

Régulation du système de santé

Rapport

Michel Mougeot

Commentaires

Tony Atkinson, Yves Dimicoli et Jean-Jacques Rosa

Compléments

Dominique Bureau, Laurent Caussat, Dominique Henriet,
Béatrice Majnoni d'Intignano et Jean-Charles Rochet

Annexes préparées par le CREDES,
la Direction de la Prévision et l'INSEE



*Réalisé en PAO au Conseil d'Analyse Économique
par Christine Carl*

© La Documentation française. Paris, 1999 - ISBN : 2-11-004164-1

« En application de la loi du 11 mars 1957 (article 41) et du Code de la propriété intellectuelle du 1er juillet 1992, toute reproduction partielle ou totale à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans l'autorisation expresse de l'éditeur.

Il est rappelé à cet égard que l'usage abusif de la photocopie met en danger l'équilibre économique des circuits du livre. »

La création du Conseil d'Analyse Économique « répond à la nécessité pour un gouvernement trop souvent confronté à l'urgence, de pouvoir se référer à une structure de réflexion qui lui permette d'éclairer ses choix dans le domaine économique. J'ai souhaité aussi créer un lien entre deux mondes qui trop souvent s'ignorent, celui de la décision économique publique et celui de la réflexion économique, universitaire ou non.

J'ai pris soin de composer ce Conseil de façon à tenir compte de toutes les sensibilités. Le Conseil d'Analyse Économique est pluraliste. C'est là un de ses atouts principaux, auquel je suis très attaché. Il doit être un lieu de confrontations sans a priori et les personnes qui le composent doivent pouvoir s'exprimer en toute indépendance. Cette indépendance — je le sais — vous y tenez, mais surtout je la souhaite moi-même.

Ces délibérations n'aboutiront pas toujours à des conclusions partagées par tous les membres ; l'essentiel à mes yeux est que tous les avis puissent s'exprimer, sans qu'il y ait nécessairement consensus.

...

La mission de ce Conseil est essentielle : il s'agit, par vos débats, d'analyser les problèmes économiques du pays et d'exposer les différentes options envisageables. »

*Lionel Jospin, Premier Ministre
Discours d'ouverture de la séance d'installation du
Conseil d'Analyse Économique, le 24 juillet 1997.
Salle du Conseil, Hôtel de Matignon.*

Sommaire

Introduction	7
<i>Pierre-Alain Muet</i>	
La régulation du système de santé	9
<i>Michel Mougeot</i>	
<i>Commentaires</i>	
<i>Tony Atkinson</i>	85
<i>Yves Dimicoli</i>	89
<i>Jean-Jacques Rosa</i>	99
<i>Compléments et annexes</i>	
Complément A. La performance qualitative du système de santé français	105
<i>Béatrice Majnoni d'Intignano</i>	
Complément B. Régulation et intervention publique dans les systèmes de santé	115
<i>Dominique Henriet et Jean-Charles Rochet</i>	
Complément C. Gestion publique et système de santé	131
<i>Dominique Bureau et Laurent Caussat</i>	
Annexe A. Évaluation de l'efficacité du système de soins français	151
<i>Frédéric Rupprecht</i>	
Annexe B. Le marché du médicament : évolutions depuis 1980	165
<i>Frédéric Rupprecht</i>	
Annexe C. Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé. Théorie et bilan des expériences étrangères	179
<i>Agnès Bocognano, Anne Couffinhal, Michel Grignon, Ronan Mahieu et Dominique Polton</i>	
Résumé	195
Summary	199

Introduction

Comment se situent les performances de la France en matière de santé ? Peut-on infléchir durablement la progression des dépenses ? Quels rôles respectifs doivent jouer les procédures centralisées et les mécanismes incitatifs décentralisés dans la maîtrise des dépenses de santé ? Telles sont quelques unes des questions évoquées dans le rapport de Michel Mougeot.

Avec près de 10 % de sa richesse nationale consacrée aux dépenses de santé contre 8 % en moyenne dans les pays de l'union européenne, le système sanitaire français est relativement coûteux avec des performances sanitaires globales qui se situent dans la moyenne des grands pays industrialisés. Le complément de Béatrice Majnoni d'Intignano souligne la priorité implicite du système de santé français en faveur de la médecine curative, qui permet d'obtenir de bons résultats dans des domaines comme les cancers, les maladies cardio-vasculaires ou les soins aux personnes âgées, mais des performances plus médiocres dans certains domaines qui relèvent de la prévention.

Contrairement à d'autres pays (Belgique, Canada, Danemark, Finlande, Italie, Norvège ou Pays-Bas), la France n'a pas réussi à infléchir significativement la part des dépenses de santé dans le PIB au cours de la dernière décennie. Michel Mougeot remarque que les mécanismes d'allocation des ressources et de paiement des actes médicaux, qui reposent pour l'essentiel en France sur des procédures centralisées, n'ont pas empêché la croissance rapide des dépenses de santé. Après avoir rappelé la légitimité

d'une intervention publique, tant dans le domaine de l'assurance-maladie que de la production de soins, il suggère un meilleur équilibre des modalités de cette intervention entre les procédures centralisées et des mécanismes décentralisés incitant les patients et les offreurs de soins à réaliser des arbitrages coût/efficacité plus conformes aux intérêts de la collectivité.

Il préconise notamment de recourir pour l'hospitalisation à des mécanismes de « concurrence par comparaison », comme des tarifications forfaitaires par pathologie, ou de « concurrence pour le marché » au moyen d'appels d'offres. Dans le domaine de la médecine ambulatoire, il souligne les inconvénients de la rémunération des médecins à l'acte, qui pousse à multiplier les actes et les prescriptions, mais observe que la rémunération à la capitation, qui incite certes les praticiens à limiter le nombre d'actes, risque de diminuer la qualité des soins. Il propose la mise en concurrence des prestataires pour certains actes, comme l'échographie et la petite chirurgie, et une tarification des actes médicaux dégressive avec leur nombre. Il mentionne enfin la possibilité d'introduire à titre optionnel la formule du « médecin référent », tout en notant qu'elle ne prend son sens qu'accompagnée d'un mode de paiement à la capitation et d'une possibilité de gérer les actes induits (laboratoire, radiologie...). Il préconise également de fixer le remboursement des produits pharmaceutiques en fonction du médicament le moins cher dans une classe thérapeutique donnée.

En introduction de la discussion, Yves Dimicoli souligne son adhésion à l'objectif d'une régulation efficace des dépenses de santé, mais met en garde contre l'automatisme intellectuel qui résume le coût de la santé au poids des dépenses dans le PIB et néglige le rôle de la faible croissance dans l'augmentation du poids relatif de ces dépenses en France. Tony Atkinson met en garde contre les conclusions hâtives que l'on peut tirer des données agrégées, qui ne renseignent pas directement sur l'origine des écarts entre les coûts de la santé dans différents pays et insiste sur la dimension comparative européenne qui peut aider à améliorer la régulation des différents systèmes de soins. Jean-Jacques Rosa partage globalement l'analyse de Michel Mougeot, mais propose une séparation plus nette dans la gestion de l'assurance-maladie entre les fonctions d'assurance et de redistribution. Il considère d'autre part que le recours à la concurrence dans l'assurance maladie permettrait de réduire les coûts actuels du système de santé.

Le rapport préliminaire a été discuté à la séance du 17 juillet 1988 du CAE et, en présence du Premier ministre, à la séance du 17 septembre.

Pierre-Alain Muet

*Conseiller auprès du Premier Ministre
Professeur à l'École Polytechnique*

La régulation du système de santé

Michel Mougeot

Professeur à l'Université de Franche-Comté

Introduction

En 1997, la dépense nationale de santé s'est élevée à 782,3 milliards de francs soit 13 350 francs par français. Ces données confirment une certaine stabilisation depuis 1993 de la part des dépenses de santé dans le PIB, qui s'établit en 1997 à 9,6 %. Ce chiffre nous classe au quatrième rang dans l'ensemble des pays développés, derrière les États-Unis, l'Allemagne et la Suisse⁽¹⁾, la moyenne des pays de l'OCDE étant toutes deux voisines de 8 % et celle des membres de l'Union européenne de 7,9 %. La France est donc le second pays de l'Union européenne pour le poids de la dépense de santé dans le PIB. La stabilisation enregistrée la situe à un niveau élevé, alors qu'un grand nombre de nos partenaires ont réussi dans les années récentes à réduire la part de leur dépense dans le PIB (Canada, Finlande, Danemark, Irlande, Italie, Suède, etc.) ou à la maintenir à un niveau beaucoup plus bas (Royaume-Uni, Nouvelle-Zélande, Autriche, etc.)⁽²⁾.

Depuis la fin des années soixante-dix, la croissance des dépenses de santé à un taux supérieur à celui du PIB a conduit à des déficits récurrents de l'assurance-maladie auxquels des réponses conjoncturelles ont été apportées par tous les gouvernements sous la forme de plans de redressement

(1) Une rupture dans l'évolution des dépenses de santé a été constatée en Allemagne à partir de la réunification, qui se traduit par un biais vers le haut .

(2) Cf. encadré 2, p. 80.

ou de réforme de l'assurance-maladie. Un traitement macroéconomique du déficit est présent dans tous ces plans qui se traduisent par un accroissement régulier des prélèvements (déplafonnement des cotisations, création de nouveaux prélèvements) et une augmentation de la part du financement laissée aux ménages et permettant le développement d'assurances complémentaires. La loi du 31 juillet 1991, les ordonnances du 24 avril et la loi organique du 22 juillet 1996 ont par ailleurs défini le dispositif global d'encadrement des dépenses de santé dont les instruments sont essentiellement ceux de la planification centralisée : prix administrés pour les honoraires et les médicaments, rationnement quantitatif des capacités de production, rationnement budgétaire.

Malgré une volonté politique de maîtrise des dépenses affichée par les gouvernements successifs, l'État et l'assurance-maladie ont échoué dans la réalisation de cet objectif alors que nos performances sanitaires ne nous classent que dans la moyenne des pays développés. L'inefficacité des mécanismes d'allocation des ressources et de paiement semble être une caractéristique structurelle d'un système français qui concilie mal les libertés accordées aux acteurs et la décentralisation des décisions avec un financement relevant de la solidarité nationale et une gestion centralisée des principaux instruments, qu'il s'agisse des prix ou des quantités. L'absence de signification des prix, l'existence de subventions croisées, la différenciation des coûts d'un établissement à l'autre et une multitude de disparités caractérisent ce système⁽³⁾. Ce diagnostic d'inefficacité a été effectué par de nombreux rapports d'experts, comme le rapport Moreau (1991), le *Livre Blanc* sur le *Système de santé et d'assurance-maladie* (1994), le *Dossier Santé* de la Commission des Comptes et des Budgets Économiques de la Nation (1995).

Le constat est identique : la France dépense plus que les autres pays développés sans que cet écart soit justifié par des différences significatives en termes d'état de santé de la population. L'ordre de grandeur du gaspillage de ressources avait été évalué par le rapport Béraud (1992) à 20 % des dépenses soit 150 milliards de francs aujourd'hui. Le même pourcentage est généralement retenu pour mesurer le gain dû à la réduction du risque moral dans les HMO américains. Les distorsions économiques entraînées par la croissance des dépenses et leur poids excessif dans l'économie sont connues. L'accroissement des prélèvements renchérit les coûts salariaux et pèse sur l'emploi et la compétitivité. Des effets d'éviction accompagnent ces évolutions et sont défavorables à la satisfaction d'autres fonctions collectives financées par des prélèvements obligatoires (éducation, logement, sécurité)⁽⁴⁾. Par ailleurs, l'accroissement de la dépense ne semble pas s'être toujours accompagné d'une réduction des inégalités. Certaines ont même été accrues par des décisions de l'assurance-maladie comme

(3) Cf. Mougeot (1986 et 1994).

(4) Cf. Bloch et Ricordeau (1996).

les hausses de ticket modérateur et la création d'un secteur II de médecins à honoraires libres.

L'accent mis sur les déséquilibres macroéconomiques a conduit dans le passé à des politiques de contrôle quantitatif global de la dépense de santé et à une maîtrise comptable mal acceptée par les producteurs de soins. Cette approche occulte, par ailleurs, la question essentielle des mécanismes microéconomiques à l'origine de ces déséquilibres et qui fera l'objet principal de ce rapport. Toute analyse du système de santé est délicate car elle implique une interaction entre des variables médicales et économiques, entre des considérations éthiques, sociales et financières et entre des finalités contradictoires. Son fonctionnement doit être apprécié par référence à ses fonctions principales, la production de soins en vue d'améliorer l'état de santé de la population et la fourniture d'assurance-maladie permettant de couvrir les coûts financiers résultant du risque maladie, et à l'aune de trois critères. Le critère de l'efficacité allocative implique, d'une part, que le montant des ressources consacrées à la santé est correct (au sens où l'on ne pourrait faire mieux en dépensant moins (plus) pour la santé au profit (au détriment) d'autres services collectifs⁽⁵⁾) et, d'autre part, que ces ressources sont bien utilisées (au sens où l'on ne pourrait améliorer l'état de santé de la population en utilisant autrement les mêmes ressources). Le critère de l'efficacité productive implique, quant à lui, que les coûts d'obtention d'un certain résultat en termes de santé soient minimisés. Une difficulté importante tient à l'impossibilité de mesurer ce résultat et à l'absence de liaison établie entre coûts et performances sanitaires. Minimiser les coûts nécessaires pour assurer un état de santé donné ou maximiser celui-ci pour un volume donné de dépenses sont ainsi des objectifs dont la quantification est délicate. Il est, par ailleurs, universellement admis qu'une norme d'équité dans l'accès aux soins doit être satisfaite par tout système de santé et d'assurance-maladie de manière à garantir l'égalité face à la maladie indépendamment de considérations de revenu ou même des efforts effectués pour l'éviter.

Pendant, à côté de ces objectifs fondamentaux (fournir au moindre coût et de manière équitable les soins assurant le meilleur état de santé à la population), on assigne fréquemment aux dépenses de santé d'autres finalités en les considérant comme des instruments d'autres politiques économiques. Ces fonctions secondaires prennent parfois plus d'importance dans l'appréciation du système de santé que la fonction principale et contribuent à obscurcir le débat. Les dépenses de santé sont ainsi des instruments de redistribution des revenus (se substituant à la fiscalité ou en complément de celle-ci), de l'aménagement du territoire et de la politique de l'emploi (notamment au niveau local dès lors que l'hôpital est souvent le premier employeur d'une ville) voire de la politique industrielle, la conciliation de ces objectifs n'étant pas toujours aisée (en matière de médicament, notamment).

(5) Cf. Drèze (1997).

Ce rapport propose une analyse du système de soins et d'assurance-maladie à partir de ses fonctions de base. Il met l'accent sur les mécanismes économiques qui le régissent. La légitimité de l'intervention de l'État dans ce secteur est incontestable, qu'il s'agisse de la production de soins ou de l'assurance-maladie. Le rejet du marché comme mode principal d'organisation des relations entre patients, producteurs de soins et assureurs n'implique cependant pas un recours à des méthodes de planification centralisée et quantitative dans un secteur marqué par d'importantes asymétries d'information. Celles-ci concernent aussi bien l'assurance que la fourniture de soins et caractérisent les transactions entre patients et médecins, entre assureurs et patients mais aussi entre assureurs et médecins. Le rapport s'attache donc principalement à une analyse microéconomique des mécanismes d'allocation des ressources, les dépenses étant engagées au niveau décentralisé. Il fait ensuite un bilan de l'efficacité et de l'équité du système français. À l'aide des informations disponibles, il met en évidence à la fois la persistance d'inégalités et l'existence de règles manipulables génératrices de pertes sociales et d'inefficacités. Puis le rapport analyse le rôle de l'État et les mécanismes d'allocation concevables en matière d'assurance-maladie et de production de soins. La réflexion en ce domaine est bloquée en France par une sorte d'interdit social brandi au nom de la menace potentielle d'une Sécurité sociale à deux vitesses qui résulterait de toute remise en cause du monopole public. Notre conviction est que ce système à deux vitesses est déjà en place à bien des égards. Le maintien de phénomènes d'exclusion et d'inégalités d'accès comme le désengagement de l'assurance-maladie témoignent de ce fait qui concerne aussi la production de soins. La discrimination au second degré pratiquée par l'hôpital public qui propose le choix entre des soins de qualité à prix élevé non remboursé (en « secteur privé ») et des soins de qualité moindre mais gratuits (en « secteur public ») peut être considérée comme une forme de système à deux vitesses donnant un accès différent selon le revenu. Dans un secteur où le diplôme joue le rôle de mécanisme de certification de la qualité, le maintien de petits établissements publics grâce au recrutement de médecins qui ne sont pas habilités à exercer dans le privé en est un autre. Selon Brocas et Vinas (1998), les justifications de l'activité de l'hôpital public ne résideraient plus que dans l'accueil des plus démunis, les activités jugées non rentables par le privé et le refuge dans des activités de pointe de plus en plus extravagantes. Les arguments ultimes contre l'introduction de mécanismes plus concurrentiels sont donc de nature « compassionnelle » et visent à « protéger » l'hôpital public. Le développement de l'assurance-maladie privée pourrait dès lors conduire à des remises en cause des principes de base de notre protection sociale que l'on justifierait au nom de l'efficacité. Une dernière partie sera donc consacrée à l'examen de schémas d'évolution possible des relations entre les acteurs.

Compte tenu de sa brièveté, ce rapport n'a pas de prétention à l'exhaustivité. Il ne traite pas des problèmes de santé publique ni des problèmes sectoriels spécifiques posés par telle ou telle catégorie de dépense.

Il n'aborde certaines questions importantes (comme l'innovation ou la tarification des médicaments) que de manière indirecte. Il est naturellement limité par l'insuffisance de l'information disponible, notamment en matière d'évaluation de la qualité et des performances sanitaires. Il devrait donc être complété par des travaux complémentaires pour que les propositions générales qu'il contient deviennent opérationnelles.

