissé, le nombre de lits d'hôpitaux a diminué de 10 %. A Leningrad, le nombre d'urgences hospitalières a baissé de 318 à 200 par an pour 1 000 habitants. Des mécanismes de contrôle de la qualité se mettent en place à Kemerova.

L'Europe, à ce jour, se refuse à adopter de tels forfaits comme base du financement des hôpitaux. Des expériences sont en cours en Suède, au Portugal et en Belgique. Quatorze pays, dont la France, commencent à collecter les informations nécessaires, sans avoir décidé de payer ainsi leurs hôpitaux.

Les « Health Maintenance Organizations » (HMO) : le libéralisme moderne ?

Ce sont à la fois des producteurs de soins et des assureurs. En intégrant ces deux fonctions, ils suppriment la « demande induite ». C'est le principe du « pré-paiement ». Les HMO se sont développés aux Etats-Unis depuis 1973. C'est la formule moderne du libéralisme en médecine. Ils procurent tous les soins nécessaires à leurs adhérents en contrepartie d'une prime annuelle. Celle-ci est calculée sur une base actuarielle et peut varier avec les services offerts. Les HMO subissent une double incitation : faire et répercuter les progrès de productivité en éliminant les moyens inutiles et privilégiant les techniques de soins efficaces en termes de coûts ; offrir des soins de qualité faute de quoi leurs adhérents seraient tentés de les quitter. Leurs médecins peuvent être salariés (*Staff model*), payés à la capitation (*Group model*) ou payés à l'acte (*Individual practice association* ou *IPA*). Mais le revenu des médecins est toujours lié au résultat financier du HMO. Le budget d'un HMO sera :

$$B = N \times P_a$$

avec B = budget, N = nombre d'adhérents, P_a = prime d'adhésion, et ses coûts : (C) et profits : (P) seront :

$$C = P_a \times N_a + P_m_i \times N_m_i$$

$$P = B - C$$

Les HMO tentent d'augmenter B en suscitant des adhésions et de réduire C pour augmenter leur marge. Certains sont des organisations à but non lucratif, telle la Kaiser, d'autres sont cotés en bourse. Contrairement aux médecins payés à l'acte, ils gagnent d'autant plus que leurs adhérents sont moins malades. Certains proposent des programmes de prévention du tabagisme ou de l'obésité, aident les diabétiques à se soigner eux-mêmes. D'autres ne fournissent les soins dentaires gratuitement qu'aux adhérents acceptant de faire soigner leurs dents régulièrement.

Les résultats sont là. Les primes d'adhésion aux HMO sont plus basses que celles des assurances qui remboursent *ex post* : 340 \$ dans un *Staff model*, 372 auprès d'une IPA, 515 à 550 \$ auprès d'une assurance traditionnelle dans la région de San Francisco. Leurs patients sont moins souvent hospitalisés.

Toutes ces expériences confirment que les incitations financières façonnent les comportements dans la santé comme dans les entreprises. Encore faut-il les bien choisir en fonction des objectifs à atteindre. Certaines apparaissent perverses. Chacune correspond à un objectif éthique ou social. Par exemple, la capitation favorise le libre accès aux soins et le bon usage des fonds publics, elle valorise la médecine de famille. Les forfaits hospitaliers poussent à la spécialisation des hôpitaux et réduisent l'hospitalocentrisme.

Expériences récentes dans l'OCDE et en Europe de l'Est

Chaque nation doit rechercher un compromis acceptable entre des objectifs parfois difficiles à concilier : équité, efficacité, satisfaction des besoins individuels, maîtrise de la dépense, emploi. Les systèmes de santé de l'Europe de l'Ouest et du Canada ont atteint le meilleur compromis au monde entre efficacité et équité. Ces pays adhèrent à un consensus constitué des principes suivants :

- L'assurance-santé est obligatoire et prise en charge par l'Etat pour les plus pauvres.
- L'Etat contrôle, directement ou non, l'usage des fonds pour assurer un bon rapport dépense/qualité des soins.
- Chacun cotise selon ses moyens mais doit pouvoir se soigner selon ses besoins.

Cette philosophie s'oppose radicalement à celle de l'organisation américaine, décentralisée et individualiste, où chacun s'assure librement (excepté les plus pauvres et les retraités couverts par *Medicare* et *Medicaid*) et où 35 millions de personnes ne sont pas couvertes malgré le niveau élevé de dépenses de la nation.

Régulation de la demande de soins

Faire payer les malades : l'échec ?

Il s'agissait de rendre la population consciente du coût en faisant payer les demandeurs de soins de leur poche une part du point de l'acte, le « ticket modérateur ». C'est de tradition partout pour les médicaments, les soins dentaires et les lunettes. Il peut s'agir d'un forfait (2 DM en Allemagne pour chaque prescription) ou d'un pourcentage

(30 % en France), lié ou non au revenu du malade. Il est clair que les tickets modérateurs agissent sur la demande au niveau microéconomique. A preuve les travaux de la Rand corporation ou de l'Université de York. Au Royaume-Uni, l'élasticité de la demande de médicaments par rapport au prix serait $-0,22$ dans la population qui supporte une partie du prix. Mais pour l'ensemble de la population, comprenant les enfants et les grands malades qui ne payent pas, l'élasticité tombe alors à $-0,02$.

En revanche, au niveau macroéconomique, les tickets modérateurs se sont partout et toujours révélés impuissants à réguler les dépenses de santé. Les raisons en sont simples et bien connues : la concentration des dépenses (50 % des soins pour 4 % de la population), le principe du libre accès aux soins et le risque de sous-consommation des plus malades.

En effet, d'une part, des tickets modérateurs faibles sont inefficaces, et ce d'autant plus que les malades ont des assurances complémentaires. La Corée du Sud a dû les élever progressivement jusqu'à 65 % pour ralentir la demande de consultations spécialisées. D'autre part, des tickets modérateurs élevés sont contraires à la justice sociale. Les pauvres, les personnes âgées, les malades devraient en effet consacrer une part plus importante de leur revenu aux soins que les autres. La plupart des grands malades ne peuvent pas payer des soins modernes ou longs. Et ce sont justement eux qui bénéficient le moins d'assurances complémentaires.

