

Les dépenses de santé des Français : une maladie d'amour ?

Bruno Ventelou *

Département des études

Les dépenses de santé des Français croissent plus vite que le PIB, ce qui ne manque pas de poser un problème, manifeste au terme de chaque année budgétaire, à l'équilibre comptable du système de protection sociale. L'analyse microéconomique identifie de multiples raisons à la dérive des dépenses, liées principalement à des lacunes informationnelles entre les acteurs de la relation médicale (le patient, le soignant et l'assureur maladie) : elle plaide pour des réformes structurelles, attentives aux incitations économiques effectivement fournies par le système de santé. L'examen comparé des systèmes de santé étrangers montre que la France ne fait pas exception pour ses difficultés de contrôle de l'évolution de la dépense de santé. Cependant, on peut s'interroger sur la logique des réformes qui ont été appliquées ou qui sont proposées actuellement : elles s'avèrent orientées bien plus vers des mesures de contingentement quantitatif et de contrôle a posteriori que vers la recherche des mutations qualitatives internes au secteur et nécessaires à son bon fonctionnement.

En 1997, la « consommation médicale totale » des Français représentait 9,8 % du PIB. Elle correspond à un poste important de dépenses des Français, presque au même titre que l'alimentaire, l'habillement ou le transport. Elle est surtout caractérisée par une croissance forte en valeur, avec des taux d'accroissement de 5,3 % en moyenne annuelle sur la période 1987-1996 (croissance bien supérieure à celle du revenu, ce qui conduit mécaniquement à une déformation de la structure des budgets en faveur des dépenses de santé; on note cependant un infléchissement de cette tendance sur les toutes dernières années avec des taux de croissance annuels ramenés autour de 2 % pour 1996 et 1997). Bien sûr, on retrouve cet accroissement — absolu et relatif — dans le fameux « trou de la Sécu » : comptablement, c'est le solde déficitaire de la branche maladie qui est, ces dernières années, responsable du déséquilibre des comptes de la protection sociale, avec par exemple pour 1998 un écart de dépenses de 20 milliards par rapport aux prévisions de

* Remerciements à Jacky Fayolle, Eric Heyer, Jacques Le Cacheux et Françoise Milewski pour leur lecture et conseils, à Gérard Cornilleau pour ses orientations de recherches sur le sujet, à Gwenola de Gouvello, Christine Paquentin et Philippe Ulmann pour leur aide.

la loi de financement, l'écart n'étant que partiellement compensé par l'excédent — tout provisoire, on le sait bien — de la branche vieillesse — les deux autres postes et risques couverts, accidents du travail et allocations familiales, étant très faiblement déficitaires. Autre manière d'aborder le phénomène : en extrapolant les tendances et en supposant qu'elles se conservent sur la durée, on peut calculer que les dépenses de santé des ménages représenteront près de 30 % du PIB en 2025 ; ce qui, évidemment, ne manque pas de susciter quelques interrogations.

Pour une analyse économique de la consommation de santé, on peut choisir entre trois approches.

— L'approche minimaliste revient à traiter la dépense de santé comme un bien de consommation parmi d'autres. Cette approche saisit la relation médicale comme un rapport économique au sens strict du terme — un rapport producteur/consommateur de soin, avec des incitations à soigner (la rémunération des soignants), des incitations à se soigner, etc. Elle n'est pas toujours parfaitement acceptée par les professionnels du champ de santé — qui rappellent par exemple que la profession est régie par un « serment » —, mais elle a le mérite de souligner la dimension monétaire de la relation, dans un univers défini par des contraintes économiques et financières. Au premier titre, elle rappelle que, pour beaucoup encore, la santé est un bien coûteux, dont on peut se voir exclu faute de moyens¹. Dans cette première approche, l'intervention publique se justifie principalement par des raisons d'incertitude et « d'asymétrie d'information » — sur lesquelles nous reviendrons, mais qui, en un mot, consistent à remarquer que les marchés d'assurance santé sont incomplets ou imparfaits.

— Une seconde approche fait intervenir la notion de *capital santé*, ce qui ne modifie pas radicalement la perspective : la santé est toujours un bien économique, mais cette fois un « bien capital », qui s'use, se reconstitue, est susceptible d'irréversibilité, etc. Cette approche invite néanmoins à un peu plus d'intelligence et de « longueur de vue » dans la gestion du bien — par exemple, du point de vue du législateur, une variation de la consommation de santé ne sera pas seulement vue comme un mouvement annuel de budget, mais aussi pour ses conséquences éventuelles différées (songeons par exemple à la perversité d'une réforme qui, en voulant économiser des dépenses, réduirait la couverture médicale de la population, et obtiendrait — avec délai — une explosion des dépenses de médecine curative). De fait, la notion de *capital santé* — en traitant la santé comme un stock dont la consommation annuelle de santé n'est que le flux — réoriente l'examen vers

1. La mesure des inégalités de l'accès et de la consommation de soins n'est pas évidente : on entend parfois affirmer que les ménages les plus modestes ne se soignent pas, par indifférence à la maladie, plus que par réelle exclusion économique. Une discussion statistique, montrant, malgré tout, les inégalités et l'exclusion, se trouve dans l'article de P. Mormiche (1997). Breuil-Genier et *alii* (1999) et Rupperecht (1999) proposent aussi des statistiques de renoncement au soin pour raisons financières tout à fait édifiantes.

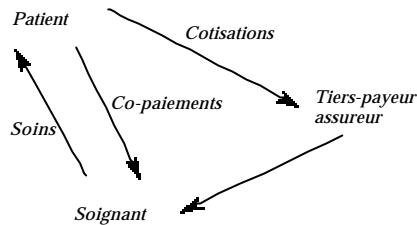
les comportements de prévention, en général absent des analyses purement comptables du phénomène.

— Enfin, une dernière approche peut conduire à exclure le champ de santé du champ économique *stricto sensu*, c'est-à-dire du choix individuel, libre et arbitré. En amont des choix économiques, il y a la *capacité de choisir*, dont une des conditions est bien évidemment l'intégrité physique des personnes, voir Sen (1983). Avec cette optique, les aspects individuels du libre choix sont renvoyés au second plan (ils interviennent « après »), pour affirmer la santé dans sa dimension collective, morale et politique. La santé relève alors du *choix social*, généralement conduit par la force publique en fonction des critères d'équité, de minimum de bien-être, etc., cf. cette fois Sen (1999), la conférence Nobel; toutes choses qui renversent la perspective à adopter devant, par exemple, une « économie » de dépense de santé... Ce qui n'exclut pas toutefois qu'on veuille assurer de l'*efficacité économique* à la dépense sociale de santé, l'État — ou la Sécurité sociale — étant lui aussi soumis à une contrainte budgétaire et à la nécessité de réduire ses coûts.

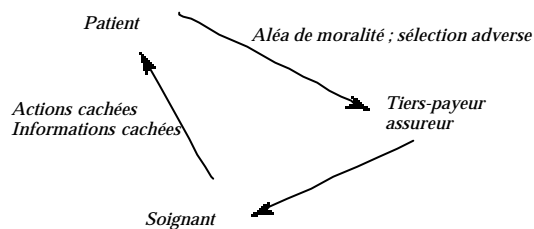
Cette dernière réflexion porte en elle d'ailleurs toute la difficulté de la gestion publique du secteur de santé. Le contrôle des dépenses doit en effet passer par une porte étroite : assurer l'efficacité d'un système, qui passe — toutes choses égales par ailleurs — par une réduction des coûts, et donc, du montant des transactions; sans néanmoins affecter le niveau socialement désirable des dépenses de santé, qui, lui, peut parfaitement augmenter alors même que les ressources budgétaires restent rares. Le présent article traite de cette question en France, aujourd'hui, où il semble que des pressions importantes existent pour une redéfinition de la politique publique de santé (CNAM, 1999 et le rapport du Conseil d'analyse économique rédigé par Mougeot, 1999); avec comme objectif un encadrement plus strict des dépenses financées par le système de protection sociale. On aborde la question d'abord au niveau microéconomique, en considérant les propriétés économiques du système français de santé, comparées aux autres systèmes des pays de l'OCDE; ce qui revient à se placer dans « l'approche minimaliste » précédemment définie. On montre que, compte tenu des multiples spécificités du « bien », il faut effectivement être très attentif au système d'incitations fournies par l'architecture institutionnelle du système de santé, tant du côté de la demande (l'efficacité du ticket « modérateur », par exemple) que de l'offre (les difficultés de contrôle des rentes tirées de certaines activités médicales). Un second temps présente les stratégies de contrôle envisagées aujourd'hui, à l'étranger et en France, qui visent à instaurer une logique du contingentement macroéconomique, véritable aveu d'échec des réformes plus qualitatives tentées antérieurement. Enfin, on discutera de la viabilité à long terme d'un tel programme de réforme, en proposant des réflexions sur l'évolution structurelle du secteur de santé dans une économie moderne développée.

L'approche microéconomique : beaucoup d'imperfections

La relation médicale peut se représenter par une relation triangulaire :



Les *soignants* peuvent être aussi bien publics que privés, individualisés (le médecin libéral) ou regroupés (l'hôpital ou le secteur pharmaceutique). Le *tiers payeur*, de même, est parfois public (la Sécurité sociale en France) ou privé (assureurs privés, employeurs, mutuelles), ou les deux à la fois (Sécurité sociale + assurances complémentaires). La relation médicale se caractérise par une multitude « d'imperfections », d'information principalement, qui la distinguent substantiellement d'une transaction classique sur un bien quelconque offert à la consommation. D'abord bien sûr, une incertitude globale touche le patient sur l'évolution de son état de santé ; c'est d'ailleurs ce qui justifie l'intervention de « l'assureur-tiers payeur », qui couvre cette incertitude Arrow (1963). *Secundo*, une série d'asymétries d'information parasite les relations bilatérales :



Concernant la relation patient-assureur, on retrouve les problèmes généraux de l'assurance :

- aléa de moralité (action cachée) : une fois que le patient est assuré, il peut s'exposer à des risques exagérés (sports violents, tabac) et ne subit plus de sanctions financières pour ses consommations excessives de soin ;
- sélection adverse (information cachée) : les patients disposent d'un avantage informationnel sur leur état de santé, ils vont chercher à faire sous-déterminer leur prime d'assurance en se faisant passer pour

des bas risques, mais, en retour, les assureurs chercheront à évincer les plus gros risques : une très forte instabilité, voire l'impossibilité de passer les contrats, peut résulter de cette configuration de jeu de dupe, Akerlof (1971).