Efficacité et équité du système de santé français

Pour apprécier la situation du système de santé français, on peut, d'abord, la comparer à celle des autres pays développés, notamment européens. Par ailleurs, la mise en évidence d'inefficacités suppose une analyse micro-économique des mécanismes d'allocation et de paiement. Considérons ces deux approches avant d'examiner le critère de l'équité.

Comparaisons internationales

L'objectif assigné aux dépenses de santé peut s'exprimer en termes d'amélioration de l'état de santé de la population. L'efficacité du système de santé résulte alors de la comparaison de cet objectif et des dépenses effectuées pour l'atteindre. Envisageons ces deux aspects du point de vue des comparaisons internationales.

Les performances sanitaires

Deux faits indiscutables doivent être soulignés avant toute analyse :

- au cours des cinquante dernières années, l'état de santé de la population s'est considérablement amélioré comme en témoignent les indicateurs d'espérance de vie à la naissance des femmes (61 ans en 1935 ; 81,9 ans en 1995) et des hommes (55 ans en 1935 ; 73,9 ans en 1995), d'espérance de vie sans incapacité des femmes (65,9 ans en 1981 ; 68,5 ans en 1991) et des hommes (60,8 ans en 1981 ; 63,8 ans en 1991) et les taux de mortalité périnatale (18,1 % en 1960 ; 7,7 % en 1995) ou infantile (27,4 % en 1960 ; 5 % en 1995).

- cette amélioration est le résultat de nombreux facteurs concernant les conditions de vie (hygiène, alimentation, logement, conditions de travail, ...), le niveau de développement (éducation, revenu), les facteurs génétiques, et enfin les dépenses de santé qui selon l'OCDE (1990) n'expliqueraient à elles seules que 20 % des différences de mortalité entre pays et selon le Haut Comité de la Santé Publique 5 à 10 fois moins que les autres déterminants.

Ces deux rappels étant effectués, les données démographiques restent des indicateurs objectifs pertinents pour apprécier la qualité des soins fournis. Cependant, en l'absence d'un indice synthétique, il est difficile de ca-

racteriser la position relative du système français en termes de performances sanitaires. À cet égard, les données de l'OCDE semblent montrer que l'état sanitaire de la population française n'est pas meilleur que celui des autres pays développés⁽⁶⁾ alors que la France a un niveau élevé de dépenses.

1. Indicateurs de santé en 1995

	Espérance de vie des femmes à la naissance	Espérance de vie des hommes à la naissance	Années de vie potentielles perdues	Taux de mortalité infantile	Taux de mortalité périnatale
Allemagne	79,8	73,3	7 035,6	5,3	5,8
Canada	81,3	75,3	5 789,1	6,0	6,8
États-Unis	79,2	72,5	8 503,9	8,0	8,5
France	81,9	73,9	7 378,3	5,0	7,7
Italie	80,8	74,4	6 699,9	6,2	9,4
Japon	82,9	76,4	4 792,8	4,3	7,0
Royaume-Uni	79,7	74,3	5 941,1	6,0	7,7

Source : Base Éco-Santé OCDE, 1998.

Les données de l'OCDE présentées dans le tableau 1 indiquent une position excellente de la France en matière d'espérance de vie féminine et de mortalité infantile mais des résultats moyens en matière d'espérance de vie masculine, de mortalité périnatale et des résultats insatisfaisants en matière de mortalité prématurée. Les décès avant 65 ans représentent une part importante du nombre total des décès (plus de 20 %). Selon le *Livre Blanc* sur l'assurance-maladie, la moitié au moins de ces décès seraient évitables et une partie serait la conséquence directe des dysfonctionnements du système de santé (risques iatrogènes, organisation des soins d'urgence en particulier). Il résulte de ces données un rang moyen de la France dans l'ensemble des pays de l'OCDE, mais des informations plus détaillées seraient nécessaires pour déterminer la part de responsabilité éventuelle du système de santé.

Au niveau des pathologies, les données de l'OMS⁽⁷⁾ montrent que la France est performante dans le domaine du cancer, des maladies cardiovasculaires et des soins aux personnes âgées. La France se caractériserait en revanche par un excès des effets néfastes des médicaments et par un taux élevé d'infections nosocomiales, et obtiendrait des résultats moyens voire médiocres pour de nombreuses maladies courantes (rubéole, rougeole, caries dentaires), pour la mortalité maternelle et pour les pathologies liées aux comportements à risque (alcoolisme, tabagisme, SIDA).

(6) Ce constat est validé par de nombreux travaux, cf. le *Dossier Santé* de la Commission des Comptes et des Budgets Économiques de la Nation et Bloch et Ricordeau (1996) ; cf. également l'annexe de Rupprecht à ce rapport.

(7) Cf. Majnoni d'Intignano et Ulmann (1998) en complément à ce rapport.

L'ensemble de ces données globales fournies par les organismes internationaux amène donc à penser que la France occupe une position honorable parmi les pays industrialisés. Le système français dispense des soins de qualité, mais ses performances font apparaître des zones de faiblesse. Des travaux plus approfondis seraient souhaitables pour mettre en évidence les causes de celles-ci.

Le coût des soins

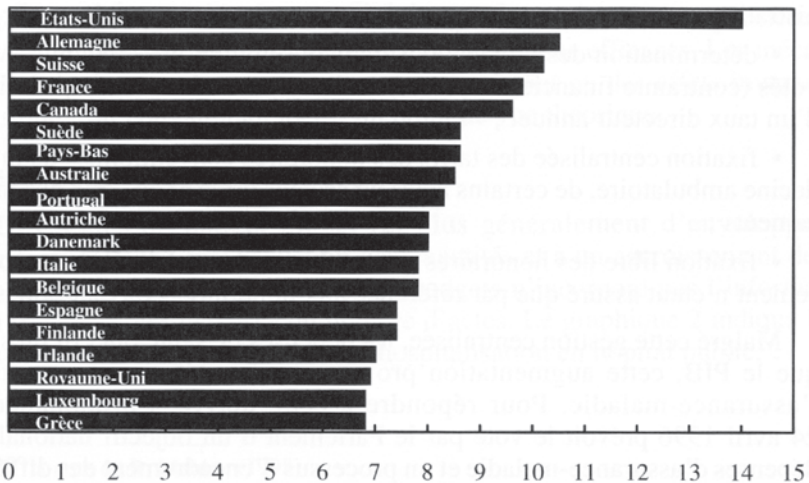
Le niveau des dépenses de santé par tête est très élevé en France. Bien que largement inférieure à celle des États-Unis, la part des dépenses de santé dans le PIB met la France au troisième rang des grands pays développés derrière l'Allemagne.

2. Part des dépenses de santé dans le PIB

	1980	1990	1995	1996
Allemagne	8,1	8,2	10,4	10,5
Canada	7,3	9,2	9,7	9,6
États-Unis	9,1	12,7	14,2	14,0
France	7,6	8,9	9,9	9,8
Italie	7,0	8,1	7,7	7,8
Japon	6,4	6,0	7,2	7,2
Royaume-Uni	5,6	6,0	6,9	6,9

Source : Base Éco-Santé OCDE, 1997.

1. Part des dépenses de santé dans le PIB en 1996 (en %)



Source : OCDE.

Les données concernant l'Allemagne devant être nuancées pour tenir compte de la réunification (en se bornant aux Länder de l'ex-Allemagne de l'Ouest les dépenses de santé représentent moins de 9 % du PIB, le PIB par tête des Länder de l'ex-Allemagne de l'Est étant plus faible pour des dépenses équivalentes), la France est donc en tête des pays de l'Union européenne pour la part de la richesse réservée aux soins : près de 10 % du PIB sont consacrés aux dépenses de santé.

Le bilan global est donc peu satisfaisant. La France dépense plus que ses partenaires européens pour des résultats sanitaires équivalents. Le financement de ces dépenses a donc conduit l'État et l'assurance-maladie à augmenter les prélèvements obligatoires et à réduire les remboursements pour maintenir l'équilibre financier. Les causes de ce coût élevé et de ce rapport coût/bénéfices peu favorable peuvent être cherchées dans le confort relatif qui caractérise les soins offerts à la population française dans un contexte de totale liberté d'accès. On pourrait l'expliquer par un arbitrage collectif favorable à une plus grande équité, mais la persistance d'inégalités multiples et de phénomènes d'exclusion conduit à écarter cet argument. Il convient donc de s'interroger sur les règles de fonctionnement de ce système et de mettre en évidence les éventuelles inefficacités ainsi que les rentes de situation qui le caractérisent.

Les mécanismes d'allocation et de paiement

Depuis la fin des années soixante-dix, le système de santé français fait l'objet d'une gestion centralisée dont les instruments sont le rationnement quantitatif et les prix administrés. Les principales règles d'allocation sont les suivantes :

- contrôle de l'État sur l'offre de services hospitaliers (carte sanitaire, schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), autorisations administratives relatives à certaines activités) et sur la démographie médicale ;
- détermination des budgets hospitaliers selon un principe de services votés (contrainte financière *a priori*) et d'évolution dans le temps à l'aide d'un taux directeur annuel ;
- fixation centralisée des tarifs des honoraires conventionnés de la médecine ambulatoire, de certains actes du secteur privé et des prix des médicaments ;
- fixation libre des honoraires des médecins du secteur II, le remboursement n'étant assuré que par référence aux honoraires conventionnés.

Malgré cette gestion centralisée, les dépenses de santé ont crû plus vite que le PIB, cette augmentation provoquant des déficits récurrents de l'assurance-maladie. Pour répondre à cette dérive, l'ordonnance du 24 avril 1996 prévoit le vote par le Parlement d'un objectif national des dépenses d'assurance-maladie et un processus d'encadrement des différentes catégories de dépenses par des enveloppes qui font dans une seconde

étape l'objet d'une régionalisation. Les enveloppes régionales concernant les budgets des hôpitaux sont ensuite réparties entre ceux-ci par des agences régionales d'hospitalisation (ARH) suivant une logique de déconcentration qui reste celle de la gestion centralisée.

L'évolution des prix et des quantités

L'analyse macroéconomique⁽⁸⁾ explique l'évolution des dépenses de santé françaises par une forte croissance du volume des soins (surtout ambulatoires) qui a fait plus que compenser la diminution du prix relatif. Cette approche néglige cependant l'évolution microéconomique des composantes de l'offre et de la demande. Tous les spécialistes considèrent en effet qu'il existe une forte capacité excédentaire dans le système français et en particulier dans le secteur hospitalier de court séjour. C'est le diagnostic effectué par Mermilliod et Millot⁽⁹⁾ à partir de comparaisons internationales et des données d'occupation, par Bloch et Ricordeau (1996) ou par Coca (1995) qui chiffre à 40 000 lits de court séjour l'excès d'offre. Un rapport de la CNAM (1995) considère que l'offre de soins n'est pas seulement importante mais qu'elle est pléthorique. En moyenne deux interventions par jour d'ouverture et par salle d'opération sont pratiquées en France. Seulement 7 % ont une activité moyenne supérieure ou égale à quatre interventions par jour. Près d'une centaine de salles d'opérations réalisent moins d'une demi-intervention par jour. Par ailleurs, la densité médicale en France est très supérieure à celle de nombreux pays (Italie, Royaume-Uni, États-Unis, etc.). En revanche, en ce qui concerne les lits de moyen et long séjour, il existe des marges importantes de redéploiement des capacités de court séjour.

Cet excès d'offre a justifié les mesures de rationnement. Un raisonnement économique élémentaire amène à penser que l'existence d'un excès d'offre aurait pu être un facteur important de baisse des prix unitaires. Dans ce contexte, une mise en concurrence de prestataires aurait dû permettre une diminution des prix stimulant les réorganisations efficaces. Les mécanismes de rationnement et de prix administrés ont eu des effets inverses mais que l'on pouvait anticiper d'un point de vue théorique.

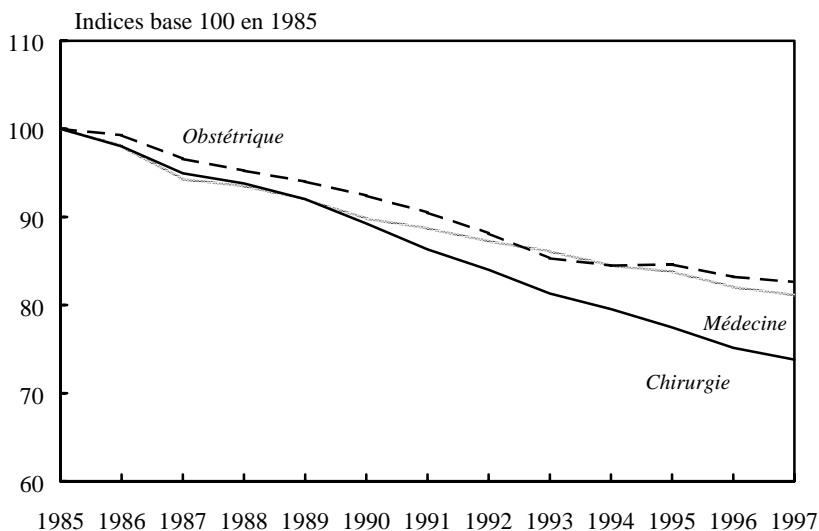
Budget global et réduction des quantités

Des règles de budget global (et plus généralement d'enveloppes fermées) incitent à une réduction des quantités et à un accroissement des prix unitaires lorsque l'évolution des budgets n'incorpore pas l'information transmise par la baisse du nombre d'actes. Le graphique 2 indique la réduction du nombre de journées d'hospitalisation en hôpital public.

(8) Cf. la note de R. Mahieu (1998).

(9) In *Dossier Santé* (1995).

2. Évolution du nombre de journées d'hospitalisation en hôpital public par discipline depuis 1985



Source : SESI, ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Ce nombre est passé en court séjour de 58 943 à 44 566 millions de 1981 à 1995 soit une diminution de 25 % (due en particulier à une baisse de la durée moyenne de séjour supérieure à 3 % par an). Au cours de la même période, en francs constants, les budgets hospitaliers ont augmenté d'environ 50 %. Cet accroissement du prix unitaire de la journée d'hospitalisation a naturellement d'autres causes. La baisse de la durée de séjour est motivée par l'évolution des techniques médicales qui permettent de soigner plus rapidement et plus efficacement. Par ailleurs, d'autres services que l'hospitalisation de court séjour sont inclus dans les budgets. Mais on peut difficilement mettre en doute que l'absence de tout mécanisme économique de marché ait joué un rôle dans cet accroissement des tarifs. Ainsi l'indice synthétique d'activité de l'hôpital public calculé par l'INSEE, qui calcule une somme pondérée des entrées et du nombre de journées suivant le type de séjour d'hospitalisation, rend compte de ce phénomène, son évolution annuelle était de 1 % entre 1985 et 1990 et de l'ordre de 0,6 % en moyenne ensuite pour atteindre 0,1 % en 1996. Cette faible progression de l'activité associée à un accroissement permanent des budgets implique ainsi une hausse constante des prix unitaires.

Honoraires fixes et accroissement des quantités

Dans la médecine ambulatoire, des prix unitaires fixes incitent en revanche à un accroissement des quantités fournies. De ce point de vue, la fixation centralisée des honoraires a abouti dans un contexte de fort accroissement du nombre des offreurs à une augmentation du nombre d'actes

par praticien et à une augmentation considérable du nombre d'actes par français. Ainsi le tableau 3 présente-t-il, pour la période 1980-1996, les évolutions de certains prix et volumes en médecine ambulatoire. À titre de comparaison, la population a augmenté d'environ 7 % et au cours de la même période l'indice des prix est passé de 100 à 204,8.

3. Évolution de la médecine ambulatoire

	1980	1995	Variation en %
Généralistes	44 123	60 810	+ 38
Spécialistes	31 698	52 751	+ 66
Médecins	75 821	113 561	+ 50
Honoraires des généralistes ^(*)	11 082	35 586	+ 221
Honoraires des spécialistes ^(*)	11 840	51 304	+ 333
Honoraires par médecin ^(**)	301	773 945	+ 156
Actes de généralistes ^(***)	191,1	280,8	+ 47
Actes de spécialistes ^(***)	99,4	202,7	+ 104
Actes de généralistes par habitant	3,5	4,8	+ 37
Actes de spécialistes par habitant	1,8	3,5	+ 94
Actes par généraliste	4 331	4 618	+ 7
Actes par spécialiste	3 136	3 843	+ 23

Notes : (*) En millions de francs ; (**) En francs ; (***) En millions.

Source : SESI, ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

En francs constants, le prix moyen de l'acte de généraliste est passé de 118 à 131 francs au cours de la période soit une stabilisation. Supposons que l'on ait utilisé depuis 1980 une politique d'enveloppe évoluant dans le temps en fonction de l'indice des prix et de l'accroissement de la population. Avec le nombre d'actes de 1995, le prix unitaire de l'acte serait passé à 87 francs. En conservant le prix de 1980, le nombre d'actes par praticien aurait diminué à 3 375 au lieu de 4 618. Un calcul analogue pour les spécialistes conduirait à un prix unitaire de 129 francs au lieu de 256 ou à un nombre d'actes par médecin de 2 007 au lieu de 3 843.

Certes, ces calculs pourraient être affinés et ont une portée limitée car ils ne prennent pas en compte l'évolution de la qualité et de la technicité des actes (que l'on ne sait d'ailleurs pas bien mesurer). Ils ne prennent pas en compte non plus l'impact éventuel de cet accroissement des consommations de soins sur la santé de la population. L'idée d'une enveloppe globale avec ajustement prix/volume repose par ailleurs sur une élasticité unitaire d'une demande fictive dont la signification est limitée. Ce mécanisme est toutefois central dans les procédures actuelles. Malgré ces réserves, son application rétrospective montre que l'excès d'offre n'a pas été exploité comme il aurait pu l'être par les décideurs publics pour réduire les dépenses. En revanche, en accroissant le nombre d'actes par habitant de 37 et de 94 %, les généralistes et les spécialistes ont fait plus que maintenir leur revenu moyen en dépit d'une augmentation de leur nombre de 38 et 66 %.