Le plan Séguin, en 1987, illustre ces difficultés. Le remboursement de nombreux médicaments a été limité à 40 % et la prise en charge à 100 % limitée à ceux qui sont prescrits pour une maladie longue et coûteuse. Certes, pour la première fois, les remboursements de l'assurance-maladie ont baissé en francs constants. Mais cette accalmie n'a pas été durable. Dès 1988, les prestations reprenaient leur rythme antérieur, et surtout, l'effet a été supporté par les malades graves, dont la plupart n'avaient pas d'assurance complémentaire.

Ainsi, l'idée simple de rendre le consommateur conscient du coût ne peut s'appliquer au niveau macroéconomique. Deux pays ont plus que les autres fait reposer leur politique de contrôle sur ce mécanisme : les Etats-Unis (40 % des dépenses non remboursées) et la France (20 %) ; ce sont justement les deux pays qui maîtrisent le moins bien leurs dépenses.

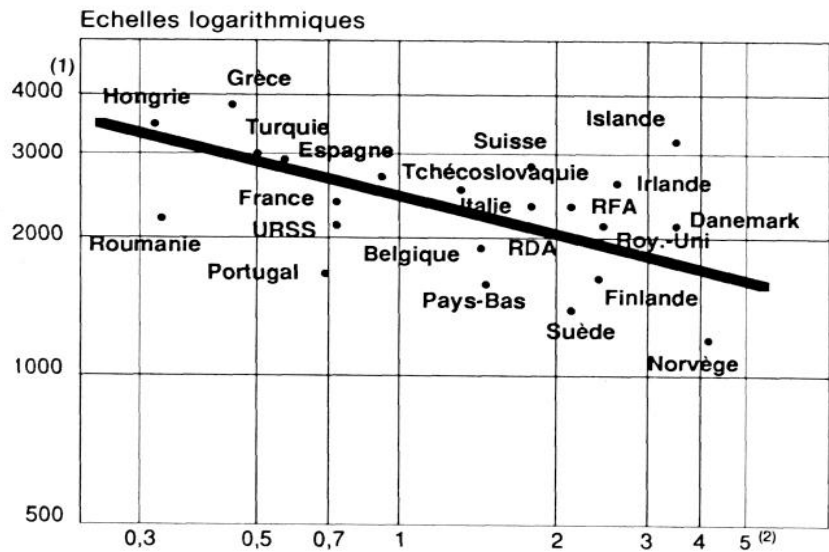
Faire payer les fauteurs de risques : l'avenir ?

Le principe est à la fois moral et économique : faire payer les conséquences de leur comportement aux responsables de dépenses qui pourraient être évitées : accidents du travail, conséquences de la pollution. Les entreprises par exemple, qui, lorsqu'elles financent les accidents du travail ou maladies professionnelles, en viennent à considérer alors la sécurité au travail comme un investissement. C'est le cas en France, où ce risque a été dissocié du risque maladie. La caisse professionnelle est structurellement excédentaire d'environ 4 milliards.

De même pour la consommation de tabac. On connaît son influence néfaste : cancers et maladies cardiovasculaires. Or, la demande de tabac est élastique par rapport au prix (− 0,4 en Europe chez les adultes, − 1,2 chez les jeunes) (Townsend, 1987). Le Royaume-Uni et la Norvège ont utilisé cette propriété de manière intéressante, puisqu'une hausse sensible du prix du tabac non seulement dissuade fortement les jeunes de fumer mais augmente les recettes fiscales correspondantes (graphique 3). La France, au contraire, semble avoir encouragé la consommation de tabac et donc les nombreux cancers du poumon qui l'accompagnent, puisque le prix relatif du tabac a baissé de 40 % depuis 30 ans. Aux Etats-Unis, certaines entreprises versent des bonus aux membres de leur personnel qui arrêtent de fumer.

3. Tabagisme

a) Consommation et prix dans 22 pays d'Europe (1987)

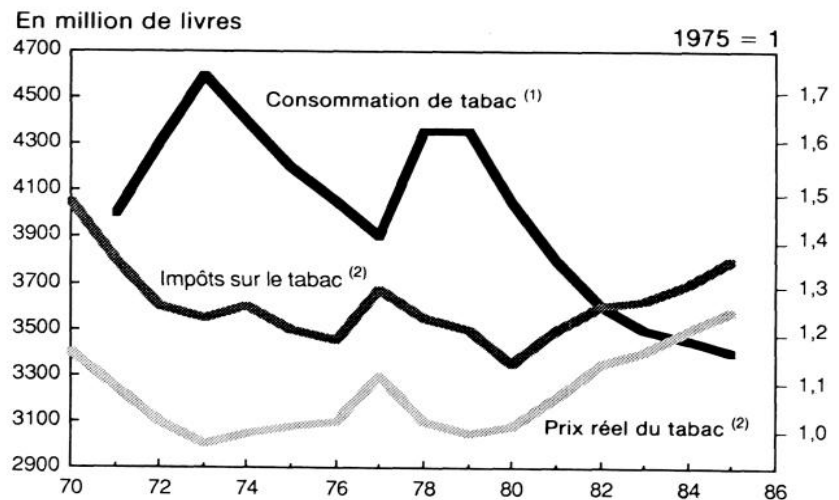


(1) Nombre de cigarettes par adulte et par an.
 (2) Prix du paquet en dollars.

Les trois quarts des différences de consommation constatées d'un pays à l'autre s'expliquent par le prix et les revenus.

Source : J. Townsend.

b) Consommation et prix au Royaume-Uni

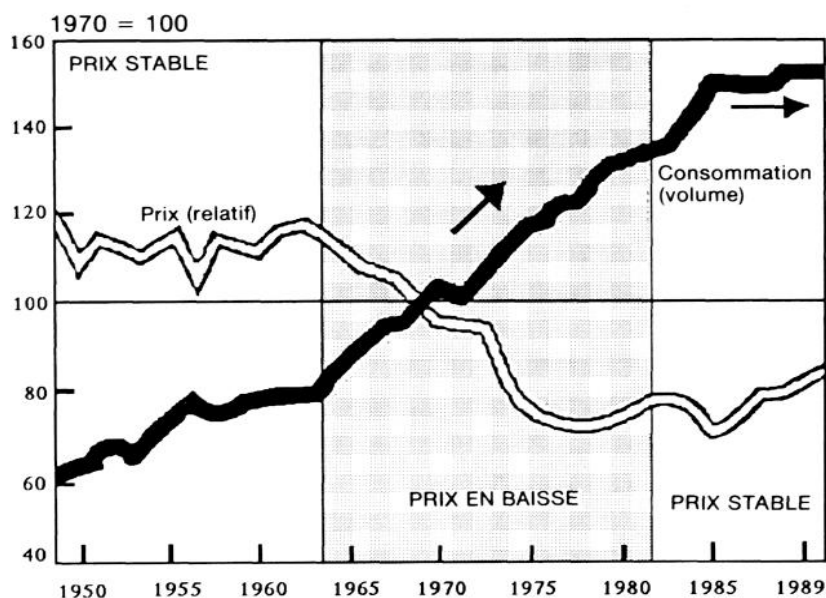


(1) Echelle de gauche consommation.