Concernant la relation patient-soignant : cette fois c'est le patient qui est moins bien informé; le patient ne connaît pas — aussi bien que le soignant — sa maladie (sa nature, sa gravité), pas plus que la qualité (voire parfois la quantité) des soins qui lui sont dispensés; ces asymétries se retrouvent dans la relation patient — médecin, et dans la relation patient — produits pharmaceutiques, ce qui renforce l'incontrôlabilité du système, chaque intervenant pouvant rejeter l'inefficacité sur l'autre. Globalement le soignant dispose d'un avantage informationnel, tant dans l'évaluation de la maladie que sur la nature de ses soins, dont il peut envisager de tirer une rente; il y a donc, pour reprendre les termes classiques, cette fois encore, à la fois action cachée et informations cachées, Pauly (1974).

L'ensemble de ces distorsions par rapport au modèle parfait de l'échange marchand entraîne une intervention publique. L'idée générale est que la relation nouée entre les acteurs de la relation médicale n'est pas satisfaisante (socialement efficace) en dehors d'un contrôle étatique, de règlements et de contraintes légales. Par exemple, l'éviction des patients présentant un « gros risque maladie » entraîne des défaillances du secteur privé de l'assurance qui justifient l'adoption d'un principe d'assurance publique universelle (Drèze, 1997), sauf à refuser aux gros risques le droit de s'assurer². Autre exemple, l'asymétrie informationnelle détenue par les soignants peut les amener à susciter une surconsommation médicale, par « induction de demande » (Evans, 1974), manière pour eux de maximiser leur profit dans une configuration où le prix des actes est contrôlé. Dernier exemple, les transactions sur les produits pharmaceutiques peuvent être réalisées à des prix ne reflétant pas leurs propriétés thérapeutiques réelles (rente de monopole, effet placebo), de même que des produits efficaces peuvent être évincés du marché faute d'une réputation préalable du producteur (problème des médicaments génériques, mal prescrits et sous-utilisés).

Les modalités concrètes de l'intervention varient selon les nations et leur histoire. Les pays les moins interventionnistes se contentent d'institutions garantissant la qualité de la profession (ordre des médecins) et d'assurances sociales pour les plus pauvres ou les gros risques. D'autres pays ont choisi une socialisation quasi généralisée de l'activité de santé. Il existe entre ces deux modèles extrêmes un *continuum* de situations. Dans l'esprit, il s'agit chaque fois que possible de rétablir des « transactions optimales », c'est-à-dire conformes — en prix, en quantité et en

2. On peut fonder l'universalité de l'assurance maladie sur les apports de Rawls (1971) ou de Sen (1983) : la santé étant par excellence une composante des « biens primaires » ou des « capacités de fonctionnement ».

qualité — à celles qui se seraient réalisées si les asymétries d'information n'existaient pas; par exemple, pour une relation entre un médecin libéral et un patient, la transaction de soins qui se réaliserait si le patient était aussi bien informé que son soigneur. Malheureusement, devant l'ampleur des distorsions en vigueur (les différentes asymétries), il paraît bien difficile d'établir le contrat optimal exactement révélant³. Le croisement des asymétries est, bien sûr, un handicap majeur : le patient en effet n'est pas incité à jouer son rôle de contrôleur des actions du médecin (aléa de moralité du médecin), dans la mesure où sa couverture assurancielle le rend insensible aux sommes déboursées (aléa de moralité du patient). De ce fait, il est sans doute assez juste d'affirmer que, malgré des progrès sensibles sur ces vingt dernières années (Rochaix, 1997), la théorie économique ne dispose pas à ce jour du « modèle complet » de la relation médicale, lui permettant de traiter à la fois :

1/ de l'aspect tripartite de la relation (et non pas seulement dual comme dans la relation principal-agent) ;

2/ des divers effets de réputation intervenant dans ce type de relation (et, pourquoi pas? des effets possibles de l'éthique médicale, qui atténue les dysfonctionnements prévus par la théorie pure) ;

3/ des mécanismes incitatifs optimaux résultant des deux premiers points, ouvrant sur des propositions de politiques structurelles claires et applicables.

Les réformes à l'étranger, puis en France : de la micro à la macroéconomie

État des lieux

Plusieurs pays se sont engagés dans des programmes de contrôle de leurs dépenses de santé, liés une croissance importante de la valeur relative de celles-ci dans le PIB. L'état de départ des systèmes de santé est très contrasté. Voyons d'abord les différents systèmes, tels qu'ils apparaissent au début des années 1990, voir plus loin tableau 1.

Chaque système institutionnel admet des propriétés incitatives différentes, plus ou moins efficaces pour l'allocation des soins à la population.

3. Les contrats optimaux révélants reposent en général sur des systèmes de récompense-punition non linéaires visant à restreindre le bénéfice des rentes informationnelles, la référence est Laffont et Tirole (1993). Chaque fois qu'une exaction est constatée, il faut sanctionner très fort, d'où la non-linéarité. Lorsque les exactions sont commises collectivement et que des collusions sont suspectées, il faut sanctionner collectivement.

Selon Hurst (1992), trois grands types de systèmes de santé sont en application dans les pays de l'OCDE: parmi les pays étudiés, les États-Unis et le Japon ont un modèle de remboursement (le prestataire de soins est distinct du payeur-assureur, public ou privé, qui « rembourse » les soins *a posteriori*). L'Allemagne dispose d'un modèle de contrat public (avec, en théorie, l'achat concurrentiel de soins aux fournisseurs de soins). Enfin, le Royaume-Uni et la Suède ont un modèle intégré (pas de distinction entre le payeur-assureur et le prestataire de soins). En entrant dans le détail, nous verrons que cette classification est néanmoins très fragile, surtout si l'on tient compte, dans la durée, des modifications institutionnelles introduites dans les différents pays. La France par exemple, rattachée par Hurst au système du remboursement, mélange les différents systèmes. La décennie 1990 a été marquée par des réformes importantes. Distinguons les pays.

Diagnostic et traitements, pays par pays : les tendances des réformes des années 1990

Le système de santé des **États-Unis** est le plus « coûteux » des pays de l'OCDE (coût mesuré par sa part dans le PIB). Il ne semble pas, en outre, que les services effectifs de santé y soient bien supérieurs. Des indicateurs comparables, tels que le taux de mortalité périnatale, classent les États-Unis en queue des six pays considérés. Deux explications sont généralement avancées concernant l'apparente surconsommation médicale américaine. D'abord, la *sensibilité au revenu* des consommations médicales est invoquée : la santé serait un bien supérieur, dont la consommation croîtrait de manière plus que proportionnelle avec l'enrichissement ; ainsi les États-Unis présenteraient simplement le syndrome du pays le plus avancé : la part importante de la santé ne serait que le reflet de son niveau relativement plus précoce de développement⁴. Autre explication : l'*organisation très peu réglementée* et trop « laisser-fairiste » du secteur ; les États-Unis ont opté pour le système de santé le plus libéral des pays de l'OCDE, sans que — comme on en a montré la nécessité dans la première partie de l'article — les distorsions liées aux asymétries d'information du secteur de santé soient complètement résolues. Il y aurait donc excès de consommation médicale, tant en volume qu'en prix. Des réformes ont été appliquées visant à contrôler le secteur.

4. Sur un graphe donnant le « nuage de points » (un point — un pays) avec en abscisse le revenu par tête et en ordonnée le pourcentage du PIB consacré à la dépense de santé, le point États-Unis est « aberrant » dans un ajustement linéaire. La présence des États-Unis oblige le statisticien à un ajustement non linéaire (une relation exponentielle et une élasticité supérieure à 1 de la dépense de santé par rapport au revenu, nous reviendrons sur ces mesures statistiques dans la troisième partie de l'article).

1. Les systèmes de santé dans six pays de l'OCDE

Pays	Tiers payeur : type et pratiques des systèmes d'assurance maladie	Organisation du secteur de santé			Part dans le PIB (1997)
		Mode de propriété des hôpitaux et fonctionnement	Mode de fonctionnement de la médecine ambulatoire	Régulation du secteur pharmaceutique	
Etats-Unis	Assurance privée (associée à l'emploi le plus souvent) Ressource: prime modulable selon la couverture choisie Co-paiement, franchise Plus: programme d'Etat. spécifiqués pour les vieux, les pauvres, les très malades: <i>Medicaid, Medicare</i>	Public ou privé Les médecins sont 'associés' (payés à l'acte) ou salariés 'DRG' pour les remboursements / fonds publics % de la dep. tot.: 43	Libéral Paiement à l'acte Pas de convention entre médecin et assureur (m'ajustement)	Contrôle qualité (mises sur le marché) Prix libre, rabais obligatoires pour l'hôp. public % de la dep. tot.: 9	14%
Allemagne	Caissees co-gérées employeurs - salariés, et/ou assurance privée Ressource: % du salaire Co-paiement très faible Assurance publique pour les non employés (chômeurs...)	Mixte(*) Les médecins sont salariés Budgets globaux négociés avec les caisses % de la dep. tot.: 35	Conventionnement Paiement à l'acte, mais le médecin est souvent salarié d'un cabinet, voire d'une caisse % de la dep. tot.: 32	Contrôle qualité Prix libres Généraliste, contrôle des prescriptions % de la dep. tot.: 12	10,5%
France	Sécurité sociale obligatoire, CNAM + régimes spéciaux Ressource: % du salaire Co-paiement	Public ou privé Les médecins sont salariés / peuvent consulter à l'hôpital Méthode du budget global (prospectif) % de la dep. tot.: 44	Libéral Paiement à l'acte Convention (m'ajustement), sauf existence d'un secteur 2 % de la dep. tot.: 27	Contrôle qualité (mises sur le marché) Prix réglementés Pas de politique de généraliste % de la dep. tot.: 17	9,8%

Suède	Système national de santé Ressource : impôt Quasi-gratuité des soins	Public Les médecins sont salariés Budgets alloués centralement	Public Les généralistes sont salariés (+ capitation)	Contrôle qualité Prix négocié Généraliste % de la dép. tot.: 12	8,6%
Japon	Assurance employeurs 2/3 et assurance nationale 1/3 Ressource : % du salaire Co-paiement (très faible sur les médicaments délivrés sur ordonnance) Assurance publique pour les non employés : chômeurs, etc.	Privé en majorité, à but non lucratif Les médecins sont salariés et/ou propriétaires % de la dép. tot.: 29	Libéral Paiement à l'acte dans des "Centres de soins" (cabinets affiliés aux hôpitaux) Activité intégrée avec la pharmacie % de la dép. tot.: 41	Contrôle qualité Prix réglementé % de la dép. tot.: 20	7,2%
Grande Bretagne	Système national de santé Ressource : impôt Quasi-gratuité des soins	Public Les médecins sont salariés mais peuvent consulter à l'acte en privé, Budgets alloués centralement % de la dép. tot.: 42	Public-privé Les médecins généralistes sont payés à la capitation Absence de spécialistes en ville % de la dép. tot.: nd	Contrôle qualité Prix libre mais contrôle des marges (cost +) Généraliste, contrôle des prescriptions % de la dép. tot.: 9	6,9%

Notes générales : Le tableau est établi pour des caractéristiques « majoritaires » (parfois des modalités locales spécifiques peuvent faire différer la situation d'un individu de la caractéristique retenue pour une majorité de cas) ; exemple (colonne 3 - ligne 2) : aux États-Unis, certains médecins sont salariés de l'hôpital et non payés à l'acte. Les termes « volontaires » ou « spécifiques à l'économie de la santé », sont définis dans les commentaires pays par pays à l'issue du tableau.