L'accroissement de la consommation d'actes résultant de l'augmentation du nombre de praticiens peut être considéré comme une manifestation de l'induction de la demande par l'offre. Il s'agit là d'une question controversée. Bien que la corrélation entre densité et dépense médicale soit significative et que de nombreuses études aient mis en évidence des phénomènes d'induction⁽¹⁰⁾, la densité n'est qu'un facteur parmi d'autres de la croissance des dépenses. En particulier l'accroissement du nombre d'offres réduit le coût d'accès au système et permet une plus grande différenciation des produits. Cependant l'induction peut être facilitée par la rémunération à prix fixes qui ne laisse aux offreurs que des stratégies de quantités ce qui justifie ensuite le rationnement et le recours aux enveloppes fermées. L'accroissement de la consommation témoigne aussi d'une collusion tacite entre patients et médecins entraînant une surconsommation des soins ambulatoires. La tarification à l'acte pourrait également expliquer que le système français semble privilégier les soins curatifs par rapport aux soins préventifs. Cette expansion du nombre de consultations s'est naturellement accompagnée d'une hausse des prescriptions⁽¹¹⁾ (produits pharmaceutiques, actes d'analyses en laboratoires, etc.) que les mesures récentes et les accords passés avec les professions médicales ont certes permis de stabiliser, mais seulement de façon provisoire.

En conclusion, on peut affirmer la présence de deux types de mécanismes manipulables par les offreurs, soit dans le sens d'une hausse du prix unitaire, soit dans le sens d'un accroissement des quantités et de la dépense.

Les disparités régionales de dotation et de consommation

On aurait pu attendre d'une procédure centralisée d'allocation des ressources un traitement égalitaire des établissements hospitaliers et des régions. Les travaux de Coca (1995) ont montré que l'on en était loin. Les disparités régionales de l'offre hospitalière sont considérables. Ainsi le nombre de lits pour 1 000 habitants en médecine-chirurgie obstétrique variait selon cet auteur en 1992 de 3,75 (Poitou-Charentes) à 6,23 (Alsace), soit un écart de 66 %. Les dotations financières versées aux CHU exprimées en francs par habitant variaient de 559 francs (Poitou-Charentes) à 2 208 francs (Île-de-France). Exprimées en unités d'activité médicales (mesurées en équivalent de journées de court séjour (JCS)), ces dotations variaient de 2 575 francs/équivalent JCS (Poitou-Charentes) à 4 466 francs (Île-de-France), soit un écart de 73 %. Les dotations versées à l'ensemble des hôpitaux publics connaissent aussi des disparités importantes

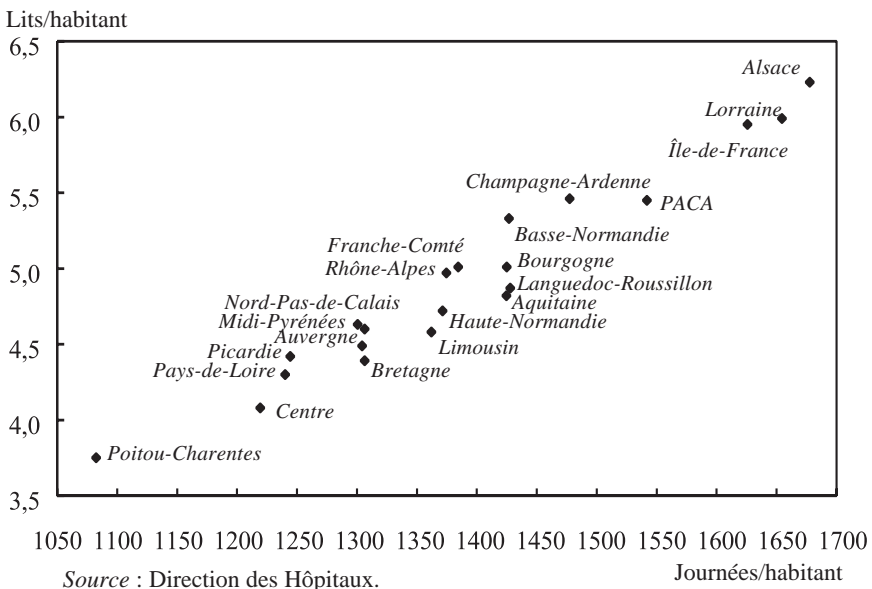
(10) Sur ce point, les travaux économétriques de Delattre et Dormont (1998) mettent en évidence des comportements d'induction importants pour les spécialistes. Ils montrent aussi que des phénomènes de demande induite même limités peuvent s'accompagner au niveau macroéconomique d'une forte dérive de la dépense ; cf. également Jacobzone et Rochaix (1998).

(11) Ainsi, l'indice de volume pour une base 100 en 1980 était en 1996 à 299,7 pour les auxiliaires médicaux, à 326,3 pour les analyses et à 286,7 pour les médicaments.

puisqu'elles varient de 1 348 francs par habitant (Bourgogne) à 2 892 francs (Île-de-France). De même les dépenses publiques par habitant hospitalisable dans le secteur public variaient en 1997 de 4 866 francs (Poitou-Charentes) à 10 014 francs en Île-de-France (Coca (1998)). Des disparités du même ordre se retrouvent à propos de la répartition spatiale des équipements lourds⁽¹²⁾ (scanners, IRM, médecine nucléaire) et des praticiens notamment des spécialistes (117 obstétriciens pour 10 000 naissances en Île-de-France et 52 en Champagne-Ardenne, 62 radiologues par million d'habitants dans le Limousin et 173 en Île-de-France). D'une manière générale, l'écart entre Paris et la province est considérable.

Ces données montrent une répartition inéquitable des moyens financiers et matériels entre régions et entre hôpitaux. Elles témoignent aussi de l'inefficacité des mécanismes utilisés dans le passé. Il en résulte des disparités énormes de recours aux soins, comme le montre, de manière frappante, le graphique 3. Ce constat de l'existence de fortes inégalités de moyens ne permet cependant pas de conclure à l'intérêt d'un alignement sur la moyenne. Certaines régions comme l'Île-de-France exercent une attraction sur d'autres. Par ailleurs, comme nous l'avons rappelé plus haut, il n'existe pas de normes rigoureuses quant aux consommations de soins : retenir la moyenne comme norme serait sans fondement. Il n'en reste pas moins que le principe d'égalité de citoyens devant le service public plaide pour une réduction de ces inégalités de dotations.

3. Recours aux soins et offre hospitalière

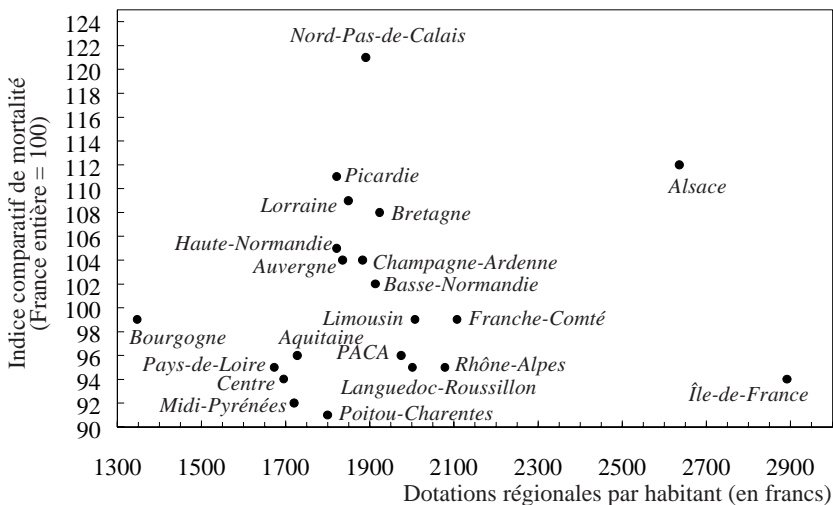


(12) Selon Coca (1998), le nombre total d'appareils lourds soumis à autorisation varie de 25 par million d'habitants en Picardie à 44,8 en Île-de-France.

À ces disparités de moyens s'ajoutent des fortes différenciations des pratiques médicales que les différences d'écoles et le degré variable d'adoption de nouvelles technologies médicales ne suffisent pas à expliquer. Ce phénomène, bien documenté au niveau international (notamment par les études de l'OCDE) se retrouve en France sous la forme de variations régionales de fréquence des interventions. Ainsi des écarts de 1 à 3,38 (entre le Limousin et le Nord-Pas-de-Calais) pour les taux d'adénoïdectomies-amygdalectomies pour 10 000 habitants, de 1 à 3,04 (entre Champagne-Ardenne et la région PACA), pour la chirurgie de la cataracte et de 1 à 7 pour le taux d'endoscopies digestives (entre l'Alsace et l'Île-de-France) ont été mis en évidence par la CNAM. De même, le pourcentage d'accouchements réalisés par césarienne varie de 5 à 36 % selon les maternités, cette pratique étant plus fréquente dans le secteur privé.

Ces données conduisent à s'interroger sur les normes de la pratique médicale. L'état de santé des Franciliens est-il meilleur que celui des Alsaciens qui consomment sept fois moins d'endoscopies ? Quels sont les déterminants des prescriptions ? Quelle est l'influence de l'offre, de l'induction de la demande, des règles de rémunération ou du partage du marché entre public et privé ? Ces informations montrent les limites d'une planification très centralisée d'un système dans lequel les décisions de production sont décentralisées. On dispose de peu d'informations sur les relations entre dépense par habitant et performances sanitaires. Toutefois les coefficients de corrélation entre les indicateurs de dépense par habitant et les indicateurs démographiques (comme la mortalité infantile ou l'indice comparatif de mortalité) sont proches de zéro, comme l'illustre le graphique 4, ce qui confirme l'absence de relation significative entre performances sanitaires et coûts que l'on observe au plan international (cf. OCDE, 1990).

4. Dotations régionales et indices de mortalité



Source : Direction des Hôpitaux.

Une dernière question délicate reste à évoquer à propos des disparités. Il s'agit de celle de la sécurité des patients. La presse se fait régulièrement l'écho du fait qu'un nombre important d'hôpitaux ne seraient pas conformes aux normes en matière de sécurité anesthésique. La faible activité des secteurs opératoires de chirurgie dans certains petits hôpitaux pourrait constituer dans certains cas un facteur important de risques pour les patients de même que le sous-équipement en matériel et en personnel qualifié. Les taux de mortalité chirurgicale connaîtraient des variations considérables d'un établissement à l'autre. Il s'agit de données difficiles à manier en raison de l'influence de la sélection des risques. La corrélation entre ces taux et la faiblesse de l'activité suggère cependant qu'il pourrait exister un réel problème d'organisation des soins de proximité. Si l'établissement d'un contrat objectif et documenté sur ce point dépasse le cadre de ce rapport, il convient de rappeler toute l'utilité d'une information rigoureuse sur cette question.

Les disparités des prix implicites des actes hospitaliers

Le programme PMSI (Programmes Médicalisés des Systèmes d'Information) permet de mesurer l'activité hospitalière en médecine-chirurgie-obstétrique des hôpitaux. Chaque séjour hospitalier est classé dans un « groupe homogène de malades » (GHM). Il existe actuellement 540 GHM répartis en 24 catégories majeures. Par ailleurs, il existe au plan national un système de pondération de ces groupes, l'échelle nationale des coûts des GHM, construite à partir de données médicales et économiques. Cette échelle attribue une valeur exprimée en points ISA (Indice Synthétique d'Activité) à chaque GHM. Le point ISA est donc l'unité de mesure de l'activité, chaque séjour étant attribué à un GHM et affecté d'une valeur ISA fixe quel que soit l'établissement et la région (par exemple 1 000 points pour un accouchement par voie basse sans complication, 2 337 pour un infarctus aigu du myocarde sans complications cardio-vasculaires, 20 894 pour une transplantation pulmonaire, etc.).

Compte tenu de cette échelle et du nombre de séjours, l'activité de chaque hôpital se mesure par une somme des séjours pondérée par le nombre de points ISA attribué au GHM correspondant. La division de la dotation budgétaire par le total des points ISA permet donc de calculer le coût de production de l'unité ISA pour chaque hôpital. La valeur du point ISA d'un hôpital donné représente ainsi ce que la collectivité a payé par unité d'activité à cet établissement. C'est donc le prix implicite de cette unité qui dépend des moyens accordés et du niveau de l'activité. Le tableau 4 indique la valeur moyenne du point par région.

Ce tableau fait apparaître une forte différenciation des prix dans l'espace. En moyenne, la collectivité dépense 40 % de plus pour une unité d'activité à Paris qu'en Auvergne. Si l'on se borne aux centres hospitaliers universitaires, l'écart entre l'Assistance Publique de Paris et Poitiers est de 44 % par unité d'activité. Si l'on considère l'ensemble des centres hospitaliers inclus dans le programme PMSI, la valeur du point ISA varie

de 7,96 à 25,99 soit un écart de 1 à 3,26. Les disparités intra-régionales sont elles mêmes considérables puisque l'écart entre l'hôpital le mieux payé et l'hôpital le moins payé dépasse 100 % dans de nombreuses régions (Île-de-France, Haute-Normandie, Nord-Pas de Calais, Picardie, PACA, Alsace). Ces données conduisent naturellement à des interrogations sur l'allocation des ressources à l'intérieur du système de santé. Pour prendre un exemple simple, un accouchement normal sans complications coûte en moyenne à l'assurance-maladie 12 880 francs en Auvergne et 17 900 francs à Paris. Par ailleurs, sur l'ensemble du territoire, le coût varie de 7 960 à 25 990 francs. Pour des établissements éloignés de quelques kilomètres, le prix fictif de l'accouchement va de 10 000 à 20 000 francs. À ces disparités s'ajoutent celles qui concernent l'hospitalisation privée par rapport au public. Sur ce point, les données sont encore embryonnaires compte tenu de la jeunesse de l'instrument statistique utilisé. Selon les premières estimations basées sur l'expérimentation PMSI de la région Languedoc-Roussillon, les hôpitaux publics auraient cependant un coût par unité d'activité supérieur de 50 % à celui du secteur privé à but lucratif. La valeur moyenne du point ISA pour les cliniques privées serait de l'ordre de 8,5 francs. La différence public/privé pourrait résulter de productivités différentes mais aussi d'allocations des coûts entre activités dans le secteur hospitalier public. Par ailleurs, l'ensemble du secteur privé connaît également des disparités interrégionales et intrarégionales importantes. Ainsi, le prix de journée moyen varie de 367 francs (Poitou-Charentes) à 747 francs (Nord-Pas-de-Calais).

4. Valeur des points ISA après redressement

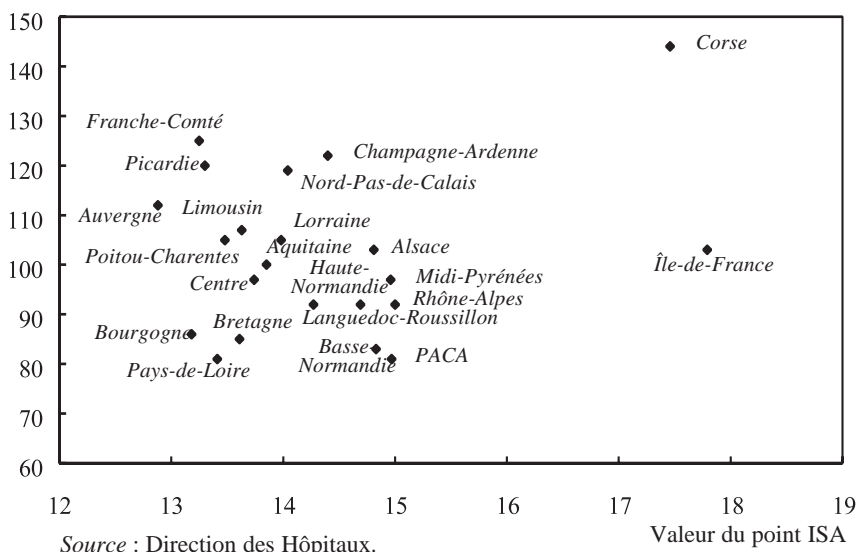
Régions	1995 ⁽¹⁾	1996 ⁽²⁾	Régions	1995 ⁽¹⁾	1996 ⁽²⁾
Alsace	14,63	14,81	AP HP ⁽³⁾	17,52	17,91
Aquitaine	14,32	13,85	Languedoc-Roussillon	14,16	14,27
Auvergne	13,98	12,88	Limousin	13,98	13,63
Basse-Normandie	14,56	14,83	Lorraine	13,72	13,98
Bourgogne	13,16	13,18	Midi-Pyrénées	14,72	14,96
Bretagne	13,31	13,61	Nord-Pas-de-Calais	14,19	14,04
Centre	13,81	13,74	Pays-de-Loire	13,65	13,41
Champagne-Ardenne	14,22	14,40	Picardie	13,64	13,30
Corse	—	17,46	Poitou-Charentes	13,73	13,48
Franche-Comté	13,29	13,25	Provence-Alpes-Côte-		
Haute-Normandie	14,54	14,69	d'Azur	15,23	14,97
Île-de-France	18,22	17,67	Rhône-Alpes	14,93	15,00

Notes : (1) Moyenne nationale pour 1995 (480 établissements) : 14,94 ; (2) Moyenne nationale pour 1996 (514 établissements) : 14,88 ; (3) Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.

Source : Direction des Hôpitaux.

La révélation de tels écarts appelle des travaux complémentaires pour en préciser l'origine et garantir la robustesse des estimations. Il ne fait guère de doute cependant que l'assurance-maladie paye aux hôpitaux — et éventuellement à des établissements géographiquement proches — des prix très différents. Une simple mise en concurrence (facilitée d'autre part par l'excès d'offre) pourrait réduire considérablement les dépenses de santé (en supposant une gestion régionale par appel d'offres, certains prix pourraient être réduits de moitié). Si l'effort de réduction des coûts est une variable inobservable qui ne dépend que des hôpitaux, une procédure de concurrence par comparaison (par tarification à la pathologie) aurait les mêmes effets⁽¹³⁾. L'allocation des ressources apparaît donc inefficace, d'autant que, comme cela a été mis en évidence à propos des disparités de moyens, les corrélations entre la valeur moyenne des points ISA et les indicateurs régionaux de mortalité sont proches de zéro, ce que montre le graphique 5 à propos de la mortalité infantile.