(2) Echelle de droite.

Quand les prix augmentent, la consommation diminue et les impôts augmentent.

Source : J. Townsend.



c) Consommation et prix en France

En France, la baisse des prix semble avoir encouragé la consommation depuis 1950.

Source : INSEE.

Cette approche est loin d'avoir été poussée à son terme : clubs de sport, industrie agro-alimentaire, pourraient être sensibilisés aux risques qu'engendrent leur activité.

Concurrence et mécanismes de prix dans l'OCDE

Ils sont partout introduits : des Etats-Unis à l'URSS, en passant par la Suède et le Royaume-Uni. Ils s'imposent aux assureurs, aux médecins et aux hôpitaux, et plus récemment aux produits pharmaceutiques.

Choix et concurrence entre les assureurs : HMO, Projet Dekker...

Libre choix et vive concurrence sont de tradition aux Etats-Unis. Entre les grands assureurs comme *Blue Cross* et *Blue Shield*, à but non lucratif, et les autres. L'expérience n'est guère concluante sous cette forme primitive de concurrence. L'exclusion est la règle pour les grands malades (*catastrophic illness*) et les travailleurs dont les revenus sont bas ou irréguliers. D'une part, les pouvoirs publics ont dû intervenir pour financer les soins des retraités et des indigents en créant les programmes publics *Medicare* et *Medicaid*, qui financent maintenant 40 % des dépenses de santé. D'autre part, les assurances traditionnelles n'ont pas su maîtriser les dépenses de santé qu'elles financent.

Une nouvelle forme de concurrence se développe avec les HMO qui attirent une clientèle toujours plus nombreuse. Le nombre des adhérents atteint 35 millions et croît de 20 % par an environ. Les HMO ont apporté aux Américains les principes de l'assurance européenne : accès aux soins garanti au malade à un coût raisonnable.

En Europe, excepté en Allemagne, le principe des « assurances professionnelles » a limité la concurrence : salariés et agriculteurs ont chacun la leur et doivent s'en satisfaire. Ce rattachement obligatoire a engendré des comportements bureaucratiques et monopolistiques, en France et au Bénélux par exemple. Le projet Dekker, aux Pays-Bas, tente de concilier solidarité et efficacité en instaurant une concurrence adaptée. Chaque citoyen pourrait choisir entre une assurance privée ou publique. Sa cotisation serait payée en partie par l'Etat (80 à 90 % en moyenne) dont le versement individuel serait déclenché par l'adhésion et lié au risque (âge, sexe, maladie grave). Le solde (10 à 20 % en moyenne) serait payé par l'assuré, et lié au taux de couverture choisi et à la plus ou moins mauvaise gestion de l'assurance.

Ce projet est inspiré par les HMO et les propositions de CCHP (*Consumer Choice Health Plan*) d'Alain Enthoven de l'Université de Stanford qui prône une concurrence bien orchestrée entre les assureurs : obligation d'être assuré, assurance prise en charge par l'Etat pour les pauvres et grands malades, information appropriée des assurés et définition précise du contenu minimum des garanties. Sinon, comme le prouve l'expérience américaine, les jeunes ne s'assurent pas (*free rider behavior*), les pauvres et grands malades (*catastrophic illness*) sont exclus (*cream skimming*) et l'asymétrie d'information empêche le marché de fonctionner. Dans ces propositions, l'Etat continuerait à financer la solidarité. Il faut bien que les travailleurs, les jeunes et les bien portants, peu consommateurs de soins, payent pour les autres, vieux et grands malades, qui gagnent moins et ont de gros besoins. Les assurés financeraient ce qui relève de l'assurance. Les Hollandais, comme les Américains, hésitent à sauter le pas.

Concurrence entre les médecins ou les hôpitaux : managed care, white paper...

Elle s'est développée aux Etats-Unis à l'initiative de certains payeurs publics ou privés : entreprises qui souscrivent les assurances, ou HMO, *Medicare* et *Medicaid*. Les « payeurs passifs » de dépenses engagées par des tiers se transforment en « acheteurs avisés ». Ils tentent de négocier prix, volume et qualité des soins avant d'être contraints de payer et choisissent le fournisseur en connaissance de cause. Les médecins libéraux américains sont ainsi en train de passer du libéralisme du XIX^e siècle au « *managed care* ». Les entreprises négocient avec des groupes de médecins des contrats PPO (*Preferred Provider Organization*) où l'entreprise apporte au médecin la clientèle, mais exige en contrepartie des prix et des volumes de soins raisonnables. Les médecins des PPO et des HMO, et maintenant beaucoup de ceux qui travaillent pour des assurances, obligés de suivre le mouvement, doivent évaluer leurs pratiques médicales et adopter les stratégies de diagnostic et de traitement les plus efficaces — en fait, renoncer à la « demande induite » — s'ils veulent conserver une clientèle. *Medicare* et *Medicaid*, les assurances publiques, elles, ont introduit le forfait pour les hôpitaux et l'enveloppe globale « *expenditure target* ». Le « *managed care* » est partout : en cinq ans, 70 % des médecins américains libéraux

ont dû s'y soumettre, poussés par la concurrence. Des îlots de raison se forment ainsi aux Etats-Unis sans qu'il soit possible d'en voir encore l'effet macroéconomique tant la tendance à l'inflation est bien ancrée dans les comportements.