Notes spécifiques : (*) Par « financement mixte », on entend que si l'établissement de l'hôpital peut être privé, les subventions à l'équipement (en provenance des Landes) et même au fonctionnement (en provenance des caisses par des budgets prospectifs) sont si importantes que l'hôpital alternatif n'a plus grand chose de privé.

Source : Synthèse de l'auteur. Les chiffres sont issus de base commune CREDES-OCDE.

Antérieur à la période retenue, mais très utile pour comprendre le sens général des réformes, le système du financement par DRG (*Diagnostic-Related Group*) a été appliqué en 1983; il consiste à déterminer les frais de séjour des hôpitaux sur une base forfaitaire par maladie traitée, et non plus à rembourser l'intégralité de la facture présentée par l'hôpital au patient ou à son assurance. Ce type de paiement incite l'hôpital à pratiquer des économies, tant sur la durée des séjours que sur les actes prescrits. D'autres mutations sont intervenues : parmi celles-ci, le développement des HMO (*Health Maintenance Organisations*) mérite quelques mots. Signalons d'abord que l'État n'en est pas l'initiateur ; les HMO remontent aux années 1920, voire à Bismarck; c'est leur essor qui est nouveau. Ces *réseaux de soins coordonnés* permettent à la population adhérente — contre une somme annuelle s'apparentant à la prime d'assurance — de bénéficier des prestations de santé *intégrées*, propres à l'organisation. Les prestations sont généralement⁵ prépayées aux différents soignants par la HMO, sur la base du nombre de têtes à soigner annuellement (capitation, voir l'annexe I pour une définition). Les HMO connaissent un vif succès public : elles soignent à des coûts relativement faibles, ce qui leur permet de proposer un prime d'adhésion inférieure aux primes d'assurance santé classique; elles sont prônées par les économistes pour leurs propriétés de contrôle de la dépense, avec notamment la possibilité d'une mise en concurrence *ex ante* entre les offreurs de soins; les HMO ont donc l'avantage de réaliser une situation de double concurrence à la fois entre les assurances et entre les soignants. Les HMO ont inspiré l'organisation des programmes publics de santé, par exemple le plan Clinton qui visait d'une part à étendre, par la création d'un *Federal Health System*, sorte de super-HMO, la couverture d'assurance maladie aux Etats-unis (15 % des résidents ne disposant pas d'une couverture du risque santé) et d'autre part à homogénéiser les coûts de contribution (les travailleurs des petites entreprises, ou soumis à des conditions pénibles, payant généralement plus cher leur assurance). Cette procédure n'est pourtant pas indemne de critique : bien sûr, on peut reprocher aux HMO leur caractère bureaucratique avec le risque, non démontré à ce jour, d'ajustement par la qualité, les soignants retrouveraient la marge perdue dans la concurrence en réduisant la qualité; on peut craindre aussi un phénomène d'anti-sélection sur les patients présentant le plus gros risques.

En **Allemagne**, le système de santé a subi une évolution historique qu'il est utile de rappeler. Le point de départ du système de santé allemand, que l'on doit à Bismarck en 1883, est assez proche des HMO, avec

5. Il est difficile de définir une HMO. Il y en a plusieurs types, avec des pratiques différentes (Luft, 1994). Par exemple, plutôt que la capitation, les HMO proposent parfois d'autres accords: salariat pur et simple du médecin, ou au contraire, paiement à l'acte mais soumis à une conventionnement préalable du médecin libéral par l'organisation. Dans ce dernier cas, on qualifie le système des initiales PPO (*Preferred Provider Organisations*): l'assurance propose un réseau de soigneurs privilégiés, payés à l'acte, le patient étant libre d'accepter ce réseau ou d'en sortir (ponctuellement) avec un surcoût à sa charge.

un principe d'adhésion liée à l'emploi, une cotisation *per capita*, payée en partie par l'employeur, et des médecins salariés des caisses cogérées, avec pour celles-ci un réel pouvoir hiérarchique sur ceux-là. Cependant, les médecins se sont organisés (grèves dans les années 1910, ...) de manière à réorienter le système vers plus de liberté d'exercice professionnel, et en même temps, à prendre une part du pouvoir de décision dans les caisses. Ils ont obtenu le paiement à l'acte et la liberté de choix, en faisant valoir les aspects qualitatifs de la concurrence ; ils bénéficient d'instances de représentation qui les font participer à la gestion des fonds des caisses de santé, aux décisions de financement des hôpitaux, etc.

Devant son évolution rapide, le souci a aussi été en Allemagne dès les années 1970 de maîtriser la dépense de santé. En 1977, la loi incite les caisses et les associations de soignants à négocier des limites pour l'augmentation de la dépense aux niveaux fédéral et régional, dans une instance de négociation, la « conférence d'action concertée ». Sur la décennie 1980, plusieurs mesures ponctuelles sont prises : concernant les soins dentaires, les remboursements de lunettes, la couverture des étudiants, l'extension (limitée) d'un co-paiement... En 1989 et 1993, de plus grandes réformes sont appliquées : le remboursement des médicaments sur la base du prix du générique ; des plafonds d'évolution des dépenses, avec un système de sanction sur la médecine ambulatoire en cas de prescriptions excessives ; la possibilité pour une caisse de rompre le contrat qui la lie à un hôpital ; tout ceci afin de mieux faire contrôler, par les payeurs, la profession médicale. Enfin, depuis 1996, une mesure vise à améliorer l'efficacité des caisses elles-mêmes, par leur mise en concurrence à travers le pays (retour au type HMO, avec la liberté d'inscription aux caisses quelle que soit la profession d'origine), assortie néanmoins d'un système de péréquation entre les caisses afin d'éviter l'anti-sélection (les caisses qui prennent en charge les gros risques bénéficient de transferts).

La **Suède**, comme la plupart des pays nordiques, ou encore comme l'Espagne et comme la Grande Bretagne (voir plus loin), présente un système de santé national *intégré* dans lequel, par définition, il n'y a pas a priori de séparation entre l'assureur-payeur et le prestataire-soignant. Dans un tel système, l'ensemble du service de santé est de nature public, centralisé ou partiellement décentralisé selon la période et les pays. L'absence de séparation entre les prestataires de soins et les payeurs, si elle règle le problème des distorsions d'information entre les deux entités, pose deux grandes séries d'inconvénients : des problèmes de contrôle des coûts (contraintes budgétaires lâches liées au financement rétrospectif), et/ou des problèmes de qualité de services (queue, faible incitation à la qualité).

La Suède s'est engagée très tôt, dans les années quatre-vingt, dans des programmes de réformes visant à surmonter ces inconvénients. Deux modalités ont été trouvées ; d'une part, la *mise en concurrence fictive ou*

effective des services : création de « marchés internes » fictifs (les remboursements par DRG sont calibrés sur l'offreur de soin le moins dispendieux) ou effectifs (le payeur ou le patient obtiennent une réelle liberté de choix dans l'achat de soins ambulatoires, voire hospitaliers) ; d'autre part, un *effort de décentralisation de la gestion*, avec des principes de dotation globale prospective aux comtés, qui gèrent ensuite l'affectation des fonds publics de santé. Finalement, il s'agit de créer artificiellement ce qui n'existait pas *a priori*, à savoir, une dissociation entre les prestataires et les payeurs, avec la possibilité pour les payeurs, dits aussi régulateurs lorsqu'ils sont institutionnalisés dans un système plus général de gestion des fonds publics, de « voter avec leurs pieds » afin d'exercer un contrôle des coûts et de l'efficacité. Ensuite, (ne) se pose (plus que) la question de la pertinence des choix du régulateur, autorité de service public qui doit rester incontestable...

En **Grande Bretagne**, le service national de santé (NHS) reste emblématique du *Welfare State*. Les années 1980, on le sait bien, ont été des années de souffrance pour de tels systèmes, tant en raison des missions croissantes qu'ils ont dû remplir pendant cette période (y compris dans le domaine médical, le secteur de santé et le service des urgences en particulier constituant inévitablement le dernier recours de protection face à la misère), qu'en raison de financements moins larges, pour ne pas dire plus restreints. A la fin des années 1980, le système de santé britannique se caractérise par un rationnement important de l'offre publique de santé⁶, partiellement suppléé par les secteurs privés de santé, nationaux et étrangers, donc au prix d'une importante inégalité devant les soins.

En 1989, le Livre Blanc *Working for Patient* propose une série de mesures, mises en place à partir de 1991 ; l'idée générale est de rompre avec la logique du rationnement quantitatif des soins, et d'obtenir, par une mutation qualitative du système de santé, de meilleurs résultats : meilleurs soins, moins de files d'attente, etc.. L'accent est mis, c'est une spécificité forte du Royaume-Uni, sur le médecin de famille comme « gestionnaire de fonds ». Cette fois, c'est le généraliste qui devient acheteur de soins pour le compte des patients. Ce *fundholding* permet donc théoriquement la mise en concurrence de la médecine de second recours, c'est-à-dire les services hospitaliers — consultations spécialisées et traitements — qui ont pris le statut d'établissements autonomes dans le mouvement de réforme. Cette procédure n'est pas parfaite : on ne sait pas dans quelle mesure la concurrence entre hôpitaux est réellement établie (il est tentant de reconduire les habitudes) ; elle nécessite l'organisation des généralistes en gros cabinets pour répartir les coûts de gestion, et sans doute aussi, pour répartir les risques liés au système de rémunération par capitation (voir Annexe I : ce système de paiement implique que ce sont les cabinets médicaux qui supportent le coût engendré par

6. qu'on mesure à l'importance des délais et autres phénomènes de queues.

des patients à hauts risques). Mais la procédure a permis une réduction notable des files d'attente et une amélioration de la qualité de service des hôpitaux, désormais beaucoup plus attentifs à la demande⁷.