5. Mortalité infantile



Pour conclure sur cette question, il apparaît que l'on pourrait dépenser moins sans réduire l'état de santé des français. Il y a donc à l'évidence inefficacité des mécanismes d'attribution des ressources. Avant de normaliser les budgets hospitaliers sur la base de la moyenne, il conviendrait de connaître les causes des disparités indiquées par le graphique 5. Pourquoi

(13) On peut observer le même phénomène à propos des remboursements des médicaments. L'Allemagne a introduit le remboursement forfaitaire par classe thérapeutique et provoqué la baisse des médicaments à prix élevé. Les disparités de tarifs pratiqués en France laissent penser qu'une fixation du tarif de remboursement au niveau du prix de la copie la moins chère pourrait conduire à des économies importantes pour l'assurance-maladie.

la Bourgogne et les Pays-de-Loire obtiennent-ils à bas prix des taux très bas de mortalité infantile alors que la même performance est réalisée à prix élevé en PACA ou en Basse-Normandie et que des taux élevés sont atteints en Franche-Comté ou en Picardie pour le même prix ? Pourquoi les régions de loin les mieux dotées obtiennent-elles des résultats moyens (Île-de-France) ou très mauvais (Corse) ? À un niveau plus fin, il serait souhaitable de disposer d'informations microéconomiques sur la qualité des soins, établissement par établissement, afin d'expliquer que des actes *a priori* identiques aient des prix variant de 1 à 3. On connaît certains éléments de réponse à ces disparités. Les variations régionales d'équipement et de dotations ont été influencées par des biais politiques dans le passé. Les disparités budgétaires reflètent la manière dont des directeurs d'établissement ont exploité (notamment à la période de tarification à la journée qui a précédé le budget global) les règles d'allocation. Au-delà de ces facteurs, il apparaît que les caisses de Sécurité sociale n'ont pas joué le rôle de régulateur de la dépense de santé qui aurait été d'abord de limiter les comportements stratégiques. Enfin et de manière plus fondamentale il semble certain que l'absence d'une concurrence saine par les prix n'implique pas la disparition de toute concurrence. Il s'y substitue une concurrence par l'offre aux effets pervers importants⁽¹⁴⁾. Dans le secteur ambulatoire, l'existence de prix fixes implique des stratégies de différenciation des services fournis pouvant expliquer l'allongement des ordonnances et la multiplication de certains actes. Dans le secteur hospitalier, des stratégies complexes de spécialisation et de partage du marché résultent de l'absence de concurrence par les prix. Par ailleurs, les prix des points ISA ne sont pas de vrais prix. Ils nous informent *ex post* sur ce que l'assurance-maladie a dépensé, mais n'ont aucune signification économique véritable. Traduisant un état de fait, ils ne peuvent être retenus à titre normatif pour prendre ces décisions, sauf à considérer un alignement sur le minimum (et non sur la moyenne) si l'on ne peut pas prouver que les hôpitaux ayant les coûts les plus bas sont aussi les plus dangereux. Si l'on suppose que les coûts sont endogènes et dépendent de l'effort effectué pour les réduire, un mécanisme de concurrence par comparaison aurait conduit à des prix égaux au plus bas et non à la moyenne.

L'équité du système de santé

D'une façon générale, la question de l'équité est délicate. L'appréciation de l'équité du système de santé l'est plus encore en ce sens qu'elle résulte de transferts entre classes d'âge, entre catégories de revenu et entre malades et bien portants. Dans les travaux empiriques, la notion dominante est celle d'égalité, la plupart des auteurs cherchant à apprécier la consommation de soins ou l'état de santé des groupes sociaux les uns par rapport aux autres en comparant leur situation avec la moyenne. Les résultats de

(14) Cf. en ce sens Beaumeunier (in *Dossier Santé*) à propos des médicaments.

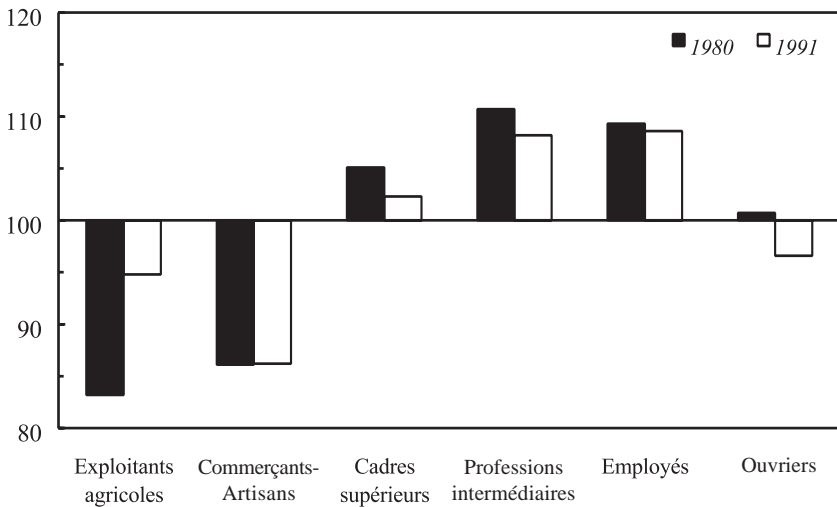
ces travaux sont nuancés quant au diagnostic. Considérons successivement ceux qui concernent les disparités de recours aux soins et les disparités de morbidité.

Les disparités de recours aux soins

Les principaux travaux relatifs à cette question ont été réalisés par Mormiche (1993 et 1995). Ils portent sur la période 1980-1991. Leurs conclusions qui concernent essentiellement la médecine de ville peuvent être résumées en trois propositions :

- les disparités de recours aux soins entre milieux sociaux sont faibles et se sont réduites ;
- les motifs financiers ne constituent qu'un motif très secondaire dans les écarts de recours loin derrière l'attention portée à sa santé par chacun ;
- les inégalités se sont toutefois accrues pour les soins les plus chers et moins bien couverts (secteur II, dentisterie).

6. Recours au médecin selon le milieu social



Source : Mormiche, 1995.

Ces conclusions conduisent à une appréciation mesurée en termes d'équité. À l'appui de la première proposition, le graphique 6 montre que les disparités de recours aux soins des médecins se sont réduites au cours des années quatre-vingt.

À l'appui de la deuxième observation, il faut noter tout d'abord que la proportion d'individus ne bénéficiant ni d'une assurance complémentaire ni d'une exonération du ticket modérateur ne présente plus que des diffé-

rences modestes selon les groupes sociaux. Par ailleurs, à couverture maladie semblable, des écarts de recours aux soins subsistent. Ceci est en particulier vérifié pour les individus exonérés du ticket modérateur. Pour cette population l'écart concernant les séances de médecins dépasse 30 % entre les cadres et les ouvriers : selon Mormiche le « nombre de recours aux médecins des salariés décroît fortement lorsque l'on descend l'échelle sociale ». Les conditions de vie et l'attitude individuelle face au risque et à la gestion de la santé semblent prédominantes pour expliquer les comportements en matière de consommation de soins. L'utilité marginale des soins serait donc croissante avec le revenu.

La troisième proposition met en cause le système d'assurance-maladie. Le ticket modérateur, c'est-à-dire la part du prix laissée à la charge du patient, joue un rôle dès lors qu'il est élevé. L'élasticité revenu est donc non négligeable lorsque le taux du ticket est important. Or au cours des vingt dernières années on a assisté :

- à un accroissement global du ticket modérateur compensé en partie par un développement des couvertures complémentaires ;
- au maintien de soins à faible taux de remboursement (comme la dentisterie ou la lunetterie) ;
- à la création d'un secteur à honoraires libres (secteur II) dont le surcoût n'est remboursé ni par l'assurance-maladie, ni par un grand nombre de mutuelles.

Au cours des années quatre-vingt, selon Mormiche, les disparités selon le milieu social se sont fortement accrues en ce qui concerne les débours pour médecins et dentistes. Cet accroissement des inégalités selon le revenu est imputable à l'assurance-maladie. La discrimination au second degré pratiquée par les hôpitaux publics entre secteur privé et secteur public est d'évidence fondée sur le revenu. Ou bien, si le passage d'un médecin du secteur I à un médecin du secteur II se traduit par une multiplication du prix par 100 (quand le rapport entre les deux n'est pas de l'infini), et il est naturel que les élasticité-prix et les élasticité-revenu retrouvent le rôle que l'assurance-maladie avait supprimé : les assurés ayant le choix entre un bien assuré et un bien non assuré retrouvent un comportement économique. L'analyse de cette discrimination au second degré est ambiguë. On sait qu'un mécanisme de ce type peut être utilisé pour révéler les dispositions à payer et peut accroître l'efficacité⁽¹⁵⁾. On sait, par exemple, que le « secteur privé » a permis de maintenir à l'hôpital public des médecins de qualité. Cependant, le fondement même du système de santé français est l'équité dans l'accès qui exclut une différenciation des prix payés par les patients en fonction des capacités financières. Par ailleurs, la discrimination intertemporelle pratiquée (consommation aujourd'hui à prix élevé en secteur privé ou consommation plus tard à bas prix en secteur public) se

(15) Cf. Mougeot et Naegelen (1994).

justifie pour des biens pour lesquels les goûts des individus sont hétérogènes. Un écrémage de ce type est plus contestable quand il concerne des soins de santé. Enfin, il faudrait montrer que dans les faits, les soins fournis dans les deux secteurs sont bien identiques. Dans les conditions de la pratique actuelle, en termes d'équité dans l'accès des soins, la création du secteur II par l'assurance-maladie n'a pu avoir que des effets négatifs : de ce point de vue c'est bien une forme de système de santé à deux vitesses qui a été introduite. Ceci n'interdit pas toutefois d'envisager que l'assurance-maladie mette en place un schéma discriminatoire de paiement des praticiens à des fins d'efficacité sans que les patients en supportent les conséquences.

Les disparités des états de santé

L'appréciation de l'état de santé s'effectue à partir d'indicateurs de morbidité subjectifs (morbidité auto-ressentie) ou médicaux. La mesure de la morbidité est délicate. Elle dépend de la perception de l'état de santé, de l'intérêt porté à la santé, de l'information du patient sur les possibilités du système de soins et en ce qui concerne la dépense des facteurs économiques que sont les prix et les revenus lorsque les assurances souscrites varient d'un agent à l'autre. Compte tenu du caractère subjectif de variables concernant l'état de santé perçu, les données disponibles sont parfois contradictoires.

En utilisant les méthodes de Wagstaff *et alii* (1989), Lachaud et Rochaix (1995) ont analysé les inégalités de santé en France. Elles considèrent cinq indicateurs de morbidité :

- être atteint d'une maladie chronique (A);
- être atteint d'une maladie aiguë (B);
- être atteint d'une maladie de gravité légère (C) ;
- être atteint d'une maladie de gravité sévère (menaçant la vie du patient) (D) ;
- interruption d'activité (E).

5. Distribution par quintile de revenu de cas morbides (France, 1980)

Quintile de revenu	Indicateur				
	A	B	C	D	E
1	21,10	20,46	20,60	24,12	17,52
2	19,88	19,74	19,75	22,46	18,60
3	19,23	19,72	19,27	18,98	20,72
4	19,96	19,65	20,22	19,25	22,67
5	19,82	20,42	20,16	15,79	20,50
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : Lachaud et Rochaix (1995).

Le tableau 5 montre que la distribution de la morbidité est assez concentrée. En dehors de l'indicateur D, il n'existe pas de fortes disparités dans la morbidité entre les groupes à haut revenu et les groupes à bas revenu.

En revanche, l'application de la standardisation de Wagstaff et *alii* (1989) aux données françaises permet de mettre en évidence une forte inégalité en faveur des plus pauvres. La distribution des dépenses standardisées par quintile fait en effet apparaître que les plus pauvres ont le plus grand pourcentage de dépenses (de l'ordre de 25 %) alors que la distribution des dépenses des autres groupes est assez homogène. Les auteurs considèrent à ce sujet que les plus bas revenus cumulent les pathologies les plus graves (indicateur D) et la consommation médicale la plus élevée en raison d'une entrée différée dans le système de soins (d'où un arbitrage implicite en faveur de l'hospitalisation plus coûteuse mais mieux remboursée).

Si Lachaud et Rochaix concluent à l'absence de relation entre morbidité et revenu et à l'existence d'une liaison négative entre dépense et revenu, des travaux récents (van Doorlaer et *alii* (1997) et Henriet et Rochet (1998)) aboutissent à des conclusions inverses. Ainsi, concernant la France, Henriet et Rochet obtiennent, à partir des données de Genier (1998), une relation négative entre morbidité auto-ressentie et revenu (données de 1991).

6. Morbidité auto-ressentie en France

Classes de revenu	1	2	3	4	5	6	7	Total
Bonne santé	59,6	67,4	69,8	73,2	73,1	79,6	85,9	72,6
Santé moyenne	29,5	26,0	24,2	22,6	22,7	17,2	12,7	22,2
Mauvaise santé	11,0	6,6	6,1	4,2	4,2	3,3	1,5	5,2

Source : Henriet et Rochet (1998).

En revanche les dépenses de santé (après correction pour tenir compte de l'âge, du sexe et de la couverture par l'assurance) ne sont pas plus élevées pour les catégories à revenu faible.

7. Dépenses médicales et revenu en France^(*)

Classes de revenu	1	2	3	4	5	6	7	Total
Probabilité d'un épisode de soins	0,66	0,67	0,72	0,72	0,75	0,79	0,77	0,72
Dépenses totales	1284	1283	1230	1351	1375	1513	1546	1347

Note : (*) Données corrigées en fonction de l'âge, du sexe et de l'assurance.

Source : Henriet et Rochet (1998).

La comparaison des méthodologies utilisées dans ces travaux contradictoires n'est pas l'objet de ce rapport. L'accroissement du chômage entre les deux enquêtes utilisées peut expliquer l'augmentation de la morbidité auto-ressentie dans les catégories à bas revenu. Le tableau 7 confirme, par ailleurs, les observations de Mormiche sur le rôle de l'attitude individuelle face au risque et à la gestion de la santé pour expliquer les comportements de consommation de soins. Il semble toutefois, sur la base des données présentées par Henriet et Rochet (1998), que le système public d'assurance-maladie atteigne certaines limites dans sa capacité à réduire les inégalités d'accès au système de soins.

Conclusion

Ce bilan du fonctionnement du système de santé français confirme des appréciations portées antérieurement⁽¹⁶⁾. Au plan macroéconomique, nous dépensons plus que nos partenaires européens pour des performances sanitaires moyennes. Les règles d'allocation conduisent à des inefficacités et des inégalités persistent. L'impact sur la qualité des soins semble sans rapport avec l'accroissement des coûts. Or ce système est cogéré de façon centralisée par l'État et l'assurance-maladie, qui ont mis en place des règles de paiement accordant aux offreurs des rentes de situation, en leur permettant soit d'accroître sans contrainte leur offre de soins, soit au contraire de réduire leur activité sans que leur recette ne diminue. En effet, les dépenses élevées résultent à la fois d'effets-prix (des services sont payés à des prix trop élevés) et d'effets-quantité (des services dont l'utilité est faible sont produits et remboursés). Ces inefficacités sont la conséquence de l'absence de mécanismes d'ajustement spontané, de l'absence d'un demandeur qui compenserait le pouvoir de marché des offreurs, et de l'insuffisance des mécanismes de rationnement centralisé mis en place par les gouvernements successifs.

L'observation de cette situation apparaît conforme aux enseignements de la théorie du détournement ou de la captation de la régulation (« regulatory capture ») de Stigler (1971) et Peltzman (1976) : les régulateurs agissent dans l'intérêt des offreurs en place plutôt que dans celui de la collectivité, lésant ainsi les consommateurs et les entrants potentiels. Les restrictions à l'entrée dont le rationnement de l'offre de soins est un exemple typique sont une pratique caractéristique du phénomène de captation. L'existence de prix élevés en est une autre. Le faible impact de l'assurance-maladie sur les prix et l'absence de mise en concurrence des offreurs montrent que l'arbitrage que la Sécurité sociale devrait réaliser entre le désir des assurés de payer moins et celui des offreurs de recevoir plus est réalisé à un niveau favorable à ces derniers.

(16) Mougeot (1986 et 1994), Bloch et Ricordeau (1996), *Livre Blanc* (1995) et *Dossier Santé* (1995).

Les explications classiques des phénomènes de captation se retrouvent toutes dans le cas de l'assurance-maladie française. Le mandat donné à l'assurance-maladie par la collectivité est vague. La dilution des responsabilités est peu propice à un comportement efficace. Le pouvoir discrétionnaire du régulateur est important. L'asymétrie d'information sur le coût et la qualité des soins est forte. Les groupes de pression constitués par les offreurs sont plus efficaces que ceux qui pourraient être (mais ne sont pas) formés par les assurés qui n'exercent aucun contrôle sur la fonction qu'ils délèguent à la Sécurité sociale, par ailleurs mieux informée qu'eux. En jouant un rôle de payeur passif sans mettre en concurrence des offreurs, en n'exploitant pas la situation de capacité excédentaire, en ne réduisant pas les budgets quand l'activité diminue, en créant le secteur II ou en n'imposant pas l'utilisation des médicaments moins coûteux et à effet thérapeutique équivalent, l'assurance-maladie (et l'État qui en assure la tutelle) forme *de facto* une entente avec les producteurs au détriment des patients et de la collectivité. Les raisons profondes de cette coalition sont plus complexes. Les syndicats de salariés et les représentants du patronat ont probablement privilégié l'emploi dans leurs objectifs, de même que les élus qui président les conseils d'administration des hôpitaux publics. Il en résulte une collusion d'intérêts avec les professions médicales. L'opacité de la gestion des caisses et son caractère coûteux et désordonné, dénoncé régulièrement par la Cour des Comptes (cf. Majnoni d'Intignano (1997)), ont pu favoriser l'apparition d'un « biais bureaucratique » proportionnel aux dépenses et utilisé de façon discrétionnaire par les gestionnaires. Enfin, la répartition des compétences entre l'État et la CNAM a conduit dans le passé à une dilution des responsabilités peu propice à une régulation efficace. Les réformes engagées en 1996 constituent un premier pas dans un processus de responsabilisation de l'assurance-maladie. Elles sont probablement insuffisantes pour éliminer le phénomène de captation de la régulation observé dans le passé.