Une concurrence féroce émerge aussi avec l'amélioration de l'information sur la qualité des soins (*quality assessment*) et le choix judicieux des thérapeutiques (*appropriateness of care*) aux Etats-Unis. *Medicare* a financé de gigantesques études confiées à des organismes indépendants tels la *Rand corporation* ou la *Brookings Institution*, ou encore des universités. Il est apparu par exemple (Brook et Kosecoff, 1987) que le tiers des opérations de la carotide seraient injustifiées. Que le taux de mortalité ou de complication à la suite d'interventions chirurgicales courantes comme les pontages coronaires ou prothèses pouvait varier du simple au double selon les équipes qui opèrent. Des taux de mortalité, ajustés pour tenir compte de l'âge des patients et de la gravité de l'affection, ont été publiés. Ainsi, en Californie, un sixième des hôpitaux avaient des taux significativement trop élevés (Steinbrook, 1988 ; Blumberg, 1988). Ces résultats ont profondément modifié l'attitude de la clientèle et le rôle de conseil du médecin de famille dans le choix d'un lieu d'hospitalisation dans le sens d'une concurrence plus vive. Les études de ce type sont rares en Europe, excepté celle de BUPA, qui a donné des résultats semblables au Royaume-Uni.

Les Britanniques ont un grand projet de réforme, présenté sous forme d'un « *White paper* », qui consisterait à généraliser la concurrence et « la culture du marché » dans leur système national. Déjà, depuis la réforme Griffiths de 1987, les hôpitaux ont dû soumettre leurs services logistiques (cuisines, nettoyage...) à la concurrence privée locale. Cette discipline a considérablement amélioré la productivité des hôpitaux publics. Le projet actuel touche les soignants eux-mêmes. Il définit des « agents acheteurs », les régions ou les districts, qui financent, et des « agents fournisseurs de soins ». Les premiers négocieraient avec les hôpitaux, ou des cliniques privées, des contrats de service. Les hôpitaux publics pourraient adopter le statut de « trusts » privés, courant dans les universités, et acquérir ainsi une plus grande autonomie. Les grands cabinets de médecins de famille (plus de 12 000 adhérents) recevraient une capitation élargie, destinée à financer aussi les soins hospitaliers et pharmaceutiques. Ils pourraient eux-mêmes passer contrat avec les hôpitaux de leur choix, y compris privés, et orienter leurs adhérents vers ceux qu'ils jugent les plus efficaces en termes de coûts. C'est une révolution des mentalités plutôt bureaucratiques des hôpitaux qui est proposée là.

Concurrence entre les produits pharmaceutiques : loi Blüm

Elle tend à rendre les médecins et les malades conscients du coût. Encore faut-il organiser la concurrence pour faire jouer les élasticités prix sans rendre aléatoire l'accès aux soins. C'est le principe de la réforme Blüm en Allemagne depuis 1990. Les prix des produits pharmaceutiques allemands sont deux fois plus élevés qu'ailleurs en Europe parce que l'industrie chimique, puissante, y pratique des prix de mono-

pole. Depuis 1990, les caisses de maladie ont fixé un « prix plafond » (*Fesbetrag*) de remboursement pour chaque classe thérapeutique. Tout médicament dont le prix est inférieur est gratuit. Dans le cas contraire, le malade paye la différence. L'effet fut immédiat. En quelques semaines, la part de marché des médicaments chers a chuté de 25 % et la plupart des laboratoires ont ajusté leurs prix pour les rapprocher des prix plafonds. L'influence des malades a été déterminante. Habités à un système généreux à leur égard, les Allemands ont refusé de payer et incité leurs médecins, ou leur pharmacien, à choisir un médicament respectant le prix plafond. Les nouveautés protégées par un brevet échappent bien entendu à cette procédure et la consommation des « médicaments génériques », copies de produits dont le brevet est échu, (15 % en Allemagne contre 5 % en France) devrait augmenter. La concurrence peut donc être appliquée aux produits pharmaceutiques, mais l'information continue à venir des professionnels : les caisses et les médecins qui établissent les classes thérapeutiques et les prix plafonds, les médecins et les pharmaciens, dotés du droit de substituer un produit moins cher au produit prescrit par le médecin.

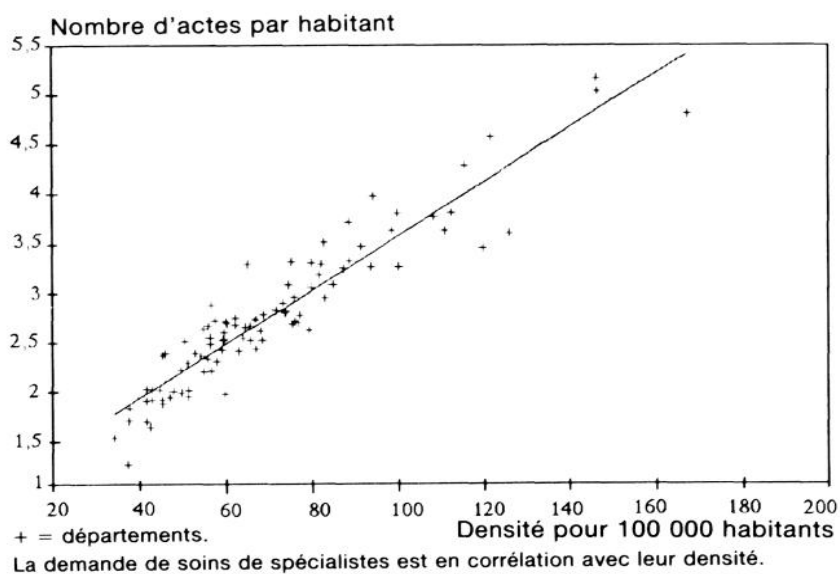
L'expérience française du « double secteur »

La France est le seul pays à avoir autorisé ses médecins conventionnés à fixer librement leurs honoraires depuis 1981. C'était laisser le marché résoudre les problèmes laissés en suspens par les caisses de maladie et les syndicats médicaux : différenciation des honoraires selon le lieu ou la renommée, nombre excessif de médecins. Les médecins français sont payés à l'acte par leurs clients. Ils peuvent choisir le « secteur 1 » où les honoraires négociés avec l'assurance-maladie doivent être respectés, comme cela se pratique à l'étranger, le malade payant un ticket modérateur de 25 %. Ils peuvent aussi choisir le « secteur 2 » et fixer librement leurs honoraires, le malade payant alors, outre le ticket modérateur, le supplément de sa poche. Cette expérience, vieille de dix ans, fournit des informations intéressantes sur la demande de soins de spécialistes et de généralistes.