Au **Japon**, le système de santé s'est inspiré à la fois des systèmes allemand et américain. Plusieurs modalités lui sont spécifiques, dont les plus notables sont : le fait que de gros cabinets de consultations générales sont affiliés aux hôpitaux, ce qui tend à limiter les taux d'hospitalisation de second recours car les soins dispensés par les cabinets indépendants sont directement en concurrence avec la clinique générale de l'hôpital (le Japon a le taux d'admission le plus bas des pays de l'OCDE) ; le fait que les médecins sont aussi marchands de produits pharmaceutiques, ce qui fait que le Japon est, en proportion, le premier consommateur de médicaments de l'OCDE avec environ 20 % de la dépense totale de santé. Autre spécificité : les visites aux généralistes sont très fréquentes mais très brèves (15 visites par an contre 5 aux États-Unis).

Les mesures de réformes n'ont pas, au Japon, la même nécessité que dans les autres pays développés. La dépense de santé y reste relativement peu importante, peut-être en raison de la structure organisationnelle décrite ci-dessus, peut-être aussi en raison de facteurs culturels et autres habitudes alimentaires, voire en raison des régularités génétiques présentes dans l'archipel, qui font que les Japonais sont moins malades, tout en vivant plus vieux, que les Occidentaux. Seule la consommation de médicaments a été encadrée (liste restreinte de médicaments remboursables), sans succès sur le volume de la dépense ; succès malgré tout pour la comptabilité publique...

Bilan des expériences étrangères

On peut tirer de cette rapide étude comparative des systèmes de santé et de leurs mutations récentes un certain nombre d'enseignements :

1/ D'abord, un constat général : au delà de l'évolution « naturelle » de la dépense de santé, sa sensibilité au revenu, l'intégration coûteuse du progrès technique, sa sensibilité au vieillissement de la population, une seconde série de facteurs peut et doit être ajoutée : il semble bien que l'histoire institutionnelle des systèmes de santé compte dans l'évolution de la dépense... Dans une étude internationale, MacFarlan et Oxley (1994) estime que les variations de dépense de santé ne s'expliquent qu'à 50 % par les « facteurs classiques », précisément, les deux premiers cités ci-dessus⁸. On est alors tenté de relier la partie non expliquée (le résidu

7. Bien sûr, une partie des dépenses d'équipement du secteur hospitalier est toujours pris en charge par l'État, ce qui atténue l'effet de la concurrence. On peut voir : Chaperon et Rochaix (1996).

8. Le vieillissement de la population, contrairement à une idée reçue, n'est pas un facteur très important de l'évolution de la dépense de santé. Les études économiques sont assez unanimes sur ce point. Outre MacFarlan et Oxley (1994), voir aussi

de l'estimation) à l'*architecture organisationnelle des systèmes* : par exemple, les modes de paiement du soignant avec leurs différentes propriétés incitatives; l'existence ou non de filières de soins etc. Toutes choses qui *jouent sur le coût économique* des soins, *via* les rentes éventuellement extraites lors de leur allocation. D'où une volonté de réforme, lorsque le système devient inadapté ou trop coûteux.

2/ Les différents pays considérés sont manifestement à la recherche d'une organisation efficace de leur système de santé. On peut s'interroger sur la direction du mouvement, et se demander s'il apparaît une logique générale des réformes dans les pays développés. *A première vue, une certaine convergence⁹ peut être suspectée* : les systèmes intégrés, reposant traditionnellement sur le secteur public, recherchent la concurrence, avec l'organisation des « marchés internes » pour l'achat de soins. *A contrario*, les systèmes dissociés (États-Unis) proposent l'intégration du payeur et de l'offreur de soin, avec par exemple le principe des HMO, qui revient à organiser localement des mini-systèmes de Sécurité sociale, mais l'universalité d'accès n'est pas respectée. *Les deux modèles extrêmes semblent donc se rejoindre, ...voire se croiser sans se rencontrer!*

3/ Vraisemblablement, ces mouvements de balancier entre « secteur public » et « marché » montrent, plutôt qu'une quelconque cohérence entre les pays, *l'extrême difficulté à réformer les systèmes de santé, et fondamentalement, l'absence de réponses toutes faites aux problèmes de dérive de la dépense*. Les solutions marchandes sont entravées par les nombreux problèmes d'asymétries d'information. Les solutions administratives sont maladroitement; elles sont mal perçues par les professions, et le plus souvent contournées : les effets de report, par exemple, sont considérables; dès qu'un poste de dépense est comprimé, un autre poste explose compte tenu de la substituabilité (réelle ou artificielle) entre les dépenses de santé — ce fut le cas en Allemagne : les mesures restrictives portant sur les tarifs de la médecine ambulatoire ont été compensées par le nombre des actes en ville, par les consultations spécialisées à l'hôpital, voire parfois par l'hospitalisation pure et simple (et ceci à un coût bien supérieur!). L'intervention publique, bien qu'inévitable, est donc particulièrement délicate : il faut assurer l'efficacité économique d'un système, qui passe — toutes choses égales par ailleurs — par une réduction des coûts, et donc, du montant des transactions, sans néanmoins affecter le niveau socialement désirable des dépenses de santé, qui, lui, peut parfaitement augmenter, en raison de l'évolution des besoins ou de la qualité technique de l'offre. En pratique, la dérive n'a pu être contrôlée que dans les systèmes les plus étroitement soumis au rationnement administratif.

Abel-Smith (1996) ou L'Horty, Quinet et Rupprecht (1997). Nous reviendrons sur ces facteurs naturels de croissance dans la troisième partie de l'article, en nous centrant (donc) sur les variables de revenu et de progrès technique.

9. Cf. L'éditorial de Dominique Polton, directrice du CREDES, *in* « Lettre du Collège des économistes de la Santé », Mars 1999.

2. La consommation médicale totale de santé en proportion du PIB

	1960	1980	1996
Allemagne	4,8	8,1	10,5
États-Unis	5,3	9,0	14,0
France	4,2	7,5	9,8
Japon	3,6	6,4	7,2
Royaume-Uni	3,9	5,6	6,9
Suède	4,7	8,0	8,6

La « Consommation médicale totale » se définit par la valeur des biens ou des services médicaux utilisés sur le territoire métropolitain (par les résidents et non résidents), pour la satisfaction directe des besoins individuels. Elle comprend à la fois les services marchands (évalués au prix de la transaction) et non marchands (fournis par les services publics, évalués par leur contrepartie financière). Elle peut se décomposer en consommation de soins et de biens médicaux (98 % : hôpital, soins ambulatoires, médicaments, lunetterie...), et en services de médecine préventive (2 % : médecine du travail, protection maternelle et infantile, (anti-) toxicomanie).

Source : OCDE : base commune CREDES-OCDE.

4/ Il faudrait, bien sûr, croiser ces évolutions avec l'évolution sanitaire des pays et des indicateurs d'état de santé de la population, ce qui nous amène à une réflexion indispensable sur l'*efficacité globale des systèmes de santé*. L'effort relatif consenti par les différents pays est-il payé en retour par un bénéfice net d'état de santé de la communauté? Il est cependant très difficile de trouver des indicateurs indiscutables d'efficacité des dépenses de santé. L'espérance de vie ne dépend pas que du système de santé, de même que les indicateurs plus sophistiqués de type Qaly (années de vie corrigées par des indicateurs de qualité de vie)¹⁰. Le nombre de lits disponibles — ou mieux, occupés — peut d'un certain point de vue mesurer le niveau de production et donc l'efficacité du système; mais d'un autre point de vue, il constitue une mesure de son incapacité à traiter, et surtout à prévenir, sans dommage pour le patient, les perturbations de son état de santé. On voit que les choses ne sont pas simples... Quelques indicateurs de performances de traitements, maladie par maladie, sont néanmoins disponibles pour des comparaisons internationales. Ils indiquent des performances variées des pays développés, tantôt bien placés pour certaines maladies, tantôt moins bien placés pour d'autres. Par exemple, la France est bien placée pour les traitements des maladies cardio-vasculaires, dépistage de certains cancers, mortalité périnatale, mais très mal placée du point de vue de la mortalité maternelle ou de la lutte contre les maladies nosocomiales, maladies contractées suite à un passage dans le système de soin, mais sans lien avec la raison initiale du passage. On peut donner par exemple les indicateurs suivants, disponibles pour les six pays (voir tableau 3) :

10. ...peut-être même ces indicateurs dépendent-ils très peu du montant de la dépense de santé, dans la mesure où des facteurs tels que la pénibilité du travail, les conditions de vie et d'hygiène, l'alimentation, le génome sont des éléments, jouant en amont de la maladie, bien plus importants pour l'état de santé des populations. Le nuage de points entre le montant réel des dépenses de santé et la durée de vie ne montre aucune corrélation pour les pays développés. Une économétrie contrôlée (par les différentes variables explicatives) confirme ce qui vient d'être dit (Fuch, 1986 et Aaron, 1996).

3. Quelques indicateurs de performances

	Taux de mortalité périnatale	Taux de mortalité standardisé des maladies ischaémiques	Taux de mortalité standardisé des maladies infectieuses
Allemagne	5,8	36	5
Etats-Unis	8,5	nd	nd
France	7,7	15	8
Japon	7,0	nd	nd
Royaume-Uni	7,7	55	4
Suède	5,0	34	5

Source : OMS, base de donnée *Health for All*.