Compte tenu de ce bilan du système de santé en France, considérons maintenant les modalités de sa régulation en envisageant successivement l'assurance-maladie et la production de soins.

L'État et l'assurance-maladie

L'incertitude sur l'état de santé futur constitue, pour toute personne, la justification première de l'assurance-maladie. Compte tenu des pertes de revenu associées à la maladie ou à l'accident, l'assurance permet à des individus ayant de l'aversion vis-à-vis du risque de réduire la variance de leur revenu. Le mécanisme de mutualisation des risques est à la base des marchés d'assurance. La distribution globale des risques étant assez bien connue, l'assurance répartit le coût escompté total sur l'ensemble des indi-

vidus. En matière d'assurance-maladie, deux principes s'opposent à propos de cette répartition :

- le principe assurantiel (ou de neutralité actuarielle) qui lie les primes (ou cotisations) individuelles au risque escompté ;
- le principe de solidarité qui déconnecte les primes des risques individuels et les lie éventuellement à des caractéristiques observables telles que le revenu.

Le principe assurantiel est retenu par certaines assurances privées⁽¹⁷⁾, notamment aux États-Unis, alors que le principe de solidarité est la base des assurances sociales ou publiques, qu'elles relèvent du modèle bismarckien (financement par des cotisations assises sur le salaire) ou du modèle beveridgien (financement par la fiscalité). L'assurance-maladie française relève clairement pour sa partie obligatoire du principe de la solidarité, mis en œuvre selon un schéma qui relève désormais de plus en plus du modèle beveridgien depuis l'augmentation de la part de la CSG dans le financement de l'assurance-maladie.

La distinction entre assurance et solidarité a une portée pratique ambiguë dès lors que toute opération d'assurance *ex ante* entraîne une redistribution *ex post*⁽¹⁸⁾. Elle occulte, par ailleurs, le véritable débat sur la forme optimale de l'assurance-maladie dans la mesure où elle oppose deux principes dont l'analyse économique a clairement démontré qu'ils ne sont équivalents ni en termes d'efficacité ni en termes d'équité. La supériorité incontestable d'une assurance-maladie universelle fondée sur des primes indépendantes des risques individuels justifie l'intervention publique. Or celle-ci peut prendre diverses formes dont les principales sont la production publique par un monopole de l'assurance-maladie obligatoire, ou la réglementation d'un marché dans lequel des compagnies privées fourniraient des contrats de base analogues au contrat d'assurance universelle du monopole public.

L'attachement de la population française et de ses représentants à la Sécurité sociale repose sur le rejet du principe purement actuariel en matière de risque maladie, mais s'étend parfois jusqu'à une diabolisation du marché. Pour clarifier le débat sur ce sujet sensible il convient d'évoquer en premier lieu les arguments légitimant l'intervention publique en ce domaine avant de mettre en évidence ceux qui devraient présider au choix des modalités de cette intervention.

(17) Sauf lorsqu'une réglementation publique impose des primes uniformes (cf. infra).

(18) Cf. Henriet (1996) ou Blanchet (1996) selon qui un partage définitif entre assurance et redistribution est utopique.

La légitimité de l'intervention publique dans le domaine de l'assurance-maladie

Les développements récents de la théorie économique ont permis d'éclairer le débat sur l'assurance-maladie⁽¹⁹⁾. Ils permettent d'établir la légitimité du rôle de l'État en ce domaine sur des bases d'équité et d'efficacité. Avant d'envisager ces justifications, considérons, d'abord, celles qu'il convient d'écarter.

Des inefficacités ne justifiant pas l'intervention publique dans l'assurance-maladie

L'inefficacité des marchés est un argument traditionnel en faveur du rôle de l'État. Deux arguments sont fréquemment invoqués à propos de l'assurance-maladie : le caractère de bien tutélaire des soins et le risque de moralité. On peut cependant aisément montrer que la prise en compte de ces spécificités n'entraîne pas nécessairement une action publique sur l'assurance-maladie.

La fonction tutélaire de l'État en matière de santé

L'insuffisante information de la population concernant les conséquences de ses décisions en matière de santé conduit la puissance publique à intervenir en substituant ses choix aux choix individuels. Cette mise sous tutelle des consommations liées à la santé équivaut à une reconnaissance d'une responsabilité des individus limitée par l'asymétrie d'information et à une prise en compte des externalités positives et négatives associées aux états de santé individuels. La légitimité de l'intervention publique en ce domaine est incontestable (même si de nombreux auteurs comme Zweifel (1997) jugent le degré de régulation publique dans les systèmes de santé démesuré par rapport à l'ampleur des externalités). L'État peut agir par des obligations légales (vaccinations obligatoires, interdictions de fumer en public ou de consommer de l'alcool ou des drogues), par des contrôles quantitatifs (limitation du nombre d'échographies pendant une grossesse ou du nombre de frottis, visites obligatoires dans la petite enfance) ou par une action sur les prix (subventionnement des activités à externalités positives et taxation des consommations à externalités négatives). Ces mesures relèvent de la politique de santé publique (notamment en matière de prévention). Elles n'ont pas d'implication en termes d'assurance-maladie et sont indépendantes des modes de couverture.

(19) On peut se reporter, par exemple, aux contributions de Henriet, Blanchet, Caussat ou Jacobzone au *Dossier Santé* de la Commission des Comptes et des Budgets Économiques de la Nation en 1995 ; Cf. également le complément de Henriet et Rochet.

Le risque de moralité

Il y a un risque moral lorsque le niveau des dépenses supportées par l'assureur dépend du comportement de l'assuré. L'aggravation des coûts peut concerner en premier lieu la probabilité d'occurrence du risque, si par exemple l'agent assuré dépense moins pour la prévention : on parle de risque moral *ex ante*. Mais l'aggravation peut aussi concerner le montant des dépenses engagées pour soigner le patient, si l'agent assuré a tendance à surconsommer les soins : on parle de risque moral *ex post*.

La possibilité d'efforts insuffisants (de prévention ou de limitation des dépenses) implique des modalités de remboursement des patients par l'assurance prenant en compte le risque moral. La franchise obligatoire est le moyen de le réduire *ex ante* : les dépenses médicales sont couvertes par l'assurance au-delà d'un montant annuel restant à la charge de l'assuré. La couverture partielle (ou le mécanisme de coassurance du ticket modérateur) réduit le risque moral *ex post* de même que la régulation de l'offre, la coassurance agissant sur le nombre d'épisodes de soins et le contrôle des prestataires sur la dépense par épisode.

Ces mesures peuvent être mises en œuvre par des compagnies privées ou publiques. L'État peut les rendre obligatoires dans le cadre d'une réglementation. Mais les inefficacités résultant du risque de moralité sont propres à l'activité d'assurance et non à son caractère privé ou public, les deux types d'organisation disposant théoriquement des mêmes instruments pour agir sur le comportement des assurés. Notons cependant l'importance du phénomène : les résultats de la « Rand Health Insurance Experiment » montrent que la gratuité des soins entraîne un niveau de consommation supérieur de 46 % à celui que l'on observe lorsque les frais sont intégralement supportés par le ménage, la moitié de cet écart étant obtenu en passant de la gratuité totale au ticket modérateur de 25 % (cf. Newhouse (1996), Manning et alii (1987) et Bureau (1998)).

Les justifications de l'intervention publique en termes d'équité

Comme cela a été rappelé en introduction, une norme d'équité dans l'accès aux soins semble universellement admise⁽²⁰⁾. La possibilité pour tout citoyen d'avoir accès à un niveau minimal de soins indépendamment de son revenu tient à un argument de justice distributive, la santé étant un exemple typique des biens primaires sociaux au sens de Rawls (1971) : sous le « voile d'ignorance », l'assurance contractée serait donc redistributive. L'égalité d'accès aux soins relève aussi de l'idée d'égalité d'opportunités développée par les théories contemporaines de la justice (Fleurbaey (1996)) et selon laquelle l'équité implique la compensation des différences indépendantes de la volonté individuelle.

(20) Cf. en ce sens Marchand (1997).

De ce point de vue, l'assurance-maladie privée de type actuariel (telle que *ex ante* l'espérance de revenu n'est pas modifiée par l'assurance) partage les risques au sein d'une classe de risques. En revanche, une assurance dans laquelle les primes sont indépendantes des risques individuels partage les risques entre différentes classes de risques. Cette solidarité entre petits et gros consommateurs de soins est de nature redistributive et conforme à l'objectif d'équité. En fait, du point de vue de l'efficacité, comme le montrent Henriet et Rochet (1998), la distinction entre assurance actuarielle et assurance redistributrice repose essentiellement sur l'information concernant l'exposition au risque d'un individu. Une opération d'assurance *ex ante* (c'est-à-dire avant de connaître cette information) équivaut *ex post* à une redistribution entre individus ayant des risques différents. Dès lors, on retrouve l'argument de type rawlsien : chaque individu ignorant son état de santé futur est prêt à signer un contrat stipulant que les individus en bonne santé subventionneront les individus en mauvaise santé.

Ainsi, du point de vue de l'équité, les conditions d'accès à l'assurance-maladie doivent être indépendantes de l'état de santé et du risque escompté. L'État doit donc intervenir en produisant lui-même l'assurance ou en imposant des règles de calcul des primes et des taux de couverture à des compagnies privées, conformes à ce principe.

Les justifications de l'intervention publique en termes d'efficacité

L'assurance-maladie, comme toute activité d'assurance est confrontée au problème de l'antisélection. Lorsque l'assureur ne peut observer les états de santé individuels, une politique de tarification uniforme peut conduire à un effondrement du marché (cf. Stiglitz (1977) et Rothschild et Stiglitz (1977)). La prime actuarielle est en effet alors telle que seuls les agents à haut risque s'assurent, les agents à bas risque préférant ne pas s'assurer en raison du coût d'une assurance fondée sur un risque moyen plus important que le leur. Dans ces conditions, l'assurance est en déficit et ne peut qu'accroître les primes ce qui amène de nouveaux agents à ne pas s'assurer et peut conduire à la disparition de l'activité d'assurance.

Pour faire face à cette inefficacité résultant de l'asymétrie d'information, l'assurance peut utiliser des politiques de discrimination au second degré telles que les agents s'autosélectionnent et révèlent leur information privée. Celles-ci consistent alors à fournir une assurance complète coûteuse aux agents à haut risque et une assurance partielle à prix bas aux agents à bas risque. Cette solution de second rang caractérisée par la mauvaise couverture des bas risques réduit l'inefficacité, mais peut s'avérer inéquitable puisqu'elle implique des primes plus élevées pour les individus dont la santé est la moins bonne. Une solution alternative est l'acquisition d'information, l'assurance imposant des examens médicaux ou mettant en œuvre des études épidémiologiques sur les risques courus par classe d'âge ou groupe social. Ces deux stratégies peuvent conduire à l'inversion de l'asymétrie d'information — les assureurs sont mieux informés que les

assurés — et à des politiques d'écrémage ou de sélection des risques⁽²¹⁾. En effet, la discrimination révèle les risques individuels. Si la compagnie ne peut s'engager sur une assurance à long terme, elle peut exploiter son acquisition d'information pour exclure les hauts risques ou leur imposer des cotisations prohibitives. Or le risque de devenir un mauvais risque n'étant pas assurable, les compagnies ne peuvent proposer d'assurance à long terme et vont donc sélectionner les risques⁽²²⁾. Dès lors, la référence à l'équité, à l'efficacité ou à la sélection des risques conduisent à la même réponse : seule une assurance universelle à des conditions de prime et de couverture indépendantes de l'état de santé peut assurer le traitement équitable des assurés, l'efficacité du marché, l'assurance à long terme, et empêcher l'éviction des hauts risques. Il revient donc à l'État d'imposer cette forme de tarification à l'assurance-maladie.

Les modalités de l'intervention publique

Quelle forme d'intervention de l'État permet-elle d'assurer au mieux l'efficacité et l'équité du système d'assurance-maladie ? Pour répondre à cette question, envisageons, d'abord, les formes alternatives concevables pour cette action publique avant de considérer successivement les arguments en termes d'équité, d'efficacité et de sélection des risques.

Les formes possibles de l'intervention

Comme dans d'autres domaines, l'alternative essentielle concerne le choix entre la production publique et la réglementation du marché.

Le monopole public d'assurance-maladie

C'est le système français de base actuel. En contrepartie de cotisations financées essentiellement par des prélèvements proportionnels au revenu (cotisation sociale généralisée) et des cotisations assises sur les salaires, la population française a un accès libre à des soins dont les dépenses sont couvertes par l'assurance-maladie qui prévoit un taux de coassurance variable selon la nature des dépenses. Les primes sont donc déconnectées des risques individuels et l'accès aux soins est, au moins en théorie, conforme aux principes de l'assurance-maladie universelle définie précédemment. Des systèmes de ce type fonctionnent dans un grand nombre de pays européens, le financement pouvant être assuré par la fiscalité générale ou par des cotisations sur le travail. Comme dans la plupart des pays où l'assurance de base est socialisée, des assurances privées interviennent de manière complémentaire en prenant en charge tout ou partie des tickets modérateurs et dans certains cas des dépenses non couvertes par le régime de

(21) Cf. Villeneuve (1998) et Henriot et Rochet (1997).

(22) Cf. également Drèze (1998) sur l'absence de garantie de reconduction ultérieure d'une police souscrite par un assuré en bonne santé.

base. Ce type d'assurance conduit à des externalités négatives potentielles sur la couverture de base dans la mesure où les effets de réduction du risque moral sont annulés par l'assurance complémentaire (ce qui pourrait justifier l'imposition d'un ticket modérateur non compressible). Le coût marginal pour l'assuré est alors inférieur à la dépense supplémentaire pour l'ensemble de l'assurance. Ainsi selon Caussat et Glaude (1993), la consommation médicale des mutualistes serait de 30 % supérieure à celle des non-mutualistes en raison d'une plus forte probabilité de recourir au système de santé et d'une dépense moyenne plus élevée. Cet effet négatif serait toutefois compensé partiellement par une incitation plus forte à la prévention.

La réglementation des marchés

Deux formes de réglementation existent en Europe. Elles correspondent à deux approches différentes des principes d'assurance universelle.

La réglementation des contrats

En Suisse, la Loi Fédérale sur l'assurance-maladie (LaMal) du 18 mars 1994 prévoit une obligation de souscription d'une couverture, le libre choix de la compagnie, l'interdiction pour un assureur de refuser de couvrir toute personne, l'obligation de fournir un contrat de base à des conditions uniformes de primes et des conditions identiques de participation aux coûts pour des prestations obligatoires. L'intervention de l'État passe par la réglementation des tarifs et des taux de couverture et par la définition de droits et d'obligations. Dans ce contexte, les primes peuvent varier d'une assurance à l'autre. Les compagnies offrent également des contrats donnant accès à une franchise plus basse ou à des prestations en contrepartie d'une prime plus élevée. Compte tenu de la gestion au premier franc de ces assurances complémentaires, l'externalité négative des assurances complémentaires à la française est réduite.

La séparation de la collecte des primes et de l'assurance

Aux Pays-Bas, à la suite du plan Dekker (en 1987), l'intervention de l'État consiste à séparer la collecte des primes (effectuée par l'État sur une base fiscale uniforme) et l'activité d'assurance, les compagnies en concurrence recevant une dotation par client tenant compte de la catégorie actuarielle de risque de chacun (paiement par capitation ajusté au risque). L'État calcule donc le risque associé à la clientèle de chaque compagnie. Celles-ci reçoivent en complément une prime forfaitaire payée par l'assuré et variable selon la compagnie et le contrat. Pour une assurance donnée et un type de contrat donné, la prime est identique pour tous les souscripteurs. Le procédé de mutualisation du risque à la hollandaise est également retenu par la Suisse en complément du système décrit plus haut sous forme d'une péréquation, les primes étant redistribuées en fin d'exercice entre les compagnies en fonction du profil des assurés des différentes caisses.

Il est difficile de comparer ces deux mécanismes de réglementation compte tenu de la mise en œuvre récente des réformes suisse et hollan-

daise. Elles se distinguent sur deux points essentiels. D'une part, dans le système hollandais, les primes sont fiscalisées et reposent sur un prélèvement obligatoire proportionnel au revenu alors que la Suisse impose un contrat de base uniforme et indépendant du revenu. D'autre part, la mutualisation du risque est assurée *ex ante* aux Pays-Bas alors qu'elle ne l'est qu'*ex post* en Suisse.

Les arguments en termes de redistribution

Théoriquement les trois procédés d'assurance-maladie peuvent conduire aux mêmes structures de tarifs. Il suffit que l'État impose aux compagnies de pratiquer des tarifs proportionnels aux revenus. Concrètement la réglementation des marchés se borne en Suisse à l'obligation de proposer des contrats uniformes. L'équité dans l'accès est obtenue par des réductions de primes subventionnées par les cantons pour les assurés de condition modeste dans le cadre de programmes financés par la Confédération. On est en présence d'une séparation claire de la recherche de l'efficacité — qui relève du marché — et de la recherche de l'équité — qui passe par des transferts financés par la fiscalité. Cette approche n'est pas celle que la France a retenue. Le financement par la CSG fait de l'assurance-maladie un instrument de la redistribution : des prestations uniformes *ex ante* sont financées par des prélèvements proportionnels⁽²³⁾ sur les revenus.