Très peu de généralistes ont choisi les honoraires libres (10 % dans 80 départements). Ceux qui ont augmenté leurs prix, surtout dans les grandes villes, travaillent moins et, en général, leur revenu total baisse. La demande de soins de généralistes n'est pas liée à la densité de ces médecins (peu de demande induite). L'activité des médecins généralistes n'a pas évolué plus vite que la production nationale et leur revenu diminue à long terme (graphiques 4).

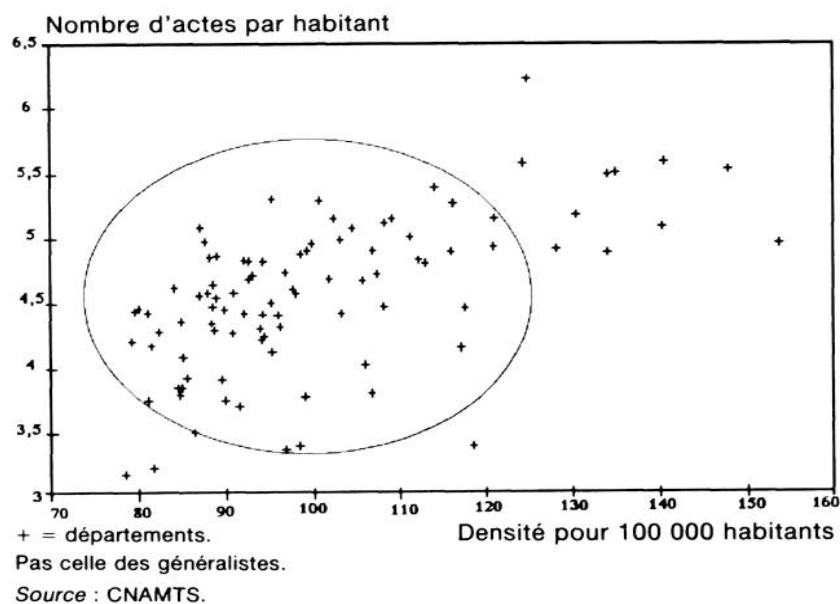
La situation des spécialistes apparaît toute différente. La demande de soins est d'autant plus forte qu'ils sont nombreux (forte corrélation entre consommation de soins spécialisés et densité de spécialistes). Beaucoup pratiquent les prix libres : 33 % en moyenne, mais 40 % des pédiatres, gynécologues, 68 % des endocrinologues. Leur activité et leur revenu augmentent beaucoup plus vite que la production nationale.

Toutes ces informations semblent montrer que les médecins de famille sont en situation de concurrence. Concurrence entre eux, au fur

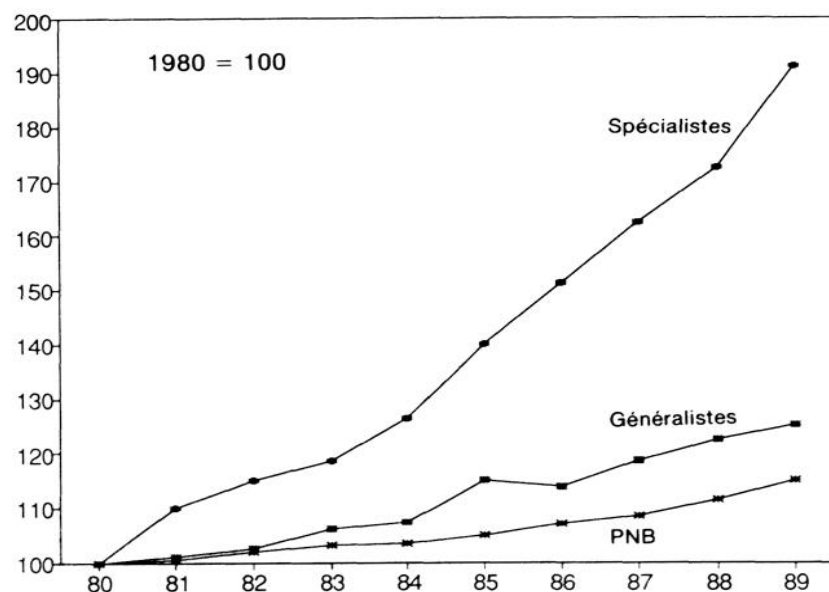


4. Généralistes et spécialistes

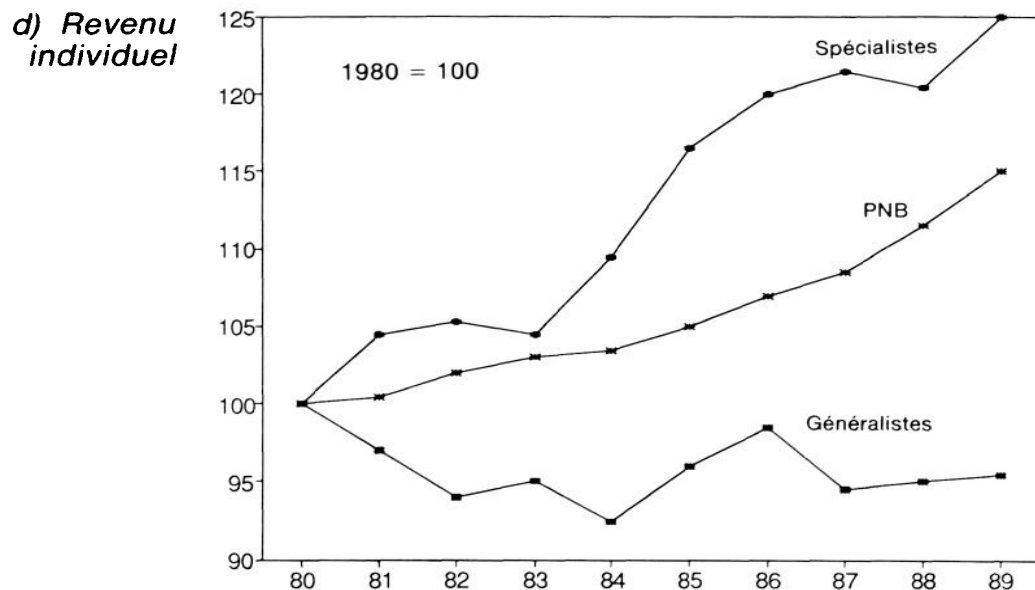
a) Demande de soins de spécialistes



b) Demande de soins de généralistes



c) Revenu total



(c) L'activité globale et (d) le revenu individuel des premiers augmentent ; pas ceux des seconds.