5/ Enfin, pour compléter cette discussion sur les mesures d'efficience, il faut noter que l'approche en terme de *capital-santé*, évoquée en introduction, exigerait de surcroît d'adopter une perspective intertemporelle pour évaluer le rendement réel d'une unité de dépense de santé, avec le souci de ne pas négliger les effets de certaines dépenses préventives dont, par définition, l'impact est différé. On peut expliquer ainsi l'échec de l'économétrie à enregistrer valablement les effets positifs des dépenses de santé sur la santé : les décalages sont importants et non constants ; les chocs exogènes, de type apparition de nouvelles maladies, modifient les délais : il suffit de penser au Sida, qui a, d'ailleurs, montré les carences du système de santé français sur le point des infections nosocomiales avec le sang contaminé. On peut aussi expliquer ainsi le paradoxe (économique) consistant à observer que les pays qui pratiquent la couverture universelle ont des dépenses de santé plus faibles en proportion du PIB. Ainsi, loin de provoquer (seulement...) une demande de surconsommation médicale de type hasard moral, l'extension de la couverture permet de réduire les dépenses de santé, en facilitant un accès plus rapide et plus général aux soins -autrement dit, en intervenant avant que de grandes dépenses curatives soient inévitables¹¹. C'est une explication avancée (cf., par exemple, Abel-Smith, 1996, OCDE) pour expliquer la bonne discipline des dépenses au Royaume-Uni ou en Suède. De mauvaises langues font remarquer que ces deux pays sont aussi caractérisés par un contrôle administratif étroit, ce qui rend possible le rationnement autoritaire. En tous cas, la Suède et, dans une moindre mesure, le Royaume-Uni sont loin de présenter des états sanitaires défectueux, comme le montre clairement le tableau 3. De fait, les débats ne sont pas prêts d'être tranchés : on ne peut que constater le manque de critères solides et établis sur l'efficience réelle des systèmes des pays développés; on peut, à la rigueur, conclure qu'il n'y a pas de différence

11. Ce, sans compter que la couverture universelle amène parfois une plus grande efficacité de l'offre (entretien et modernisation de l'appareil, dans un système qui peut compter avec certitude sur des payeurs institutionnels).

nette « d'output de santé » entre les six pays considérés, qui ont pourtant des organisations institutionnelles et des coûts très dissemblables. A l'ignorance du consommateur (voir partie I) s'ajoute cette fois l'ignorance du législateur, ce qui constitue finalement un handicap majeur pour le choix du bon système de santé.

Les réformes en France

Il est convenu de faire remarquer que le point de départ formé par le système français est hybride : il se caractérise par une couverture presque totalement socialisée de la demande, confrontée à une offre en partie libérale; de même, il mélange des caractéristiques Beveridgeiennes (médecine publique, financée par l'impôt) à des caractéristiques Bismarckiennes (médecine, souvent privée, associée à un système d'assurance maladie, financé par cotisations). Ces aspects hybrides sont cependant partagés aujourd'hui par un bon nombre de pays, qui, d'une façon ou d'une autre, ont dû amender leur conception originale des systèmes de

4. Les réformes en France depuis les années 1970

Plan Barre (1976)	Augmentation du ticket modérateur
Plan Bérégovoy (1983)	Forfait hospitalier, augmentation du ticket modérateur Cotisation sur les indemnités de chômage
Plan Séguin (1987)	Déremboursement de certains médicaments Révision des maladies exonérantes
Plan Rocard - Evin (1990)	Déremboursement de certains médicaments CSG
Plan Veil (1993)	Mise en application des références médicales opposables et accords de régulation prix-volume avec les laboratoires pharmaceutiques Hausse des co-paiements : forfaits et tickets
Plan Juppé (1995)	Carnet médical, filières de soin, informatisation, principe des pénalités sur la médecine de ville en cas de dépassement Contrôle parlementaire sur la Sécu, agences de contrôle (ANAES), redéploiement de la géographie hospitalière RDS et cotisation exceptionnelle des médecins

Note : Le tableau ne détaille pas l'ensemble des mesures mais sélectionne les mesures principales de chaque plan.

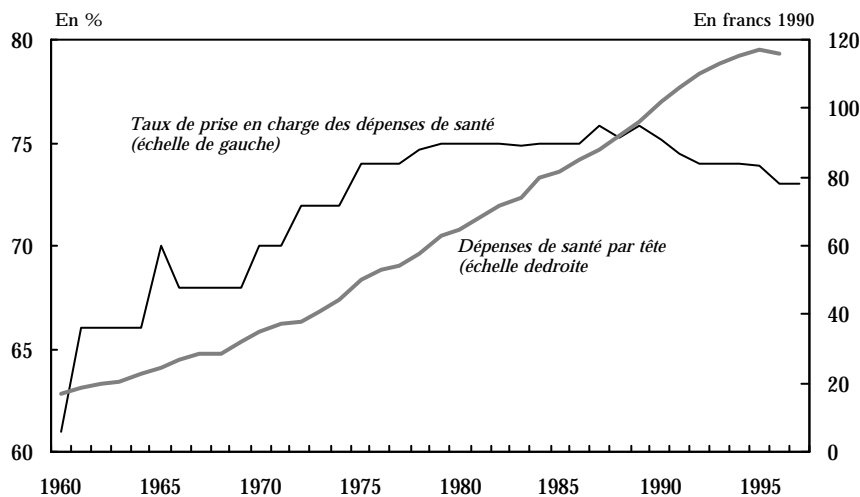
Source : Synthèse de l'auteur, d'après Rupprecht (1999).

santé en fonction des événements historiques, sociologiques et économiques auxquels ils ont été confrontés, les pays ayant tendance à s'emprunter mutuellement les solutions qui semblent fonctionner. Aujourd'hui, le seul trait véritablement caractéristique du système de santé français est sa très grande résistance aux réformes, ou peut-être plutôt, l'absence effective de réformes d'envergure modifiant qualitativement son fonctionnement. L'histoire des réformes du système de santé français est présenté au tableau 4.

Depuis les années 1970, de nombreux plans de contrôle des comptes sociaux de santé ont été appliqués. Jusqu'au plan Juppé, on peut caractériser les réformes par deux grands traits : des mesures visant à couvrir *a posteriori* les défauts de financement du secteur, le fameux « trou de la Sécu », et l'extension de la pratique des co-paiements, qui d'ailleurs participe du premier objectif, tout en cherchant, au fond, à modérer la demande grâce à l'internalisation par les patients d'une partie du prix des actes. Il semble que ce type de mesures soit arrivé au bout de ses effets. En premier lieu, argument pratique, la demande est relativement peu sensible au prix payé, ce d'autant plus que les mutuelles complètent et neutralisent le ticket modérateur. Voir à ce sujet l'économétrie de Gertdtham, Jönsson, MacFarlan et Oxley (1997), voir aussi le graphique 1 qui montre en France l'absence totale de réaction du *trend* des dépenses de santé au taux de prise en charge collective des dépenses.

En outre, une trop faible prise en charge collective des dépenses de santé peut aller à l'encontre des objectifs d'équité généralement admis par le corps social. Recourir trop systématiquement au co-paiement revient à renvoyer l'assurance santé sur le secteur privé, avec tous les

1. Dépenses de santé et taux de prise en charge



Source : CREDES-OCDE.

risques et les imperfections déjà évoqués : anti-sélection des hauts risques, défauts d'assurance pour les plus pauvres... Le plan Juppé (avec peut-être une partie des mesures Rocard puis Veil sur les références médicales opposables) semblait inaugurer une nouvelle ère dans le contrôle de la dépense de santé : était plutôt recherchée une mutation qualitative du secteur, avec une responsabilisation plus grande de la profession médicale dans la gestion de la dépense sociale. Les réformes appliquées plus récemment encore, telles que le pouvoir de substitution du pharmacien vers les médicaments génériques moins coûteux, vont dans le même sens. Ces mesures n'ont pas donné les résultats attendus ; il est encore trop tôt pour évaluer l'effet de la substitution vers les génériques ; mais il est manifeste que les réformes se sont surtout heurtées à de profondes résistances de la part des professionnels du secteur, qui n'ont pas accepté d'être rendus responsables financièrement des dérives budgétaires de la communauté¹² ; de sorte que, in fine, les réformes qualitatives n'ont pas été appliquées ; seuls les contingentements administratifs sur l'hôpital public ont donné de l'effet.

C'est sans doute pour cette raison que le plan actuel d'économies des dépenses de santé proposé par le conseil d'administration de la CNAM (dit aussi « plan Johanet ») semble avoir opté pour le contingentement administratif comme modalité principale d'intervention.

5. Le plan de la CNAM (1999)

En milliards de francs

Rationaliser les procédures hospitalières	3
Financer les hôpitaux aux coûts par pathologie	30
Rembourser les médicaments sur la base des moins chers	9
Baisse des remboursements et des tarifs en ville et mesures sur les laboratoires d'analyse	17
Total (*)	62

Notes : en outre, une fois obtenu cet ajustement de 62 milliards, le rapport prévoit que le total de la dépense (environ 800 milliards) devra augmenter au rythme annuel de 1.1%.

(*) dont divers

Source : CNAM (1999). Conseil d'administration du 12 juillet 1999.

12. Il faudrait savoir si, oui ou non, la dérive leur est imputable. L'arrière plan théorique d'une telle mesure est la thèse de la *demande induite*, selon laquelle la demande de santé serait suscitée par les offreurs eux-mêmes, plutôt que par un réel besoin de consommation de santé de la population. L'analyse économétrique met bien en évidence un effet de demande induite, mais les résultats ne sont pas toujours robustes, et surtout la relation doit être croisée avec d'autres critères institutionnels (l'existence d'un paiement à l'acte, qui permet aux médecins de compenser le contrôle du prix des actes par la multiplication du volume des actes). On peut voir : Evans (1974) ; Gertdtham, Jönsson, MacFarlan et Oxley (1997) ; et Rochaix et Jacobzone (1997) pour des discussions économétriques plus détaillées sur la question.

Les mesures sont, cette fois, d'une ampleur sans précédent — la comparaison des 10 milliards d'économies prévues par les réformes du gouvernement Juppé avec le montant du plan Johanet est éloquente — et renvoient manifestement l'essentiel de la charge de l'ajustement sur le seul secteur quantitativement contrôlable : le secteur public hospitalier. Il faut néanmoins atténuer ce diagnostic par deux éléments : d'une part, associé aux restrictions administratives, le plan Johanet retient à nouveau la technique des co-paiements croissants sélectifs (sans doute avec l'idée d'orienter structurellement la consommation de santé vers le nécessaire plutôt que le superflu, vers les médicaments génériques plutôt que les marques historiques) ; d'autre part la modalité « financer les hôpitaux au coût par pathologie » relève, en principe au moins, de la réforme qualitative, puisqu'il s'agit de rémunérer l'hôpital sur la base de ses activités détaillées, créant ainsi une concurrence fictive entre les services, avec un prix donné pour chaque groupe thérapeutique. On peut néanmoins se demander si cette dernière mesure ne cache pas, de fait, de nouvelles restrictions purement quantitatives ; comment, sinon, prévoir le chiffre considérable de 30 milliards d'économies¹³ ? En mélangeant les réformes qualitatives avec des contingentements quantitatifs, le risque est de les voir s'amalgamer dans un même refus.