Cette fonction redistributive de l'assurance-maladie (développée par l'intermédiaire du déplafonnement des cotisations à partir de 1967) a le mérite de la simplicité. Dans une optique de second rang, la question de la supériorité de cette méthode sur d'autres instruments de redistribution doit être posée dans le cadre d'une réflexion générale sur la fiscalité et son incidence sur la cohésion nationale. Selon Rochet (1991), l'assurance-maladie peut être un outil plus performant de redistribution que la fiscalité lorsque la morbidité et la productivité sont corrélées négativement. L'argument repris par Henriet et Rochet (1998) résulte des distorsions moindres (en terme de désincitation à l'effort) que provoquent des transferts effectués par l'intermédiaire de prestations identiques mais procurant une plus grande utilité aux agents à bas revenu qu'aux agents à haut revenu. L'argument est important mais doit être nuancé. Outre que la relation négative productivité-morbidité mériterait d'être mise en évidence de façon non ambiguë, les motifs financiers ne constituent qu'un motif très secondaire dans les écarts de recours aux soins, loin derrière l'attention portée à sa santé par chacun (Mormiche (1993)). Si l'utilité marginale des soins est croissante avec le revenu, redistribuer à travers l'assurance-maladie en faveur des agents à bas revenus, va à l'encontre de l'argument de Rochet qui souligne, d'ailleurs, que le rôle redistributif n'est légitime que si le risque

(23) Cependant pour les plus démunis, les politiques de lutte contre l'exclusion consistent en un financement par l'État de l'accès gratuit aux soins.

maladie est corrélé négativement avec le revenu⁽²⁴⁾. Cependant, sous cette hypothèse, il est plus facile d'obtenir un accès équitable aux soins si la redistribution s'effectue par l'intermédiaire de l'assurance-maladie.

Les arguments en termes d'efficacité

Deux arguments de nature différente peuvent être invoqués. Ils concernent respectivement l'arbitrage économique délégué à l'assurance-maladie et les coûts de fonctionnement des différents mécanismes.

La délégation de l'arbitrage économique à l'assurance-maladie

Nous avons mis en évidence plus haut le fait que l'assurance-maladie s'est comportée, dans le passé, comme un simple payeur dans le cadre d'un rationnement des quantités et d'un encadrement des prix. En d'autres termes, l'assurance-maladie n'a pas véritablement exercé la fonction d'arbitrage économique ou d'acheteur de soins que lui délègue l'assuré. Les rentes de situation acquises par certains prestataires peuvent être considérées comme le résultat d'un détournement de la régulation des dépenses dont la charge incombe à l'assurance.

Un système purement public est-il *a priori* mieux à même d'assurer cette fonction qu'un système privé ? La réponse à cette question est délicate. Une double relation d'agence s'instaure : l'assuré délègue à l'assurance la fonction d'arbitrage économique et l'assurance délègue la production de soins aux offreurs. La production efficace au sens de l'efficacité productive et allocative dépend de cette relation d'agence caractérisée par la présence d'antisélection et de risque moral. Une première série d'arguments en termes de coûts plaident en faveur d'un monopole et d'une centralisation (cf. Marchand (1997)). Si la maîtrise de l'offre est l'instrument de régulation des dépenses, elle ne peut être que centralisée. Elle suppose par ailleurs une collecte et un traitement d'une masse d'informations considérable pour que l'assurance puisse correctement jouer un rôle de régulateur. Une assurance publique évite la duplication des coûts informationnels et a donc un avantage sur des compagnies privées. Une seconde série d'arguments à caractère normatif sur les objectifs de l'assurance plaident dans le même sens. Ainsi un assureur privé devrait être amené à retenir une qualité des soins et des tarifs maximisant le surplus de ses clients alors qu'un assureur public devrait prendre en compte des considérations de santé publique et réaliser un arbitrage socialement préférable, soit une production orientée par la politique de santé publique et réalisée au moindre coût.

En revanche, une analyse positive sur l'économie politique de l'assurance-maladie remet en cause cette appréciation. S'il semble naturel que

(24) La redistribution entre familles de tailles différentes qu'opère l'assurance-maladie pourrait faire l'objet d'une analyse analogue. La nécessité de maintenir des transferts en faveur des familles plaide cependant, selon Blanchet (1995), pour le maintien de cotisations non proportionnelles à la taille de la famille.

l'objectif concret d'une compagnie d'assurance en concurrence soit proche de celui défini par le surplus net des assurés, rien ne garantit que l'assureur public soit effectivement incité à agir dans le sens de l'intérêt général. Pour Stiglitz (1983), Leonard et Zeckhauser (1983) et Henriot et Rochet (1998), il y a de nombreuses raisons de penser qu'une agence publique sera moins efficace qu'une compagnie privée pour fournir une assurance-maladie en raison de l'insuffisance des incitations financières de l'État à structurer efficacement les contrats. L'analyse de la deuxième partie de ce rapport montre qu'en France, la fonction d'arbitrage économique n'a pas été exercée correctement. L'éclatement et la dilution des responsabilités dans l'assurance-maladie française sont peu propices à un comportement efficace. La répartition des compétences et les conflits récurrents entre l'État et l'assurance-maladie ont abouti, dans le passé, à une co-irresponsabilité (cf. en ce sens le diagnostic du *Livre Blanc*). Les conventions d'objectifs et de gestion entre l'État et les caisses prévues par l'ordonnance de 1996 constituent un pas important vers une clarification des responsabilités à travers des procédures de contractualisation. Dans ce cadre contractuel contrôlé par le Parlement, les caisses d'assurance-maladie négocient les honoraires avec les professions de santé. Les agences régionales d'hospitalisation (composées à parité de représentants de l'État et des caisses) sont aussi conçues pour constituer une autorité de décision cohérente. L'ordonnance fournit incontestablement le cadre d'une politique plus efficace de gestion du risque maladie. Les modalités contractuelles et les incitations à agir dans le sens de l'intérêt général restent cependant à définir pour éviter le phénomène de captation. On sait que les moyens de l'éviter sont limités par l'asymétrie d'information. Relier la rémunération des régulateurs au surplus collectif est la solution théorique traditionnelle qui se heurte à la difficulté de mesure de la performance en termes de bien-être social et au fait que l'assurance-maladie est mieux informée sur cette performance que l'État (ou que les assurés). Limiter le pouvoir discrétionnaire de l'assurance publique en rendant son mandat plus précis peut constituer une solution de moindre mal. Les contrats d'objectifs de l'ordonnance de 1996 pourraient être utilisés pour définir de façon stricte des règles d'allocation et de paiement. Rétablir l'équilibre entre les groupes de pression par la diffusion d'information sur les performances des composantes du système de santé, sur les disparités de coûts et de moyens est une méthode de responsabilisation des assurés susceptible de les inciter à intervenir dans la gestion des caisses. La collectivité a tout intérêt à ce que le système de santé soit plus transparent et à subventionner l'amélioration de l'information de manière à renforcer le rôle de l'assuré et du patient dans la régulation.

Le coût de production de l'assurance

Il n'existe pas d'études économétriques démontrant le caractère de monopole naturel de l'activité d'assurance. Diverses études américaines⁽²⁵⁾ font

(25) Cf. Diamond (1992), Phelps (1992) et Marchand (1997).

cependant état de coûts de gestion plus élevés pour les assurances privées. Certains coûts supplémentaires résultent de la plus forte différenciation des produits. D'autres sont induits par la concurrence elle-même (dépenses de commercialisation) ou par une intervention plus efficace dans le contrôle des offreurs. Une duplication de certains frais de gestion peut aussi être à l'origine de rendements d'échelle.

En l'absence de données françaises sur les coûts d'un système alternatif, il est difficile de se prononcer sur cette question. Un monopole public pourrait bénéficier de coûts plus bas pour des raisons de rendements croissants mais s'approprier des rentes résultant de l'absence de pression concurrentielle et d'incitations à une gestion efficace (au sens de l'efficacité productive). L'existence d'un coût social des fonds publics, en conséquence des distorsions inhérentes aux prélèvements obligatoires, devrait aussi être prise en compte. En retenant le principe de la LaMal, la Suisse a estimé que les avantages de la mise en concurrence l'emportaient sur l'éventuel accroissement de certains coûts de gestion. Des études concrètes sur cette question seraient bienvenues en France⁽²⁶⁾.

Les arguments en termes de sélection des risques

L'assurance-maladie publique obligatoire ne laisse pas de place aux stratégies d'écramage et de sélection des risques (qui restent cependant possibles par le biais des assurances complémentaires). Pour qu'un mécanisme de concurrence réglementée n'aboutisse pas à de telles stratégies, il convient de les rendre non profitables. L'imposition d'une tarification uniforme sur la base du risque moyen et l'interdiction de l'offre de prestations différentes attirant les bons risques constituent deux dispositions indispensables. Elles peuvent n'être pas suffisantes. La limitation des dépenses de publicité et l'intervention d'une péréquation *ex post* par redistribution des primes selon les profils de clientèle des compagnies fournissent des moyens complémentaires de rendre l'écramage non profitable. Diffuser des informations sur le comportement des compagnies peut, par ailleurs, faire jouer un mécanisme de réputation, les assureurs ayant une stratégie non conforme à l'éthique pouvant à moyen terme être perdants.

Conclusion

Comme l'ensemble de ces arguments le montrent, si la justification d'une assurance-maladie universelle et uniforme légitime l'intervention de l'État dans ce secteur, le choix des modalités concrètes peut conduire à des procédures très diversifiées allant du monopole public à la concurrence réglementée. Le choix entre ces procédures dépend essentiellement de l'arbi-

(26) Cf. l'annexe du CREDES et de l'INSEE « La concurrence dans l'assurance-maladie : un premier bilan des expériences ».

trage que la collectivité effectue entre les considérations d'efficacité et de redistribution. Les incitations à une gestion plus efficace seraient probablement plus importantes dans un marché réglementé. Le recours à l'assurance publique peut en revanche être justifié par l'utilisation de l'assurance-maladie à des fins redistributives lorsque morbidité et revenu sont négativement corrélés. Toutefois, les données présentées précédemment semblent mettre en évidence des insuffisances dans l'équité et l'efficacité de notre système de soin. Une réflexion approfondie sur les causes de cette situation serait souhaitable pour orienter la décision publique à propos d'un choix de société fondamental. On peut en effet estimer que l'attachement des Français à la Sécurité sociale repose sur une mauvaise information concernant les performances respectives de notre système et de ceux de certains pays voisins. En particulier la connaissance des expériences étrangères est importante pour apprécier tel ou tel projet proposé en France. Les projets d'assureurs privés (comme celui d'AXA), s'ils étaient mis en œuvre à titre d'expérience pour quelques milliers de Français, pourraient révéler certaines insuffisances de notre assurance publique, mais, consistant à retenir un principe de fonctionnement analogue à celui des systèmes à concurrence réglementée sans la concurrence, ils entraîneraient nécessairement des subventions croisées et des risques de sélection de clientèle. Une réflexion plus rigoureuse sur une évolution globale de l'assurance-maladie, tenant compte des enseignements des réformes menées dans certains pays voisins, serait préférable à l'introduction d'expériences ponctuelles de ce type.

La régulation de la production de soins

Dans le système français où la responsabilisation des patients-assurés est limitée, c'est l'assurance-maladie qui a la charge principale de la gestion de la relation avec les producteurs de soins. Compte tenu de l'assurance, l'inélasticité de la demande par rapport au prix conduit à supposer que celle-ci est déterminée par des variables exogènes (statut social, éducation, âge, localisation, etc.) et par la qualité des soins fournis. L'assurance-maladie doit donc définir des contrats spécifiant différentes valeurs du couple « quantité-prix » pour les actes de chaque offreur. Pour caractériser les contrats, elle doit tenir compte de l'asymétrie d'information dans la mesure où les dépenses sont engagées au niveau décentralisé par des agents autonomes.

La conjugaison de la décentralisation des décisions et de l'asymétrie d'information est une caractéristique essentielle de la production de soins dès lors que l'intérêt collectif (réaliser un arbitrage socialement optimal entre l'état de santé et la dépense) est en opposition avec l'intérêt des agents décentralisés (dont l'arbitrage est plus favorable à la dépense dès lors qu'ils

ne la supportent pas ou qu'elle est leur source de revenu). L'asymétrie d'information relève d'abord de l'antisélection : inobservabilité des états de santé individuels, de la compétence des offreurs, de la qualité des soins, des paramètres de la fonction de production. Elle prend aussi la forme du risque moral : inobservabilité de l'effort de réduction des coûts et d'accroissement de la qualité des soins des offreurs, inobservabilité des efforts des patients en matière de prévention ou de modération de la consommation de soins. L'incertitude médicale est le facteur permissif des stratégies des acteurs exploitant leur avantage informationnel sur la tutelle dès lors qu'il n'existe pas de définition normative objective de la qualité ou du coût des soins. La complexité de la décision médicale qui ne dépend que partiellement de considérations scientifiques et l'absence de normes rigoureuses dans la pratique limitent les possibilités de spécification *a priori* du niveau de la dépense de santé.

Dans ce contexte, les règles d'allocation des ressources et de paiement sont les instruments dont dispose l'assurance-maladie pour agir sur les comportements des acteurs et les inciter à adopter des stratégies conformes à l'intérêt collectif. La question du choix de ces règles est évidemment complexe mais on ne peut y répondre correctement que si l'on reconnaît l'existence des comportements stratégiques (mis en évidence dans la deuxième partie) et si l'on sélectionne des mécanismes qui les anticipent. À nouveau, il faut souligner que la légitimité de l'intervention publique n'est pas en cause. Les justifications du rôle de l'État évoquées plus haut restent valables en ce qui concerne la production de soins. Les insuffisances de la planification quantitative et des prix administrés ne sont en aucun cas des arguments légitimant une libération générale des prix des biens et services médicaux. Les marchés sur lesquels ceux-ci s'échangent sont fondamentalement des marchés de concurrence imparfaite en raison de la différenciation des produits, de la position de monopole géographique d'un grand nombre d'offeurs et de l'insuffisance d'information des patients. Ces motifs traditionnels de l'intervention publique s'ajoutent à ceux qui tiennent à l'équité, au caractère tutélaire des soins médicaux et à la médiatisation des échanges par l'assurance-maladie. Par ailleurs, certaines expériences de libération des prix dans ce secteur ont abouti à un transfert de charges de l'assurance-maladie sur les patients sans pour autant conduire à une réduction des dépenses. Une dérégulation complète du marché des soins doit donc être exclue. Cependant, l'analyse de la deuxième partie montre clairement que certaines inefficacités résultent directement de l'insuffisance du recours à des signaux-prix dans les mécanismes d'allocation. L'action publique peut, à cet égard, prendre plusieurs formes et relever de la planification centralisée (et donc du rationnement ou de la maîtrise comptable) ou de procédures décentralisées faisant l'objet d'une réglementation publique. Le recours à une concurrence réglementée (sous forme de concurrence par comparaison ou par appels d'offres) présente l'avantage d'instaurer des signaux-prix adéquats permettant de modifier les comportements de demande et d'offre de soins et d'éliminer certaines inefficacités dans un

cadre décentralisé tout en évitant les abus d'un marché libre. C'est au niveau du contrat entre l'assurance-maladie et les prestataires de services que cette réglementation doit être instaurée. La structure même de cette relation — un principal (l'assurance) et des agents (les offreurs) — suffit à justifier la réglementation.

Le débat sur l'assurance-maladie et les dépenses de santé est souvent présenté comme opposant les partisans du libre marché et ceux de l'intervention publique. La vraie question n'est pas là. Il s'agit de définir les modalités de l'action de l'État qui assurent au mieux l'efficacité et l'équité. Avant d'envisager les différents mécanismes concevables dans une optique décentralisée, revenons sur les limites du rationnement quantitatif qui nie ou néglige les réactions des agents. L'échec du modèle centralisé français mis en évidence dans la deuxième partie amène nécessairement à s'interroger sur sa pertinence. Face à cet échec, faut-il encore accroître le contrôle de l'administration centrale ou au contraire mettre en œuvre des règles décentralisées incitatives ?

Les limites du rationnement budgétaire par enveloppes fermées

La planification sanitaire française repose d'abord sur un système d'autorisations administratives concernant la régulation de l'offre (ouverture de lits d'hospitalisation, implantation d'équipements lourds, *numerus clausus* dans les études médicales). L'allocation des ressources financières s'effectue, par ailleurs depuis 1983, sur la base d'une enveloppe globale fixée *a priori* pour les hôpitaux publics. Une extension de ce principe à l'ensemble des dépenses de santé a été envisagée dans le cadre des réformes mises en œuvre par le gouvernement Juppé. L'ordonnance du 24 avril 1996 et la loi organique du 22 juillet 1996 ont en effet créé les moyens d'une maîtrise médicalisée des dépenses de santé fondée sur la notion d'enveloppes fermées. Cette politique inspirée par le système du NHS consiste en une déconcentration de l'ONDAM⁽²⁷⁾. Des objectifs annuels sont définis pour les différentes catégories de dépenses (médecine hospitalière, médecine de ville, etc.), puis répartis au niveau régional et au niveau des spécialités. Les agences régionales d'hospitalisation (ARH) répartissent ensuite leur enveloppe régionale entre les hôpitaux.

Ce mécanisme est le dernier avatar des politiques de rationnement mises en œuvre depuis le début des années quatre-vingt. Il présente l'avantage d'une certaine cohérence globale et de l'affichage clair d'objectifs. Comme toute procédure de rationnement, il présente cependant des limites et ceci d'autant plus que les objectifs sont fixés par application d'un taux d'évolution aux dépenses de l'année précédente. En effet, cette politique

(27) Objectif National d'Évolution des Dépenses d'Assurance-Maladie.

consiste à attribuer *ex ante* un budget global ou une enveloppe globale pour un certain type de dépenses. Dans le passé, elle s'est traduite par une évolution quasi homothétique des budgets en fonction d'un taux directeur annuel gelant les rentes de situation acquises avant son adoption en 1983. Ce mode de rationnement aveugle ne permet pas d'adapter l'allocation des ressources aux évolutions de la demande, des coûts, de la productivité ou de la qualité des soins. Les disparités mises en évidence dans la deuxième partie montrent la fois l'inefficacité et l'inéquité de ces procédures.