Source : Eco-santé/CREDES 1991.

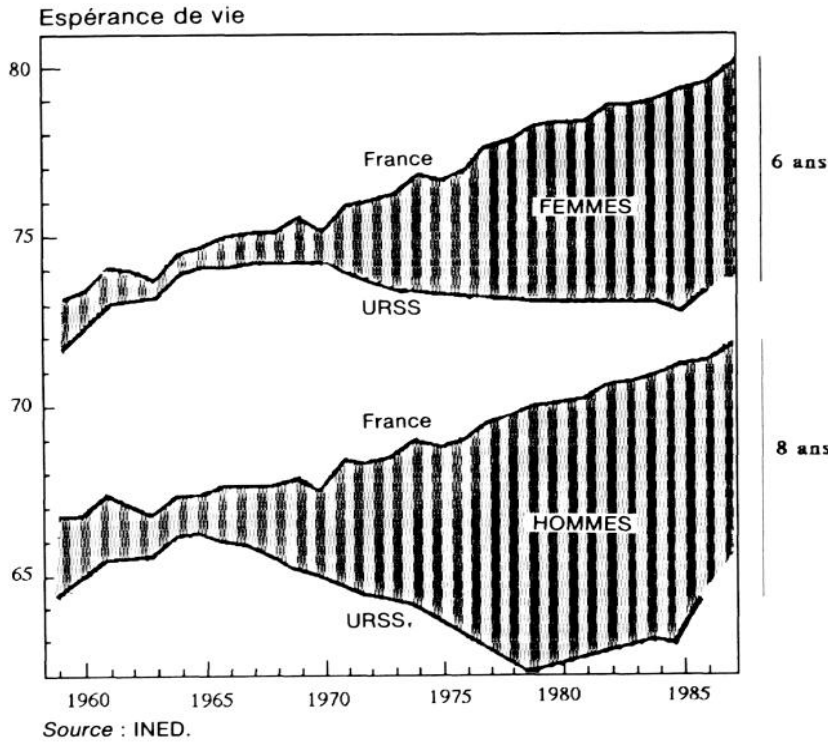
et à mesure que leur nombre augmente. Concurrence des spécialistes courants (pédiatres, gynécologues, ORL), que la clientèle leur préfère dans les grandes villes où elle est plus riche. La demande de soins de généralistes est peu élastique à l'offre, mais élastique par rapport au prix. La clientèle, infidèle, va de l'un à l'autre dès qu'ils sont nombreux. Au contraire, les spécialistes offrent un service différencié et sont plus ou moins en situation de monopole. La demande est élastique par rapport à leur nombre (demande induite), mais peu élastique par rapport au prix. La clientèle est fidèle à 95 %.

Dans ces conditions, le paiement à l'acte dessert les médecins de famille et favorise la médecine spécialisée. Le déclin des médecins de famille s'observe dans les mêmes conditions aux Etats-Unis, où leur nombre a régressé jusqu'à ne plus représenter que 10 % au total. Curieusement, néanmoins, les syndicats médicaux français défendent avec vigueur le principe du paiement à l'acte pour tous les médecins.

Quel système de santé pour l'URSS et les pays d'Europe de l'Est ?

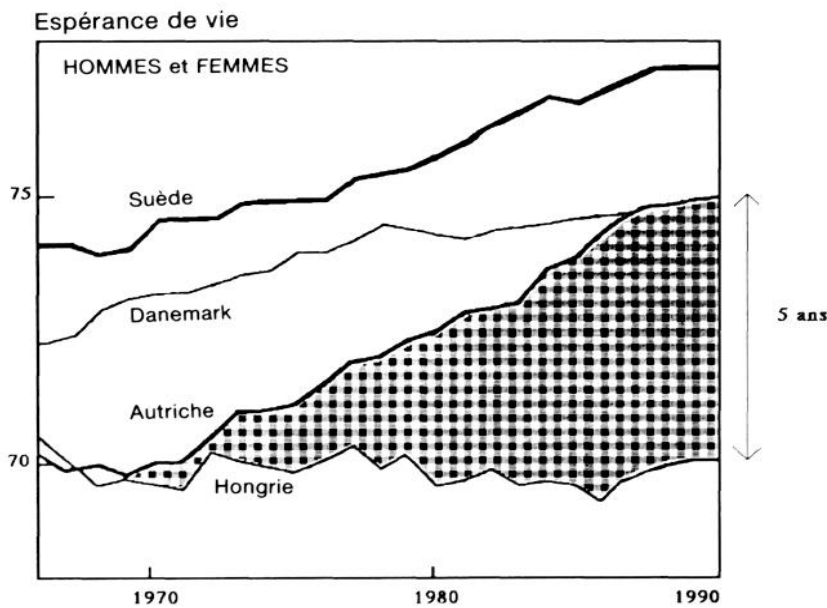
Ils ont fait l'expérience malheureuse de systèmes à l'anglaise dans un environnement de sous développement et de bureaucratie excessive. Ils consacrent des sommes anormalement faibles à la santé (3 % du produit matériel en URSS, 2,5 % en Roumanie, contre 7,5 % dans l'OCDE). Pour avoir salarié et sous-payé leurs médecins, considérés comme héritiers des classes bourgeoises et non productifs, ils les ont démotivés. Les soins y sont gratuits en principe, mais les médicaments quasiment introuvables ; les arrêts de travail se payent, comme les rares chirurgiens compétents, sous la table. Il semble qu'en URSS, les coopératives privées légales représentent 3 à 4 % des dépenses de soins, mais que les « bakchichs » pourraient s'élever à 8 ou 10 fois plus. Les

incitations sont perverses : faute d'approvisionnement régulièrement leurs polycliniques en pilules, les Soviétiques qui disposent de beaucoup de lits d'hôpitaux font plus d'avortements que d'accouchements. Les indicateurs démographiques témoignent de l'ampleur du désastre des dits « acquis sociaux du socialisme d'Etat ». L'espérance de vie en URSS, Tchécoslovaquie ou Hongrie, qui était proche de la nôtre en 1970, lui est actuellement inférieure de 5 à 8 ans (graphique 5). La mortalité infantile varie de 17 à 50 pour mille en Roumanie, contre 7 en France.