La logique économique du rationnement

On peut aborder l'actualité des réformes proposées en France de deux points de vue.

1/ A court terme, on peut chercher à mesurer l'ampleur de l'ajustement imposé à l'offre de santé, en montrant les conséquences directes en proportion du plan d'économie proposé par la CNAM.

2/ A plus long terme, on peut s'interroger sur deux aspects : quelles sont, du côté de l'offre, les réactions possibles au plan de réforme : les marges de manœuvre et les stratégies de neutralisation envisageables ; quelle est la logique profonde, du côté de la demande, d'un contrôle administratif des dépenses de santé des ménages ?

13. En théorie, le paiement à la pathologie, inspiré du financement par DRG aux États-Unis, réactualise le principe d'O. Lange de décentralisation des décisions publiques par un système de prix optimaux (paramétriques). A ce titre, il souffre d'abord de deux problèmes : problème de révélation des préférences (il faut précisément évaluer la demande afin de décentraliser un niveau de prix suffisant pour provoquer une offre *ad hoc* ; problème de contrôle de la qualité de l'offre (les offreurs peuvent jouer sur des classifications abusives de leur production afin de retrouver des marges). En pratique, on peut se référer à l'annexe 2, qui propose une discussion plus technique sur le calcul des 30 milliards d'économies permis par le paiement à la pathologie.

6. Le plan de la CNAM en proportion du secteur de santé français

(1) Le programme de contrôle de la dépense propose de répartir sur trois ans les mesures sur l'hôpital. Mais les 30 milliards correspondent bien à des économies annuelles de budget (en année pleine, à l'issue des trois années de transition).
 (2) Le taux de fonctionnalisation du secteur hospitalier affaiblit l'effet de court terme des mesures de restriction sur l'hôpital. Mais, sur le long terme, on peut craindre un défaut de création d'emplois proportionnel à l'ampleur du contingentement, soit 70000 emplois non créés.
 (3) Les 30 milliards d'économies devaient, d'après le plan Jolanié, porter plus spécifiquement sur l'activité MCO de l'hôpital (Médecine, Chirurgie, Obstétrique). Nous avons préféré faire porter le choc sur l'ensemble du secteur hospitalier faute de données précises sur le seul emploi hospitalier MCO (ce qui a priori aurait son impact, car sinon il faudrait aussi compenser les effets induits du choc MCO sur le reste du secteur hospitalier). L'équilibre emploi-ressource du produit pharmaceutique s'écrit : $M + Prod (valeur usine + marges) = CI + CF + X + FB CF / 40 + (valeur usine + 54) = 10 + 134 + 55 + 0 / valeur usine = 105$. On suppose que les réductions ne portent pas sur la distribution, ni sur les exportations. On avait $M + valeur usine = 145$. On a après la réforme : $M + valeur usine = 145 - 9,5 = 135,5$ soit une réduction de 7% également répartie sur les importations et sur le chiffre d'affaires de l'industrie.
 (4) pppl : participant au service public hospitalier. Med : medical NM : non medical
 Sources : Calculs et hypothèses de l'auteur d'après des chiffres de la DREES et du SESSI.

Les conséquences à court terme

La réforme proposée revient à imposer un « choc négatif » sur un secteur particulier, celui de la santé et de la pharmacie. On peut, pour se faire une idée de l'ampleur du choc, ramener les mesures à leur proportion dans le secteur ; c'est ce que propose le tableau 6.

L'utilisation d'une simple règle de trois est, bien sûr, tout à fait discutable, (la fonction de production est-elle aussi linéaire ? Dans quelle mesure le choc sera-t-il ajusté par des substitutions de facteurs ou des ajustements de revenus ?). Les effets sur l'emploi seront donc sans doute plus limités, sauf si l'on tient compte de la tendance des gains de productivité du secteur, qui, à l'inverse, renforcent les pertes d'emplois prévisibles, notamment dans l'industrie pharmaceutique¹⁴. Un travail prochain du Département analyse et prévision de l'OFCE tentera d'en dire plus sur ce point à l'aide d'un modèle macroéconomique conjoncturel (Mosaïque), destiné à intégrer, aussi, les effets induits d'un tel choc sur la demande globale et sur les autres secteurs de la structure productive.

Les logiques de long terme

- La réaction de l'offre

La question, microéconomique, de la « réponse » du secteur aux contraintes administratives mérite d'être posée. Le tableau qui précède, qui repose sur un ajustement mécanique de la profession, correspond à une prévision optimiste des effets de la réforme sur le secteur — optimiste pour l'équilibre de la branche maladie de la Sécurité sociale, mais pessimiste pour l'équilibre des caisses en charge de l'indemnisation du chômage.... On peut néanmoins anticiper, de la part des agents du secteur, des réactions cherchant à neutraliser tout ou partie du contingentement. On peut distinguer les réactions de l'hôpital et celles de la médecine ambulatoire.

L'hôpital est soumis à des contrôles, tant sur les quantités que sur les prix. Reste donc la qualité comme variable d'ajustement pour maintenir les rentes. On a déjà évoqué le risque de sur-classement des malades associé au mécanisme du paiement à la pathologie : pour tout cas litigieux, on préférera évidemment classer le malade dans le groupe homogène le plus rémunérateur. Ce type de stratégie, déjà largement pratiquée

14. Le taux d'accroissement annuel moyen de la productivité apparente du travail de l'industrie pharmaceutique s'élève à près de 4,5 % sur les dix dernières années. Il faudrait aussi tenir compte des effets plus qualitatifs sur l'industrie pharmaceutique des déremboursements des médicaments jugés inefficaces. Il est évident que certaines rentes de situations vont être remises en cause, avec, sans doute, des restructurations nécessaires au sein de la branche et au sein des entreprises.

dans l'industrie à l'époque de la planification soviétique, a déjà été observé dans le milieu médical ...aux États-Unis, comme réaction à l'instauration du paiement par DRG, d'autant qu'il reste possible de classer les malades les plus lourds dans une catégorie « hors groupe », qui autorise alors les dépassements... voir Phelps (1995). L'autre crainte, finalement plus grave dans ses conséquences, est un ajustement réel et non plus seulement comptable ou classificatoire. Devant les restrictions de moyens, surtout lorsque les sous-effectifs sont importants, les professionnels de l'hôpital peuvent revoir à la baisse la qualité de leurs services : absence de certaines précautions thérapeutiques jugées trop coûteuses, files d'attente, démotivation, etc. De fait, de telles réformes, pour qu'elles soient appliquées et réussissent, exigent un redéploiement important de la carte hospitalière (compenser les sous-effectifs d'ici par les sureffectif de là), avec une politique du personnel précise et attentive ; les soignants doivent être formés à des comportements souvent culturellement nouveaux pour eux, comme gérer la rareté et les contraintes budgétaires dures.

Les mesures sur le *secteur ambulatoire* sont, de même, susceptibles de neutralisation. Pour l'instant, la réforme envisage une diminution du prix des transactions et un contrôle plafonné de leur masse (chiffre d'affaires). Ceci laisse une marge de manœuvre sur les quantités, notamment le nombre de visites, et/ou sur la qualité. Dans une situation où une partie de la demande peut être « induite par l'offre » et constituer une transaction de biens inutiles s'ajoutant à la production socialement efficace (la nième visite en cabinet), il est techniquement envisageable que les offreurs usent de leur asymétrie informationnelle pour réorienter la dépense totale de santé en faveur de ces dépenses inutiles¹⁵. On obtient une réponse non proportionnelle (avec une élasticité inférieure à 1) de la dépense inefficace à la mesure de contingentement. Autrement dit, un encadrement de la dépense ne se traduira pas par un contrôle proportionnel des soins inefficaces, mais par des substitutions au sein de la dépense totale entre les différents types de soins offerts ; le nombre des actes s'accroît et pourtant les patients ne sont pas mieux soignés. L'augmentation du nombre des actes, il faut le remarquer, a toujours été le mode de réaction privilégié de la médecine de ville et va dans le sens du modèle microéconomique qui a été brièvement décrit.

- La réaction des patients

Citons H. Aaron (*The Brookings Institution*) dans un rapport de l'OCDE :

15. On décrit ici un modèle de choix d'allocation du temps de travail entre *activités de soins efficaces et activités de soins non efficaces*, qu'on peut consulter sous forme de miméo (Ventelou, 1999, OFCE). On fait l'hypothèse que la technologie des soins inefficaces s'accompagne de rendements décroissants ; (les résultats sont généralisables — mais moins clairs — à des rendements décroissants pour les deux activités).

« *Maintenir les dépenses de santé à un pourcentage constant du PIB est un principe dépourvu de justification valable. Il existe de fortes raisons de penser que le niveau souhaité (...) doit augmenter avec le temps.* »

Un plan de contrôle qui repose sur un taux d'accroissement de la dépense identique ou inférieur à celui du PIB n'est pas a priori fondé en théorie du bien-être. L'analyse économique expose au contraire que, pour un certain type de biens (les biens supérieurs), l'augmentation des revenus s'accompagne mécaniquement d'une *déformation* de la structure des budgets en faveur de ces biens, avec des taux d'accroissement supérieurs au revenu. Dans cette perspective, de même que les vacances aux Antilles (ou la téléphonie portable...), la santé est un attribut de l'enrichissement : sa quantité consommée semble devoir augmenter plus que proportionnellement, au moins dans cette phase contemporaine de l'histoire du développement humain. Voici un bilan rapide des principales études internationales concernant la nature supérieure du bien santé :

7. Élasticité revenu de la dépense de santé

<i>Etudes</i>	Linéaire	Log
Newhouse (1977)	1,31	
Gerdtham et <i>alii</i> (1992)		1,74
Blomqvist et Carter (1997)		
— <i>Sans tendance</i>		1,59
— <i>Avec tendance</i>		0,97
Gerdtham et <i>alii</i> (1997) avec des variables institutionnelles		0,75

Source : Synthèse de l'auteur en collaboration avec Eric Heyer.