Peut-on améliorer cette politique de déconcentration de l'enveloppe nationale ou de déconcentration du rationnement ? Notons tout d'abord que cette logique de découpages successifs peut conduire à une rigidité inefficace des parts de marché entre hospitalisation et médecine ambulatoire, médecins généralistes et médecins spécialistes, secteur privé et secteur public voire entre spécialités si la logique est poussée à son terme qui peut être caractérisé par des enveloppes régionales par secteur d'activité. Le recours à des méthodes de péréquation régionale des dépenses de soins peut être un moyen d'améliorer la technique de rationnement et de réduction des disparités. Ainsi en 1997, des méthodes de péréquation ont été mises en œuvre selon le processus suivant inspiré de la procédure anglaise du RAWP :

- estimation des besoins régionaux à partir de critères démographiques ;
- calcul de la demande moyenne adressée au secteur soumis à péréquation ;
- calcul des objectifs cibles en fonction des besoins et de la productivité (pour les hôpitaux en termes de points ISA) de la région ;
- détermination des objectifs de l'année suivante à partir d'une règle de réduction des écarts à la cible.

Cette méthode centralisée se heurte à de nombreuses difficultés techniques et méthodologiques comme le montre le rapport critique de Crépon, Genier et Lucas (1998) pour le Haut Comité de la Santé Publique. L'actualisation des données démographiques et l'anticipation des évolutions démographiques conditionnent le sens des redistributions à effectuer : ainsi le seul fait de substituer des données de 1995 à celles de 1990 ou 1992 aboutit à faire du Languedoc-Roussillon une région sous dotée alors qu'elle était surdotée, l'inverse se vérifiant pour la Lorraine. Par ailleurs, les hypothèses sur la substitution des activités de soins conduisent à normer au niveau de la moyenne nationale le rapport entre l'activité des spécialistes et celle des généralistes, mais à tenir compte de la spécificité de chaque région pour la part des dépenses ambulatoires effectuées dans le secteur libéral. Des ajustements en sens opposé des deux types de dépenses sont alors imposés d'où un effort demandé aux praticiens qui ont déjà en moyenne les revenus les plus bas et une augmentation des dotations des médecins dont les honoraires sont les plus élevés. La prise en compte de parts de marché entre hospitalisation privée et publique peut aussi conduire à faire évoluer les dépenses publiques dans le sens inverse de celui qui apparaît souhaita-

ble. Enfin, les cibles étant définies pour l'hospitalisation comme le produit de la population régionale hospitalisable par la dépense unitaire moyenne nationale, l'écart à une cible \bar{B}_i est apprécié par rapport au budget actuel B_i^t pour une région i par \bar{B}_i / B_i^t . La péréquation devant être achevée dans 17 ans, le taux d'évolution annuel moyen est $\sqrt[17]{\bar{B}_i / B_i^t}$. Cette règle de constance du taux d'évolution n'est pas compatible avec l'égalité chaque année entre l'enveloppe nationale et la somme des enveloppes régionales. Notons également que la définition des cibles en fonction d'un objectif relevant de l'équité (égalisation des dépenses hospitalières par hôpitaux) et d'un objectif d'efficacité (égalisation des valeurs des points ISA) renvoie à un arbitrage complexe qu'il conviendrait d'explicitier. Par ailleurs, rien ne permet vraiment de justifier l'égalisation de la valeur des points ISA ou leur convergence vers la moyenne en tant qu'objectif d'efficacité.

Parmi les évolutions possibles de ce schéma figure le passage à une régionalisation globale (portant sur le total des dépenses ventilées ensuite au prorata des dépenses par secteur dans les régions). Cette méthode (équivalente à une approche sectorielle avec fongibilité) se substituerait à la régionalisation sectorielle, dans laquelle la péréquation régionale des dépenses d'un secteur ne tient pas compte des dépenses régionales dans les autres.

Ces mécanismes sophistiqués de planification centralisée posent donc des problèmes techniques considérables de définition. Ils ne constituent en aucun cas des mécanismes de régulation des dépenses. Il s'agit seulement d'une procédure de convergence dans le temps vers une moyenne. Ils confèrent à la dépense moyenne une valeur normative. Or comme nous l'avons vu plus haut, rien ne permet de se prononcer en ce sens. La dépense souhaitable peut être supérieure ou inférieure à la moyenne selon les secteurs dans la mesure où les valeurs observées ne traduisent guère que l'habileté des acteurs du système à exploiter les mécanismes à leur avantage. Par ailleurs, la procédure de convergence ne tient compte ni des différences de qualité de soins, ni des efforts de réduction de coûts ni des évolutions du progrès technique. Si le dispositif des enveloppes fermées permet à court terme une maîtrise de la dépense, il est un obstacle à une évolution cohérente de l'offre de soins tant du point de vue de la qualité des soins que de celui des coûts. Même si des procédures sophistiquées de réallocation des enveloppes sont mises en œuvre, il ne peut s'agir que d'un raffinement d'un mauvais concept. En effet, l'efficacité d'un système de rationnement centralisé est limitée par l'asymétrie de l'information de l'État sur les besoins et leur évolution, sur la productivité, les coûts et la qualité des services offerts. Par ailleurs, la rigidité de ce système entrave les possibilités des offreurs de s'adapter aux évolutions de la demande et de l'innovation. Enfin, l'absence de concurrence entre offreurs et l'absence de tout ajustement par les prix sont, à l'évidence, des facteurs d'inefficacité expliquant les performances médiocres mises en évidence plus haut. Les dysfonctionne-

ments qui en résultent sont considérables et ont été soulignés par de nombreux observateurs. Ainsi, Brocas (1995) met l'accent sur l'impossibilité des redéploiements, le développement d'activités à seule fin de conserver un budget, le développement d'une médecine de prestige au caractère prioritaire discutable, la mise en œuvre de stratégies de constitution de groupes de pression pour maintenir ou conserver certaines activités. Notons enfin que le mécanisme des enveloppes fermées pose un problème de crédibilité dynamique : dans la mesure où la réaction optimale des producteurs est la réduction de l'activité lorsque l'évolution des budgets est homothétique ou l'accroissement lorsque les réallocations tiennent compte de la valeur des points ISA, comment incorporer cette acquisition d'information dans le calcul des budgets ? Il pose aussi un problème de crédibilité de la menace : quelles sont les possibilités d'action de l'assurance-maladie si les producteurs arrêtent d'assurer les soins lorsque l'enveloppe est consommée ?

Pour éviter l'accentuation des rigidités qui serait inhérente à la généralisation du dispositif des enveloppes, il convient de réfléchir à des mécanismes plus concurrentiels responsabilisant les offreurs de soins. Avant de les considérer en détail, on peut s'interroger sur les problèmes posés par une gestion décentralisée.

Le choix d'un mécanisme alternatif

L'alternative au rationnement est la détermination d'un mécanisme de régulation assurant l'efficacité allocative et productive tout en minimisant les inégalités à l'accès et les pratiques de sélection des risques. Des arbitrages doivent nécessairement être réalisés dans un contexte de second rang résultant de l'asymétrie d'information, de l'aversion vis-à-vis du risque des agents décentralisés, du coût social des fonds publics et des inefficacités des marchés potentiels des soins. La répartition de l'ONDAM pourrait alors se faire en fonction de l'activité. Cependant il s'agit d'une variable manipulable tant en ce qui concerne la quantité d'actes que leur coût.

La rémunération en fonction de l'activité suppose d'abord un encadrement de la production par des normes qui ne peuvent être caractérisées qu'au niveau centralisé. Il s'agit d'abord de l'éligibilité des actes au remboursement et de la caractérisation des normes de bonne pratique médicale associant aux besoins des protocoles de soins. Ces règles devraient permettre d'assurer la sécurité des patients (au sens des conditions minimales à satisfaire pour fournir certains types de soins), de définir des critères de qualité des services et une caractérisation des risques jugés acceptables par la collectivité. Pour éviter les disparités considérables des pratiques médicales dont témoignent les variations régionales de fréquence des actes, des références médicales devraient être instaurées à partir d'une évaluation rigoureuse des stratégies thérapeutiques et ceci d'autant plus que l'innovation médicale obéit à une loi de rendements décroissants. Ainsi le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-vaginal tous les trois ans

permet de dépister 90,8 % des cas alors qu'un rythme annuel n'améliore ce taux que de 2 % pour un triplement des coûts. C'est à la collectivité de définir ces normes et d'évaluer les activités en fonction des recommandations des instances médicales compétentes. À cet égard le rôle de l'économiste se bornerait à la caractérisation de mécanismes incitant les acteurs à agir dans le sens de ces recommandations.

Un second problème, de nature différente, consiste à déterminer qui produit : tous les producteurs en place ? certains producteurs ? des entrants ? Ce problème renvoie à la politique d'accréditation mais aussi à la structure du marché et à la spécialisation. Une réflexion sur la structure optimale de l'offre et la taille optimale des établissements serait souhaitable mais on manque d'analyses empiriques fiables sur l'existence d'économies d'échelle ou d'envergure⁽²⁸⁾. En tout état de cause, un mécanisme d'allocation doit envisager la possibilité de fermeture d'établissements (pour des raisons de sécurité, pour des raisons de capacité excédentaire ou pour des raisons de faillite) et la possibilité d'entrée de nouveaux établissements (pour maintenir une capacité excédentaire et assurer la concurrence ou pour réduire des disparités). Une caractérisation de procédures de sélection des offreurs serait également indispensable pour répondre à l'objectif d'efficacité allocative si l'assurance-maladie recourt à des mécanismes concurrentiels.

La dernière question, essentiellement économique, renvoie à la définition des modes de paiement. En l'absence de résultats probants sur les économies d'échelle et d'envergure, la littérature s'est focalisée sur le prix par pathologie. Différents contrats peuvent être considérés pour définir le paiement reçu par un établissement pour une pathologie traitée : le contrat de remboursement du coût, le contrat à prix fixe ou paiement prospectif, ou le contrat mixte combinant les deux formules précédentes selon des pondérations déterminées par la tutelle.

Dans un univers marqué par l'asymétrie d'information, les propriétés de ces règles sont très différentes. Le paiement en fonction du coût (dont la tarification au prix de journée est un exemple) présente l'avantage de ne fournir aux hôpitaux aucune incitation à l'écrémage ou à la réduction de la qualité de soins. L'hôpital recevant un paiement couvrant ses dépenses n'a pas d'intérêt à sélectionner ses patients en fonction du degré de gravité de leur pathologie. Il n'a pas non plus intérêt à réduire la qualité des soins lorsque celle-ci est coûteuse. En revanche, ce paiement qui suppose la fiabilité de l'observation des coûts encourage la production inefficace, la qualité superflue et l'inflation des coûts.

Le recours à un prix fixe prospectif a des propriétés opposées : il incite au niveau d'effort optimal (l'hôpital est le créancier résiduel de son effort

(28) La littérature d'avant 1970 semblait montrer l'existence d'économies d'échelle alors que les travaux les plus récents aboutissent plutôt à des conclusions opposées (Folland, Goodman et Stano (1997)). L'existence d'économies d'envergure entre services semble vérifiée pour certaines activités et pas pour d'autres.

de réduction du coût), mais peut encourager la réduction du niveau de qualité et le refus d'accepter les patients les plus gravement atteints. Il conduit aussi à la possibilité d'appropriation de rentes dès lors que l'hôpital bénéficie de toute réduction exogène des coûts. Des contrats mixtes peuvent permettre de tenir compte de ces effets opposés. À l'arbitrage traditionnel entre extraction de la rente et incitation à l'effort (Laffont et Tirole (1993)), s'ajoutent ceux qui opposent l'efficacité à la sélection des risques et à la réduction de la qualité. Le choix de la règle optimale de paiement se traduit alors par celui des pondérations en fonction de l'arbitrage qu'il réalise entre les effets de partage du risque, du risque moral et de l'antisélection et de ses conséquences en termes d'écrémage et de qualité.

Ces mécanismes de paiement peuvent être envisagés au niveau de relations bilatérales entre la tutelle (assurance-maladie) et les offreurs (principalement hospitaliers). Compte tenu de la décentralisation de l'information, la tutelle peut cependant utiliser différents moyens pour améliorer sa connaissance des vraies valeurs des paramètres en cause et limiter la rente informationnelle des offreurs décentralisés. La plus simple consiste à relier le budget attribué à un agent aux informations fournies par les autres agents, ce qui introduit un mécanisme de concurrence fictive (cf. Mougeot (1994)). Plus complexe est l'introduction d'une concurrence organisée ou réglementée qui conduit à la sélection d'un ou de plusieurs offreurs et à la définition des transferts monétaires en fonction des propositions d'un ensemble d'offeurs. Des procédures de ce type ont été expérimentées dans de nombreux pays. On peut les considérer successivement.

Le recours à des mécanismes incitatifs de rémunération des producteurs de soins pourrait permettre de limiter les effets pervers des procédures de rationnement. L'applicabilité de telles règles suppose cependant réalisées plusieurs conditions sur lesquelles nous reviendrons : intéressement des hôpitaux aux résultats de leur gestion, révélation de l'objectif de la tutelle, crédibilité des engagements. Sur ce dernier point, toute règle contractuelle incitative suppose que les clauses du contrat aient un caractère exécutoire. Le problème peut être délicat dans la mesure où la responsabilisation des producteurs de soins passe nécessairement par des clauses dissuasives les amenant à supporter les conséquences de leur inefficacité. Parmi les implications de tout mécanisme incitatif figure en effet la possibilité de mise en faillite et donc la fermeture d'hôpitaux. Reconnaître la potentialité de celle-ci peut être une condition nécessaire à la crédibilité de tout mécanisme. Remarquons à cet égard que le Québec a réussi à réduire ses dépenses de santé en supprimant 297 établissements publics entre 1993 et 1997.

Les mécanismes de concurrence fictive

Ces mécanismes peuvent être classés en deux catégories :

- la politique d'enveloppe globale ou de concurrence fictive « à la Cournot » dans laquelle le prix unitaire de chaque offreur dépend des quantités produites par tous les offreurs ;

- la politique de tarification par pathologie ou de concurrence par comparaison dans laquelle le prix unitaire de chaque offreuse dépend des prix (ou des coûts) des autres.

*La concurrence fictive par les quantités :
les politiques d'enveloppe avec ajustements prix/volume*

L'article 16 de l'ordonnance du 24 avril 1996 prévoit que la répartition de l'enveloppe hospitalière doit être fondée sur des contrats entre l'ARH et les hôpitaux et peut reposer sur des comparaisons régionales ou nationales. Dans d'autres domaines, la politique d'enveloppe s'accompagne de mécanismes de fixation *ex post* du prix unitaire ou de règles de bonus/pénalité en fonction du respect de l'objectif. Ces mécanismes conduisent à concevoir les politiques d'enveloppe globale comme des politiques de régulation des prix et des volumes. Cependant, malgré leur diversité, ces mécanismes ont en commun de s'apparenter à des ajustements « à la Cournot », qui laissent aux offreurs des rentes dès lors que leur nombre est réduit. En particulier, l'application de cette notion à une base régionale est génératrice d'inefficacité. Deux politiques de ce type ont été utilisées en France :

- Pour les actes des cliniques en 1993 et 1994, un mécanisme de concurrence fictive par les quantités a été introduit. De même pour les actes de laboratoires, il a été envisagé de faire jouer un mécanisme de « point flottant » qui aurait fonctionné de la manière suivante. Chaque offreur i est rémunéré selon un prix unitaire p défini par $p = E / \sum_i x_i$ où E est l'en-

veloppe et x_i la production de chaque offreur. Cette procédure conduit à une concurrence à la Cournot avec une demande fictive d'élasticité unitaire (que l'État substitue à la demande des patients). Appliquée au niveau régional, c'est-à-dire à un petit nombre d'agents, cette politique est inefficace (cf. Mougeot et Naegelen, 1993 et Mougeot, 1994 et 1998). En effet, le prix unitaire n'est pas un prix paramétrique. Il va refléter le pouvoir de marché de chaque offreur. Cette politique se traduit donc par des rentes des offreurs. Elle pose aussi des problèmes complexes de crédibilité quand elle est envisagée en dynamique. Si les offreurs anticipent que l'acquisition d'information sur leur comportement en t ne sera pas utilisée pour définir l'enveloppe en $t + 1$, ils réduiront les actes et accroîtront leur profit unitaire⁽²⁹⁾. Dans le cas contraire, ils ne modifieront par leur production et la politique sera sans effet.

- Pour la médecine de ville, des procédures de bonus/malus collectif sont prévues à partir de 1999, les médecins devant reverser des honoraires ou recevoir un bonus en fonction de la réalisation de l'objectif. Ainsi un dépassement de l'objectif (calculé collectivement) engendre un reversement

(29) Concrètement, en raison de difficultés liées à l'absence de systèmes d'information, le mécanisme n'a pas fonctionné ainsi et la réduction des actes n'a pas été observée.

réparti entre les médecins en fonction de critères individuels. Le reversement dépendant d'un comportement collectif, la procédure conduit ici à des comportements de passerager clandestin. L'individualisation ramènerait en fait à une procédure analogue à la précédente.