5. Espérance de vie à l'Est et à l'Ouest

a) France et URSS



b) Autriche, Danemark, Hongrie, Suède

Les pays de l'Est européen ont perdu de 5 à 8 ans d'espérance de vie, depuis 1965, par rapport à ceux de l'Ouest. L'espérance de vie a même diminué en URSS (a) et Hongrie (b), signe manifeste de sous-développement.

Source : INED.

Tous ces pays sont conscients de la nécessité de réformer leur système de santé, et la Banque mondiale elle-même a placé cet objectif au premier rang de ses priorités. Avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS), elle a commencé à leur fournir une aide technique.

Quel que soit leur choix, ils doivent malheureusement être sans illusion : des années ou des dizaines d'années leur seront nécessaires pour redresser la situation. L'expérience prouve en effet que les dépenses de soins sont fortement corrélées avec le niveau de vie (graphique 1). Il leur faudra, pour être bien soignés, non seulement réorganiser leur médecine, mais attendre que leur économie puisse la financer.

En URSS, les hôpitaux qui cherchent le client et les chirurgiens payés « à l'œil guéri »

Les Soviétiques ont choisi, dès 1988, d'introduire des mécanismes de marché et incitations financières dans un système national qu'ils souhaitent conserver. Leur démarche, originale, s'inspire des HMO et DRG américains, et du projet anglais. Ils ont engagé une expérience gigantesque à Leningrad, Kemerova (Sibérie) et Kiubishev (Volga). Les polycliniques reçoivent dorénavant une capitation égale pour chaque citoyen de leur zone (75 à 100 roubles) avec laquelle elles doivent fournir gratuitement tous les soins nécessaires, elles-mêmes ou en les achetant aux hôpitaux. Les hôpitaux, qui ne reçoivent plus de budget mais une avance, doivent vendre leurs services contre un forfait : 17 roubles pour un avortement, 550 pour une chirurgie orthopédique. Les malades mal soignés seraient réhospitalisés sans devoir payer un second forfait. La durée de séjour dans les hôpitaux a diminué de 17 à 12 jours en un an. Les polycliniques semblent prendre plus de responsabilités et s'équipent pour faire de la petite chirurgie. Les centres Fiodorov, qui pratiquent la chirurgie de l'œil, vont même jusqu'à payer leurs chirurgiens « à l'œil guéri », c'est-à-dire en fonction de leurs résultats tenant compte des échecs opératoires et des taux d'infection. Comme partout en URSS, la *perestroïka* se heurte à d'incommensurables difficultés. Mais les quinze ministres de la santé de l'Union ont décidé d'étendre cette expérience.

L'Académie des sciences et la République de Russie ont élaboré le plus vaste projet en Europe. Igor Sheiman propose d'en finir avec le financement centralisé et budgétaire. Il suggère de créer des fonds d'assurance-maladie décentralisés, librement choisis, qui négocieraient avec les producteurs de soins. Un Fonds régional resterait alimenté par le budget de l'Union des Républiques pour couvrir les pauvres, chômeurs et grands malades. Des fonds nouveaux pour les retraités seraient alimentés par capitalisation, afin que chaque génération finance elle-même ses dépenses de vieillesse plutôt que de les reporter sur la suivante. Enfin, des fonds d'assurance-maladie au niveau des *oblasts* (districts) seraient directement alimentés par les entreprises, en fonction des revenus distribués et dorénavant des risques du travail ou de la pollution engendrée par l'entreprise. Il semble que beaucoup d'entre-

prises verseraient volontiers des cotisations plus importantes si celles-ci étaient gérées au niveau régional. Des assurances privées complémentaires et volontaires financeraient la médecine privée. Le projet s'appuierait sur de nouveaux cabinets de groupe, dont les médecins recevraient un mélange de capitation et de paiements à l'acte, et les hôpitaux seraient payés par forfait (RDG). On voit combien ce projet s'inspire de la réforme Dekker et du *White paper* anglais. Il sera prochainement présenté au Soviet suprême.

Les risques d'un libéralisme mal compris

Les autres pays de l'Est ont une approche différente. Ils rejettent le système national pour s'intéresser aux assurances-maladie bismarckiennes. Les hommes du changement sont souvent des médecins, fascinés par le libéralisme américain dont ils attendent de confortables revenus. A l'Est, on confond volontiers les effets des mécanismes libéraux avec ceux du niveau de vie de la clientèle. La Banque mondiale et l'OMS insistent sur le risque de « jeter ainsi le bébé (l'accès universel aux soins et le contrôle des dépenses) avec l'eau du bain (la médiocrité et la bureaucratie) ». La réforme du financement de la santé ne peut se concevoir sans réforme fiscale et des salaires. Ces derniers sont en effet actuellement versés nets d'impôts et de charges sociales, directement prélevés auprès des entreprises. La vraie question est : faut-il continuer à verser des salaires nets pour sécuriser les prélèvements au risque de conforter l'arbitraire de la bureaucratie, ou faut-il augmenter les salaires et créer des caisses de maladie pour engager la population dans un processus de responsabilité, de choix individuel et de contrôle démocratique des dépenses de santé ? Comment, par ailleurs, faire entrer dans la légalité les « bakchichs » actuels et persuader les médecins que d'autres formes de rémunération seraient plus civiques ?

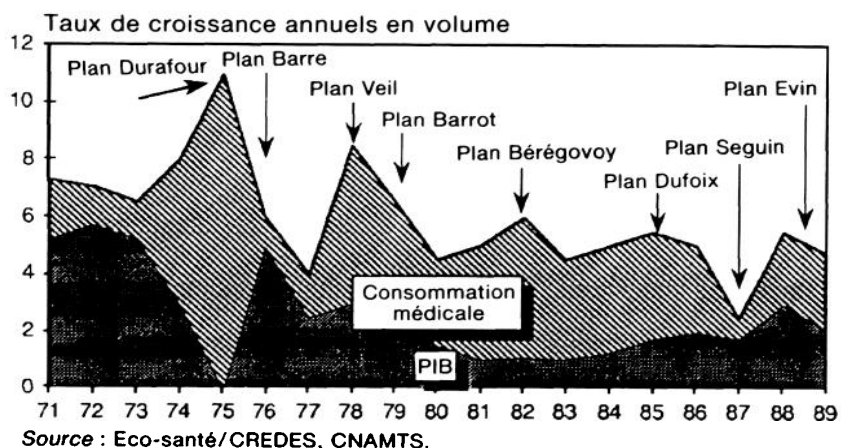
Les systèmes de santé d'Europe de l'Ouest ont été conçus à la fin du XIX^e siècle ou après la Seconde guerre mondiale. Ceux de l'Europe de l'Est vont se développer dans un environnement économique tout différent. Peut-être feront-ils l'économie de mécanismes déséquilibrés comme nos caisses de maladie professionnelles, dont le rapport démographique (nombre de cotisants/nombre de bénéficiaires) peut être catastrophique, pour leur préférer des caisses librement choisies ; l'économie des querelles ancestrales à propos de la supériorité du public ou du privé en la matière ; l'économie des mécanismes inflationnistes qui poussent au rationnement aveugle.