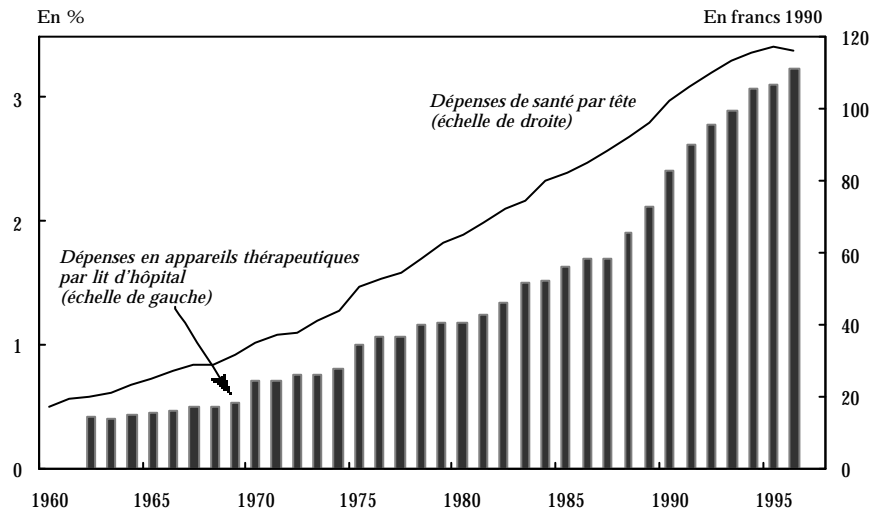
L'introduction d'une tendance (Blomqvist et Carter) et d'un paquet de variables explicatives d'ordre institutionnel (Gerdtham et *alii*) permet de nuancer le diagnostic porté sur la nature supérieure du bien santé¹⁶. L'utilisation de la tendance semble un peu artificielle; en revanche, l'introduction des variables institutionnelles a bien un sens : ainsi, la consommation médicale ne serait « supérieure » que dans la mesure où l'organisation institutionnelle des systèmes de santé le susciterait ; le paiement à l'acte et la mécanique de la demande induite sont, une nouvelle fois, incriminés par Gerdtham et *alii* (mais ces auteurs admettent eux-mêmes que l'ajout de variables introduit un risque de multi-

16. Un bémol supplémentaire sur la nature « supérieure » du bien santé. C'est la santé et son maintien qui sont recherchés et non la dépense de santé elle-même. Il n'est donc pas évident, concernant les soins curatifs, que la dépense de santé ressorte vraiment du comportement standard dit de bien de luxe ; on peut l'affirmer sans doute sur la *qualité* et le *confort* associés à la cure, mais moins sur la *quantité*, qui est souvent en dehors du champ du choix délibéré, car déterminée par la probabilité exogène des maladies. En revanche, toujours si c'est bien le stock de santé qui est directement influent sur le bien-être, la prévention devrait pouvoir s'assimiler plus facilement aux biens de luxe, avec la possibilité pour le patient d'endogénéiser la probabilité des maladies.

colinéarité). En France, l'étude de L'Horty, Quinet et Rupprecht (1997) propose des évaluations de l'élasticité revenu variant entre 0,54 et 1,55 selon le modèle économétrique considéré (avec ou sans tendance) ; spécificité forte de la France, un effet « prix relatifs » explique une partie importante de l'augmentation en volume des dépenses (23 %). De fait, en France, le prix des soins relativement à l'indice général des prix baisse, vraisemblablement sous l'effet du contrôle administratif du prix des actes, et provoque un effet de substitution en faveur des consommations de santé. On ne sait pas si l'effet est spontané (effet de demande classique), ou bien, suscité par les offreurs ; on retrouve notre interrogation récurrente sur la réalité de « l'induction de demande ». Au total des études, force est de constater tout de même que l'élasticité revenu apparaît bien toujours supérieure à l'unité lorsqu'on s'en tient à des relations brutes : si l'ajout d'autres variables réussit à réaffecter statistiquement une partie des variations de la consommation de santé, les régressions simples, à une seule variable, établissent toujours une relation directe apparente supérieure à 1 entre les deux séries temporelles.

Là comme ailleurs, la question est alors de savoir dans quelle mesure l'évolution des technologies va permettre de satisfaire à un coût raisonnable les besoins exprimés. En matière médicale, on ne peut néanmoins pas se contenter d'évaluer le progrès technique incorporé dans le secteur et garantir que la technologie économise simplement les ressources et réduise les coûts. Les innovations médicales ont souvent l'effet d'étendre la gamme des services offerts par le secteur de santé ; parfois

2. Dépenses de santé et dépenses en appareils thérapeutiques par lit d'hôpital



Source : CREDES-OCDE.

la gamme s'étend simplement vers plus de confort de soins ; parfois l'extension de la gamme permet d'envisager de traiter, enfin, les maladies précédemment incurables, au bénéfice certain des malades sinon de la société toute entière. La part relative du progrès technique médical économisant les ressources (type 1) et du progrès technique augmentant la gamme (type 2) décide de l'évolution du coût global des traitements de santé. On peut se référer à Weisbrod (1991) et à L'Horty, Quinet et Rupprecht (1997) pour une analyse des effets contrastés du progrès technique sur la dépense globale de santé. L'étude de L'Horty, Quinet et Rupprecht (1997) montre qu'en France l'effet complet de l'intégration du progrès technique est d'augmenter la dépense de santé : sa contribution à la croissance est positive sur la période 1970-1995 (sa part contributive est égale à 26 %). Il est courant d'évaluer le progrès technique médical par l'introduction des appareils techniques en milieu hospitalier ; le graphique 2 montre l'évolution parallèle de l'équipement technologique par lit d'hôpital et de la dépense de santé.

Weisbrod suppose un biais des systèmes publics de santé en faveur du progrès technique de type 2, en l'absence, dans de tels systèmes, d'incitation au progrès technique de type 1. Mais, après tout, il est possible que le corps social juge positive et souhaitable l'extension de gamme — même restreinte à l'amélioration du confort — et puisse continuer d'assurer la couverture collective du supplément de dépenses engendré par les technologies nouvelles.

On peut donc raisonnablement penser que le plan de contingentement sera mal accepté par les patients eux-mêmes ; et ce, même en tant que *cotisant*, en supposant qu'ils intègrent bien, hors de toute illusion fiscale, les conséquences socialisées de leurs dépenses sur leur pouvoir d'achat. De leur côté aussi, des comportements de neutralisation sont donc à envisager : fraudes et collusion avec les professionnels de santé ; reports sur le système privé d'assurance santé (mutuelles et assurances) avec les inégalités d'accès que cela suppose ; interventions politiques pour faire capoter la réforme. Le contingentement repose sur l'hypothèse, contestable, selon laquelle le rationnement s'adresse spécifiquement à la dépense superflue. Mais la preuve n'en est pas faite. D'une part, comme on l'a vu du côté de l'offre, il n'est pas certain que la restriction se transmette plus spécifiquement à la partie la plus inutile de la production offerte ; au contraire, des comportements de substitution interne entre offre de soins inefficaces et offre de soins efficaces peuvent avoir lieu, avec pour effet une réponse défavorable du secteur au contingentement. D'autre part, du côté de la demande, une augmentation durable, supérieure au taux de croissance du PIB, de la dépense de santé n'est pas *a priori* socialement inefficace. Elle peut répondre très directement à une demande croissante de soins de santé (en quantité, en variété et en qualité), plutôt qu'à une perversion économique de second rang liée à la couverture sociale des consommations médicales.

Autrement dit, le contingentement global ne semble pas fondé en bonne logique économique. C'est plutôt dans la composition interne de la dépense de santé, efficace / non efficace (par exemple : curatif/préventif) que se trouve vraisemblablement la clé des réformes. A contrario, le risque que fait courir l'encadrement macroéconomique est de conduire à négliger les interrogations nécessaires sur l'efficacité réelle, et sans doute perfectible, de la dépense de santé.

Conclusion

Au terme de cette étude, il semble utile de mettre en exergue trois interrogations, tant elles apparaissent cruciales pour les stratégies de politiques économiques à adopter.

1/ La « *mesurabilité* » *des performances* : une bonne part des lacunes de la décision politique en économie de la santé provient du fait que, dans le domaine, on ne dispose que de peu d'outils fiables disponibles pour une mesure des performances du secteur. Les évaluations de marché sont généralement peu pertinentes; elle sont entravées par les défauts informationnels et les possibles stratégies d'extraction de rente des acteurs. Les évaluations qui s'inspirent du marché (concurrence par comparaison) doivent être, elles aussi, attentives à ces déficiences et, surtout, prendre garde à ne pas tomber à leur tour dans le défaut principal de l'évaluation marchande : un raccourcissement myope de l'horizon temporel des décisions (les arbitrages curatif-préventif en sont un exemple; le financement de la recherche clinique, un autre). Tout ceci plaide aussi pour un développement d'outils d'analyse plus fins, mettant par exemple en évidence, comme c'est le cas en économie de l'éducation, des frontières d'efficience multicritères entre les pays et entre les différentes composantes de la dépense de santé.

2/ La « *réformabilité* » *du système* : les plans de réforme sont contraints par une donnée historique : le poids économique et politique des professionnels de santé et leur propension, parfois légitime, à résister aux réformes. Qu'on le veuille ou non, cette contrainte est une composante du choix des réformes, de leur structuration dans l'espace et dans le temps. Le premier point formulé plus haut interagit avec celui-ci : il est d'autant plus difficile de faire accepter un plan de réforme qu'on ne dispose pas d'outils d'évaluation indiscutables des effets de la réforme et qu'on doit s'en remettre pour une large part à un dire d'expert nécessairement subjectif.

3/ La « *souhaitabilité* » *sociale des réformes* : enfin du côté de la demande, le législateur doit, bien sûr, s'interroger sur la nature du bien fourni. Le bien santé est-il « supérieur »? Est-il même légitime de leur faire ressortir du choix individuel, ou bien doit-il être traité comme une composante du choix social, au sens où Sen le définit, ce qui implique une attention particulière à la bonne répartition du bien, plutôt qu'à son

allocation optimisée? Bien sûr, les deux ne sont pas incompatibles, mais dans le cas d'un conflit, la dimension collective du bien devrait alors primer ses dimensions purement économiques.

Références bibliographiques

- AARON H., 1996 : « Réflexions sur le financement des soins de santé » in OCDE, *La réforme des systèmes de santé : La volonté de changement, Étude de Politiques de Santé* n° 8, OCDE Paris.
- ABEL-SMITH B., 1996 : « L'escalade des dépenses de santé : comment en sommes-nous arrivé là? » in OCDE, *La réforme des systèmes de santé : La volonté de changement, Etude de Politiques de Santé* n° 8, OCDE Paris.
- AKERLOF G., 1971 : « The market for Lemons : Quality Uncertainty and the Market Mechanism », *Quarterly Journal of Economics*, vol 74, pp 488-500.
- ARROW K., 1963 : « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care », *American Economic Review* dec, vol 63, pp. 941-73.
- BLOMQUIST A., CARTER R.A., 1997 : « Is Health Care Really a Luxury? », *Journal of Health Economics*, vol. 16, pp. 207-229.
- BREUIL-GENIER P., GRANDFILS N., et RAYNAUD D., 1998 : « Revenus, Assurances et Santé : le problème de l'accès au soins des plus démunis », *Les Cahiers du GRATICE* n° 15, pp. 243-275.
- CHAPERON J., ROCHAIX L., 1996 : « Les réformes du service national de santé britannique : la fin d'un mythe? », *Économie et Statistique*, n° 291-292, pp. 87-103.
- CNAMts Conseil d'Administration, 1999 : « Des soins de qualité pour tous, Refonder le système de soins », dit aussi « Rapport Johanet ». *Doc. de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie*, 12 juillet.
- DRÈZE J., 1997 : « Sur la spécificité économique des soins de santé », *Économie et Prévision*, n° 129-130, pp. 1-9.
- EVANS R., 1974 : « Supplier-Induced demand : some empirical evidence and implications », *The Economics of Health and Medical Care*, pp. 163-173.
- FUCH V., 1986 : *The Health Economy*, Harvard University Press. 400 p.
- GERDTHAM U-G, SCGAARD J., ANDERSSON F., JONSSON B., 1992 : « Econometric analysis of health expenditure : a cross-sectional study of the OECD countries », *Journal of Health Economics*, n° 11, pp. 63-84.

- GERDTHAM U.G., JÖNSSON B., MACFARLAN M. et OXLEY H., 1997 : « Les déterminants des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE », *in Économie de la Santé, Trajectoires du Futur*, INSEE Méthode, pp. 11-24.
- HICKSON G., ALTMEIER W., PERRIN J., 1987 : « Physician Reimbursement By Salary or Fee-for-Service : Effect on Physician Practice Behavior in a Randomized Prospective Study », *Pediatrics*, vol. 80, pp. 344-350.
- LAFFONT J.-J., TIROLE J., 1993 : « A Theory of Incentives in Procurement and Regulation », *MIT Press*, Cambridge.
- L'HORTY Y., QUINET A., RUPPRECHT F., 1997 : « Expliquer la croissance des dépenses de santé : le rôle du niveau de vie et du progrès technique », *Économie et Prévision*, n° 129-130, pp. 257-268.
- LUFT H., 1994 : « Les réseaux de soins coordonnés (HMO) : l'expérience tentée aux États-Unis peut-elle s'appliquer ailleurs ? » *in OCDE, La santé : Qualité et Choix, Étude de Politiques de Santé n° 4*, OCDE Paris.
- MORMICHE P., 1997 : « Inégalités de santé et iniquité du système de soins », *in JACOBZONE S. : Économie de la Santé, Trajectoires du Futur*, Insee Méthode, pp. 84-94.
- MOUGEOT M., 1999 : *Régulation du Système de Santé, Rapport du Conseil d'Analyse Économique*, La Documentation Française. Paris.
- NEWHOUSE J.-P., 1977 : « Medical care expenditure : a cross-national survey », *Journal of Human Resources*, vol. 12, pp.115-125.
- PAULY M., 1974 : « Overinsurance and Public Provision of Insurance : the Roles of Moral Hazard and Adverse Selection », *Quarterly Journal of Economics*, vol 88, pp 44-62.
- PHELPS S. E., 1995 : « Les fondements de l'économie de la santé », *Publi-Union Editions*.
- POLTON D., 1999 : « Lettre du Collège des économistes de la Santé », *in Editorial*, Université Paris Dauphine, Mars.
- RAWLS J., 1971 : « A Theory of Justice », *Harvard Univ. Press*.
- ROCHAIX L., 1997 : « Asymétrie d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats », *Économie et Prévision*, n° 129-130.
- ROCHAIX L., JACOBZONE S., 1997 : « L'hypothèse de demande induite : un bilan économique », *Économie et Prévision*, n° 129-130.
- RUPPRECHT F., 1999 : « Evaluation de l'efficacité du système de soins français », *in MOUGEOT M., 1999 : Régulation du Système de Santé, Rapport du Conseil d'Analyse Économique*, La Documentation Française. Paris.

SEN A., 1983 : « Commodities and Capabilities », Amsterdam, North-Holland.

SEN A., 1999 : « La possibilité du choix social – Conférence Nobel », *Revue de l'OFCE* n° 70, pp. 7-62.

WEISBROD B., 1991 : « The Health Care Quadrilemma : an Essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care, and Cost Containment », *Journal of Economic Literature*, vol. XXIX, pp. 523-52.

ANNEXE I

Quatre formes de rémunération des médecins et leur propriétés incitatives

On peut consulter le tableau ci-après.

Les (rares) études qui testent l'effet des types de rémunération sur les comportements effectifs des médecins montrent leurs sensibilités aux schémas de paiements. L'expérience aléatoire contrôlée de Hickson, Altmeier et Perrin (1987), sur une population d'internes en pédiatrie séparée en deux modes de rémunération (à l'acte et salariée), montre que les médecins payés à l'acte multiplient les visites de routine (ils fournissent plus — trop — de soins), mais n'omettent pas les vaccinations et visites recommandées par les normes pédiatriques académiques (ce qui tendrait à prouver une meilleure qualité des soins?).

Al.1 Quatre formes de rémunération des médecins et leur propriétés incitatives

	Avantages	Inconvénients
Salariat	Les asymétries informationnelles de la relation patient-médecin sont sans conséquences financières.	Moins de liberté de choix. Peut-être moins d'incitation à la qualité.
Capitation (le médecin reçoit un paiement proportionnel au nombre de patients inscrits sur ses listes)	Les asymétries informationnelles de la relation patient-médecin sont sans conséquences financières.	Moins de liberté de choix. Le risque (financier) de santé est reporté sur le médecin.
A la pathologie (le médecin reçoit un paiement fonction du nombre et du type de maladies traitées)	Liberté de choix et qualité liée à la concurrence potentielle entre les soignants.	Risque de classification abusive. Le contrôle de la dépense est moins bon.
A l'acte	Liberté de choix. Qualité? (si les asymétries informationnelles sont contrôlables).	Contrôle très difficile de la dépense. Les asymétries ne sont pas contrôlées.

ANNEXE II

Le passage au financement par pathologie traitée (30 milliards d'économie)

Le principe du financement par pathologie est le suivant : en France le programme PMSI — programmes médicalisés des systèmes d'information — met en place des « GHR », groupes homogènes de malades ; on regroupe les malades en grand type de maladie, défini par une proximité de pathologie et de traitement. Puisqu'on dispose aujourd'hui de cet outil de mesure de l'activité standardisée des établissements hospitaliers, l'idée est alors de financer ceux-ci sur la base du nombre de pathologies effectivement traitées ; l'hôpital recevra un prix donné pour chaque individu traité dans un groupe thérapeutique homogène ; et ce quel que soit l'hôpital, public ou privé, ou sa situation géographique. Exemple : x francs pour un pontage coronarien, y francs pour une réduction de fracture... Les sommes x et y sont calculées en fonction du coût moyen de l'opération pratiquée. On peut aussi construire sur cette base une mesure unitaire d'activité : le point ISA — indice synthétique d'activité — on calculera ensuite, au niveau global, la valeur du point ISA dans chaque hôpital, ce qui est une manière de jauger de l'efficacité des différents services : une faible valeur du point ISA traduit une économie de moyens.

En pratique, le paiement à la pathologie permet d'aligner les coûts de traitement de chaque pathologie sur les services les moins dispendieux (en moyenne) ; mais d'abord, il faut du temps pour cela, le temps que les « moins bons » s'ajustent, acquièrent de l'efficacité, ou disparaissent au profit des services efficaces ; ensuite, les gains à espérer restent quand même limités, sauf à, en même temps, réduire le montant moyen des allocations et donc provoquer un ajustement par les quantités. Une économie de 30 milliards sur la dotation globale hospitalière MCO (d'environ 180 milliards) correspond à un gain d'efficacité pure de 17 %. Ce qui s'avère difficilement envisageable : au niveau global (toutes pathologies confondues), la différence entre la valeur des points ISA supérieurs et celle du point ISA moyen n'atteint, d'après nos calculs, que 12 % ; ces 12 % sont eux-mêmes optimistes puisqu'ils négligent :

1/ les stratégies de dissimulation dont on a déjà parlé (sur-classement des pathologies) ;

2/ la croissance du nombre des actes (demande) ;

3/ la croissance des coûts « du service le moins coûteux » liée à l'incorporation de technologies nouvelles utiles ;

4/ le fait que les différences de valeurs du point ISA sont parfois dues, non pas à des inefficacités économiques, mais à des écarts structurels dans la difficulté des pathologies traitées¹⁷.

Il faut noter que le rapport Johanet de la CNAM propose un autre calcul, revenant à caler les coûts de l'hôpital public sur ceux de l'hôpital privé (qui pratique le paiement à la pathologie depuis 1993), tout en tenant compte des missions de service public de la première entité. Le calcul repose fondamentalement sur l'hypothèse — à étayer (le rapport de la CNAM ne fournit pas d'éléments précis sur ce point) — que le surcoût autorisé pour l'hôpital public doit être maintenu à 13 %, évaluation financière du « supplément d'âme » service public.

17. On pense particulièrement à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP). Il y a deux manières d'interpréter le surcoût des points ISA de l'APHP : soit on affirme que l'hôpital parisien est plus coûteux car la « culture économique » y est peu répandue et les gaspillages plus fréquents ; soit on admet que les fonctions de traitement des cas rares et complexes (exigeant des recherches de pointe) sont plus particulièrement laissées aux hôpitaux des grandes villes telles que Paris, Lyon, Marseille ; il y a d'ailleurs une très nette corrélation entre les surcoûts de point ISA et la taille de l'institution hospitalière...