En revanche, l'expérience de l'Ouest pourrait les inciter à préférer la philosophie européenne à celle des Etats-Unis ; à expérimenter la capitation pour leurs médecins de famille ; à doter dès le départ leurs assurances-maladie et leurs médecins de représentants plus responsables que ne le sont des syndicats, à l'image des *Royal colleges* anglais ou des Unions de médecins allemandes ; à utiliser des mécanismes de rémunération bien adaptés à leurs objectifs : équité, emploi, statut social des médecins. La nouvelle philosophie des assurances, publiques comme privées, devenir des « acheteurs avisés », devrait les intéresser au premier chef.

Et pour la France ?

La France fut longtemps le modèle du compromis entre médecine libérale et financement socialisé. A force d'opposer cette réalité dépassée à toute tentative d'évolution, elle a dix ans de retard sur les autres pays. Incapable de maîtriser ses dépenses, elle constate le recul de la protection maladie assurée par les caisses obligatoires (de 82 % à 76 % en cinq ans). Le rationnement se substitue par nécessité aux régulations refusées. Les caisses de maladie et les syndicats médicaux, à force de craindre toute expérience, sont devenus un modèle de bureaucratie confite. Faute de prendre eux-mêmes les mesures nécessaires (maîtrise des dépenses, revalorisation de la médecine de famille, promotion de la prévention), ils ont perdu le pouvoir au profit du ministère de la Santé. Que reste-t-il des principes bismarckiens ? La France n'adopte-t-elle pas, sans s'en rendre compte, certains principes de la médecine nationale — le rationnement centralisé entre autres — sans en avoir les avantages — les choix éclairés et la politique de santé publique ? Les plans de redressement se succèdent (graphique 6). Jusqu'au dernier, ils ont utilisé des mécanismes jugés ailleurs plutôt hors d'âge : tickets modérateurs toujours plus élevés, budget global administratif. A ce jeu, à part certains spécialistes de ville, peu de partenaires peuvent s'estimer gagnants. Le monde médical est légitimement divisé et désenchanté. Le ministre de la santé engage aujourd'hui une négociation tripartite avec les caisses de maladie et les médecins pour réguler l'ensemble. Il doit faire face à des partenaires dont la méconnaissance des mécanismes expérimentés à l'étranger semble grande. Le seul projet innovant, celui de MG France, le syndicat des médecins de famille, est bâtarde.

6. Les plans successifs de redressement de l'assurance maladie en France



Il consiste à proposer aux Français un « contrat de continuité des soins » avec un médecin de famille, lequel resterait payé à l'acte. A peine adopté par la CNAMTS et MG France, cette réforme est contestée. On craint qu'elle ne soit inflationniste. Tout dépendra de ses effets de substitution ou de revenu. Lequel prévaudra ? Les personnes inscrites auprès d'un généraliste pourraient substituer ses services à des soins spécialisés. Dans ce cas, des économies importantes pourraient

être réalisées. Les généralistes pourraient au contraire profiter de la fidélisation du client pour multiplier leurs actes, surtout si ceux-ci bénéficient du tiers payant. Pour que l'effet de substitution prévale, les généralistes devraient proposer un service rénové, vraiment nouveau, sécurisant et attrayant pour la population qui a tendance à les délaissier. Sinon, l'effet de revenu a toutes chances de prévaloir : plus d'actes pour les généralistes, sans réduire la pression des spécialistes. Malheureusement, la capitation, seule capable de favoriser vraiment l'effet de substitution sans inflation des actes, n'a même pas été envisagée pour payer ces médecins.

Le débat qui s'engage sera difficile. La concurrence extérieure n'est pas là pour convaincre les syndicats que la modernité est nécessaire comme dans l'automobile. Les médecins et les malades sont sous-informés au point de penser que toute régulation est contraire à l'éthique médicale et à l'équité. On répond idéologie à qui parle technique financière. Surtout, les Français se déclarent toujours prêts à payer plus sans bien comprendre l'ampleur des progrès de productivité possibles et les allocations de ressources fallacieuses qui peuvent se cacher dans 500 milliards de francs non ou mal régulés.

Références bibliographiques

- BLUMBERG M., 1988 : « Measuring Surgical Quality in Maryland - A Model », *Health Affairs*.
- BROOK et KOSECOF, Rand corporation, 1987.
- CULYER A.J., 1989 : « Cost Containment in Europe », *Health Care Financing Review Supplement*.
- ECO-SANTÉ, 1990 : Banque de données CREDES.
- ENTHOVEN A., 1988 : « Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance », North Holland.
- EVANS R.G., 1974 : *Supplier-induced Demand : Some Empirical Evidence and Implications in the Economics of Health and Medical Care*, MacMillan, Londres.
- EVANS R.G. et BARER M.L., 1989 : « The American Predicament », *Health Care Financing Supplement*.
- MAJNONI d'INTIGNANO B., 1989 : *Santé, mon cher souci*, Lattès-Economica.
- OCDE, 1987 : *La santé, financement et prestations*, OCDE, Paris.
- OMS, 1989-1990 : *Report on a WHO Mission to Moscow and Leningrad*.
- POULLIER J.P., 1989 : « La santé en Europe », *Commentaire*, printemps.
- SANDIER S., 1989 : « Health Services Utilization and Physician Income Trends », *Health Care Review Supplement*.
- STEINBROOK R., 1988 : « Heart Surgery Death Rates Found High in 1 in 6 Hospitals », *Los Angeles Times*.
- TOWNSEND J., 1987 : « Tobacco, Price and Smoking Epidemic », OMS-CEE.