8. Budgets des Centres Hospitaliers Universitaires en 1996

	ISA total	Budget MCO	Valeur du point ISA	Point ISA redressé	Budget théorique	Sur ou sous dotation (en %)
Amiens	79 284 294	1 297 245 773	16,36	15,70	1 458 220 874	- 12,41
Angers	71 874 880	1 216 115 721	16,92	16,30	1 321 944 682	- 8,70
Besançon	62 565 687	1 156 061 058	18,48	16,96	1 150 727 155	0,46
Bordeaux	169 133 368	3 072 018 847	18,16	17,68	3 110 752 392	- 1,26
Brest	62 606 834	1 087 014 092	17,36	17,36	1 151 483 947	- 5,93
Caen	76 587 925	1 585 604 046	20,70	20,43	1 408 628 435	11,16
Clermont-Fd	81 897 591	1 407 413 456	17,19	16,09	1 506 285 425	- 7,03
Dijon	70 900 735	1 169 923 517	16,50	16,50	1 304 027 909	- 11,46
Grenoble	82 565 282	1 677 656 725	20,32	19,43	1 518 565 793	9,48
Lille	144 360 940	2 611 603 885	18,09	17,97	2 655 130 357	- 1,67
Limoges	75 587 077	1 158 149 486	15,32	15,32	1 390 220 536	- 20,04
Lyon	258 534 704	5 143 878 292	19,90	19,90	4 755 048 976	7,56
Marseille	192 183 251	3 801 585 273	19,78	19,78	3 534 692 862	7,02
Montpellier	112 609 546	2 060 309 768	18,30	18,20	2 071 149 058	- 0,53
Nancy	120 381 442	2 165 315 386	17,99	17,81	2 214 092 130	- 2,25
Nantes	109 589 421	1 690 518 635	15,43	15,02	2 015 601 991	- 19,23
Nice	98 904 104	1 669 075 051	16,88	16,88	1 819 074 384	- 8,99
Nîmes	48 463 567	744 411 613	15,36	15,36	891 356 684	- 19,74
Orléans	61 512 219	1 001 273 467	16,28	16,28	1 131 351 466	- 12,99
AP Paris	833 139 960	19 392 226 263	23,28	20,93	15 323 363 769	20,98
Poitiers	69 307 347	1 006 780 513	14,53	14,53	1 274 721 818	- 26,61
Reims	79 464 279	1 402 159 423	17,65	17,65	1 461 531 217	- 4,23
Rennes	96 881 043	1 666 536 096	17,20	16,86	1 781 865 627	- 6,92
Rouen	98 110 036	1 611 193 726	16,42	16,28	1 804 469 657	- 12,00
Saint-Étienne	71 305 100	1 189 495 556	16,68	16,68	1 311 465 111	- 10,25
Strasbourg	129 539 793	2 383 503 069	18,40	18,4	2 382 535 312	0,04
Toulouse	157 373 551	2 892 718 332	18,38	18,38	2 894 462 253	- 0,06
Tours	99 429 786	1 553 654 489	15,63	15,8	1 828 742 884	- 17,71
<i>Total</i>	<i>3 614 093 762</i>	<i>68 813 441 558</i>	<i>19,04</i>	<i>18,39</i>	<i>66 471 512 704</i>	<i>3,40</i>

Source : Base de données PMSI inter CHU.

La représentation de l'activité des hôpitaux en masse de points ISA, permettrait d'utiliser le mécanisme de concurrence fictive par les quantités pour définir les budgets hospitaliers selon la procédure suivante :

- définition par l'État d'une dotation régionale E ;
- détermination de l'activité x_i de l'hôpital i en nombre de points ISA ;
- calcul de la valeur régionale du point ISA : $p = E / \sum_i x_i$.
- définition du budget $B_i = p x_i$.

Cette procédure est en fait assez proche du calcul du budget théorique des hôpitaux (cf. tableau 8). Appliquée effectivement sur une base régionale (donc caractérisée par un petit nombre d'offreurs), elle devrait conduire à un accroissement des prix unitaires et à une réduction du niveau d'activité (comme cela a été le cas pour le budget global) et à une appropriation de rentes par les producteurs. Dans ce processus il y a donc une captation de rentes par l'offreur. Outre les difficultés de crédibilité limitée à moyen terme, notons aussi que la procédure d'enveloppe globale n'apporte pas de solution au problème de la sélection des risques, les hôpitaux ayant intérêt à refuser certains cas coûteux (comme les hémophiles), ni au problème de la qualité des soins, ni aux problèmes d'ententes entre offreurs (face à cette procédure, l'incitation à former des ententes est forte). Actuellement cette procédure ne joue à la marge que sur la modulation des taux d'accroissement des budgets. Le budget théorique révèle donc aux hôpitaux mal dotés leur insuffisance de moyens sans les leur accorder. Il peut conduire les hôpitaux mieux dotés à des comportements de « chasse aux points ISA » permettant de réduire artificiellement la valeur du point.

La concurrence fictive par les prix : les politiques de tarification par pathologie

Une alternative aux politiques d'enveloppe peut être trouvée dans les politiques de tarification par pathologie (ou par DRG : Diagnostic Related Group) utilisées aux États-Unis par Medicare depuis 1983 et adoptées par de nombreuses assurances privées. Ces politiques semblent avoir, dans le contexte américain, permis de contenir les coûts des patients relevant de Medicare (sans éviter cependant des subventions croisées avec les autres patients). Elles s'appliquent sous diverses formes à plusieurs pays européens : Portugal (depuis 1990), Norvège (sous forme d'une combinaison de budget historique et de budget calculé en fonction de l'activité), Suède (depuis 1992), Irlande (pour une part augmentant de 5 % par an).

La logique de cette politique consiste à déterminer un prix fixe par pathologie (celles-ci étant définies par des groupes homogènes de malades). Ce prix étant paramétrique, chaque offreur se trouve dans une situation analogue à une situation concurrentielle. Ce prix prospectif étant fixe, chaque offreur est incité à produire l'effort optimal et à minimiser son coût de production. Il reste à déterminer un mécanisme de calcul de ce prix. L'idée originale consistait à fixer pour chaque hôpital et chaque pathologie un

prix égal à la moyenne des coûts de l'ensemble des hôpitaux. Shleifer (1984) a montré que ce mécanisme de concurrence par comparaison conduisait à un optimum de premier rang et à l'élimination des rentes lorsque seul le risque moral était en cause. Ce résultat peut être généralisé à des situations plus complexes faisant intervenir la qualité des soins et un plafond global des dépenses (Mougeot (1998)). Ce mécanisme est *a priori*, dans des contextes semblables, plus efficace que la concurrence « à la Cournot » résultant des politiques d'enveloppe. Il conduit en effet pour une qualité des soins identique à des prix plus bas et à une rente des producteurs plus faible que dans le cas de la politique d'enveloppe. Les données PMSI actuellement disponibles pourraient permettre une mise en œuvre d'une telle politique conjuguée avec la politique d'accréditation. Il faut de plus noter que, contrairement aux règles de péréquation envisagées pour les budgets hospitaliers, la tarification par pathologie ne fait pas de la moyenne des prix (ou des coûts) une norme. Ce qui est essentiel dans cette approche c'est d'une part le fait que le prix reçu par chaque établissement est fixe et d'autre part qu'il ne dépend pas de ce que l'établissement annonce. D'autres modalités préservant ce caractère paramétrique auraient le même effet. La différence principale de ce mécanisme avec la politique d'enveloppe réside d'ailleurs dans cette propriété. Dans le cas de l'enveloppe, le prix reçu par un hôpital i est une fonction $p_i(x_i, x)$ qui le rend sensible aux réactions des offreurs en termes de quantités (selon le principe de la fonction de réaction de Cournot-Nash). Dans le cas de la tarification par pathologie, cette réaction n'existe pas (on a en fait un équilibre de Nash en prix). Cette différence profonde de logique des mécanismes suppose naturellement que les règles soient appliquées de manière cohérente et que les acteurs les comprennent. Or, dans la pratique française, le discours sur le programme PMSI comme les débuts d'application de celui-ci ont conduit à une déformation de la nature des mécanismes concurrentiels sous-jacents. Cette attitude nuit à la compréhension des procédures par les acteurs qui assimilent tarification par pathologie et ajustement prix-quantité des politiques d'enveloppe. À cet égard, la nécessaire appropriation des outils de régulation par les acteurs suppose un affichage clair des objectifs et du fonctionnement du mécanisme retenu.

La politique de tarification par pathologie comporte cependant des limites. Comme cela a été montré par Ma (1994) ou Newhouse (1996), elle peut conduire les hôpitaux à refuser certains patients gravement atteints lorsque les coûts d'un GHM donné sont dispersés. En effet, la classification des pathologies en groupes homogènes par le PMSI n'empêche pas des différences de coût entre patients selon la sévérité des cas. Pour certaines pathologies, la classification incorpore les sources majeures d'hétérogénéité que sont l'âge ou les complications majeures. Ainsi une fracture du fémur relève du GHM 296 (3 989 points ISA) lorsque le patient a plus de 69 ans ou dans le cas de complications majeures et du GHM 297 (3 378 points ISA) dans le cas contraire. Pour d'autres groupes de diagnostic (concernant par exemple la chirurgie digestive ou l'hématologie clinique

que), la dispersion à l'intérieur d'un GHM est plus importante. Un prix fixe par pathologie peut alors inciter certains établissements à refuser les malades les plus gravement atteints. Un remboursement du coût effectif rendrait inutiles de telles stratégies mais n'inciterait pas les hôpitaux à réduire leurs dépenses. L'hétérogénéité des patients implique alors qu'un arbitrage entre efficacité et sélection des risques soit réalisé. Un tarif linéaire par morceaux (Ma (1994)) ou une combinaison de prix fixe et d'un remboursement partiel du coût (Mougeot (1997)) peuvent résoudre cet arbitrage selon que l'hôpital est neutre par rapport au risque ou risquophobe (il convient alors de réaliser un arbitrage supplémentaire entre risque moral et partage du risque). La répétition de la procédure conduit aussi à des difficultés. Dans la pratique aux États-Unis, au processus décrit plus haut mis en œuvre dans les premières périodes a succédé un mécanisme de prix plafond. La concurrence par comparaison permet dans ce cas d'établir des bases saines à partir desquelles l'évolution des budgets peut s'effectuer à partir d'indices de prix selon une formule de type « RPI-X ». Enfin, il est clair que ce mécanisme n'est pas robuste à la coalition et qu'il faut lui associer une politique de détection des ententes. Cette difficulté n'est pas négligeable mais n'est pas spécifique à la tarification par pathologie. D'autres conséquences pourraient par ailleurs être envisagées en dynamique notamment l'évolution des spécialisations. Si celle-ci s'effectue en fonction d'avantages comparatifs, elle ne peut que conduire à une réduction des dépenses si les hôpitaux se spécialisent dans la production de GHM pour lesquels leurs coûts sont inférieurs à la moyenne. En revanche, la spécialisation à l'intérieur d'un GHM équivaut à une stratégie d'écémage.

La concurrence organisée

Une manière alternative d'envisager le rôle de l'assurance-maladie consiste à la considérer comme un acheteur de soins qui non seulement définit le prix dans un contrat mais aussi choisit le ou les producteurs admis à fournir les soins. Une telle procédure peut être mise en œuvre par un monopole public qui alors organise la concurrence d'un seul côté d'un marché. On peut aussi considérer un mode de fonctionnement de l'ensemble du système de santé tel que les patients-assurés mettent en concurrence des compagnies qui elles-mêmes sélectionnent les offreurs.

La mise en concurrence des offreurs de soins

Des procédures de mise en concurrence des producteurs de soins par l'assurance-maladie existent déjà dans de nombreux pays. Pour des activités relevant du monopole naturel et pour lesquelles *a priori* plusieurs hôpitaux sont susceptibles de fournir les soins, une concurrence pour le marché peut être organisée pour sélectionner le monopoleur. Pour les autres activités, le mécanisme peut être utilisé pour partager le marché entre différents hôpitaux sur la base de propositions en termes de prix et de qualité.

Dans le cadre du « managed care » de nombreux mécanismes de ce type ont été mis en œuvre aux États-Unis. Ils prennent la forme de contrats négociés ou d'appels d'offres. Ainsi, les « Preferred Provider Organizations » (PPO) font jouer la concurrence sur la base de prix unitaires : un assureur passe un contrat avec des producteurs de soins en essayant d'obtenir, pour ses clients, des conditions préférentielles, les bénéficiaires étant orientés vers les offreurs sélectionnés en contrepartie de réductions de primes⁽³⁰⁾. Le programme Medicaid de Californie, puis de nombreux assureurs privés dans un nombre croissant d'États, ont retenu ce mécanisme qui repose sur le principe de l'enchère. Des appels d'offres discriminatoires sont utilisés dans de nombreux États pour les patients relevant de Medicaid⁽³¹⁾ et consistent à sélectionner les offreurs sur la base de propositions de tarifs forfaitaires par patient. Les réformes du NHS britannique mises en œuvre dans les années quatre-vingt-dix prévoient deux catégories d'acheteurs de soins, les administrations sanitaires régionales (District Health Authorities, DHA) et les cabinets de généralistes gestionnaires de budget (General Practice FundHolders, GPFH). Dans le premier cas, les DHA passent des contrats spécifiant les services et les prix après mise en concurrence des hôpitaux du district. Dans le second cas, les généralistes reçoivent un budget par patient et achètent des services hospitaliers après mise en concurrence des hôpitaux et des cliniques. Des réformes en cours prévoient par ailleurs le regroupement de ces généralistes en unités d'achat. Selon Chalkley et Malcomson (1996), la logique de la réforme du NHS doit conduire à une utilisation de procédures d'appels d'offres. Celles-ci ont également été utilisées en Suisse (notamment dans le canton de Vaud).

Toutes les études empiriques américaines montrent que ces procédures ont été profitables en termes de réduction des coûts. Les travaux de Robinson et Phibbs (1989), de Zwanziger et Melnick (1988) sur les PPO's et ceux de Paringer et Mc Call (1991), Mc Combs et Christianson (1987) et Arnould et *alii* (1993) mettent en évidence des économies de coût considérables par rapport au système traditionnel (de l'ordre de 10 à 20 %, l'économie étant chiffrée pour Medical à 840 millions de dollars par an).

Le fonctionnement de ce type de mécanisme de régulation pourrait très bien se concevoir en France par l'intermédiaire des ARH. Celles-ci pourraient définir pour une pathologie (ou un ensemble de pathologies) un ensemble d'établissements publics ou privés accrédités, un cahier des charges en termes de qualité, une règle d'attribution du droit de fournir les soins. Elles pourraient ensuite mettre en concurrence les hôpitaux sur la base de cette règle et d'une règle de paiement faisant éventuellement intervenir partiellement le coût *ex post*, pour tenir compte de l'hétérogénéité des coûts à l'intérieur d'un groupe de maladies donné. Naturellement la question de la règle d'attribution des contrats suppose un raisonnement

(30) En 1994 il y avait 1 107 PPO's aux États-Unis.

(31) Cf. Mougeot (1994) pour une analyse.

multidimensionnel. Le critère d'attribution au plus bas prix peut impliquer que les soins soient fournis par les hôpitaux ayant le service de plus basse qualité. Il convient de s'assurer que les incitations à la réduction des coûts et à l'accroissement de la qualité ne jouent pas dans des directions opposées. Lorsque des différences de qualité sont reconnues (en termes de taux de réussite des interventions par exemple) un seuil d'accréditation peut s'avérer indispensable. Un traitement différent d'hôpitaux différents peut aussi être envisagé. L'enchère « au mieux disant » faisant intervenir un critère de prix et un critère de qualité suppose que l'acheteur de soins ait défini un arbitrage optimal entre ces critères et choisi la meilleure procédure compte tenu de cet arbitrage prix/qualité. Cette procédure peut être complexe (cf. Mougeot et Naegelen (1998)). D'une manière plus générale, le recours à ces procédures apparaît d'autant plus simple qu'il concerne des actes techniques bien définis ou des soins caractérisés par des protocoles standardisés.

Outre la définition des services et des règles d'attribution et de paiement, il reste de nombreuses questions à résoudre pour mettre en place de telles procédures. Outre le contrôle des ententes, deux d'entre elles apparaissent fondamentales. La première concerne la nécessité d'un excès d'offre. Cette question, est essentielle pour que la concurrence soit effective : suggère une politique différente de celle que l'on connaît en France en matière de carte sanitaire : l'obtention de prix bas est conditionnée par l'existence d'une capacité excédentaire qui justifie des incitations à l'entrée au lieu de rationnements. Dans cette perspective, les phénomènes de détournement de la réglementation liés aux barrières à l'entrée que constitue la carte hospitalière pourraient être réduits. L'excès d'offre pourrait devenir un facteur de réduction des dépenses au lieu d'être une cause de leur accroissement. Une seconde question a trait au sort des perdants. Admettre qu'ils peuvent fournir les soins aux conditions proposées par les hôpitaux sélectionnés peut conduire à des stratégies préjudiciables à la réduction des prix. En revanche, accepter qu'ils disparaissent réduit l'intensité de la concurrence ultérieure. Une solution à ce dilemme peut être envisagée si cette procédure n'est utilisée que pour un sous-ensemble d'activités.

La mise en concurrence des assureurs et des offreurs

Le système précédent substitue un acheteur (public ou privé) aux patients pour négocier les contrats de fourniture des soins. L'étape suivante consiste à réintroduire les patients en leur confiant un rôle actif de mise en concurrence des acheteurs. Deux possibilités sont envisageables dans cette optique.

La double mise en concurrence

Les principes sur lesquels repose la réforme dans le cadre du plan Dekker aux Pays-Bas conjuguent la mise en concurrence par les patients des assureurs (privés ou publics) et la mise en concurrence des prestataires de servi-

ces de santé par les assureurs agissant en tant qu'acheteurs de soins. Les problèmes d'équité et de sélection des risques évoqués dans la troisième partie sont évités par la déconnexion de l'activité de prélèvement des primes et de l'activité d'assurance (cf. supra) : les assureurs reçoivent par l'intermédiaire d'une caisse de péréquation des forfaits par âge et par sexe financés par l'impôt pour chacun de leurs clients et couvrant 75 % des dépenses, les 25 % restant faisant l'objet de paiements directs et d'une mise en concurrence. Ainsi plus l'assureur négocie des contrats avantageux avec les offreurs, plus il peut proposer des prix bas pour ces primes, la qualité étant surveillée par un organisme indépendant.

Le projet Diamond (1992) et le plan Clinton reposaient sur une architecture analogue : création d'un Federal Health System (Health Fed), division de la population en groupes suffisamment grands pour bénéficier d'économies d'échelle et suffisamment petits pour permettre la mise en place d'une concurrence, définition d'un menu de contrats, sollicitation d'offres pour l'ensemble de la population auprès d'assureurs privés et sélection sur la base des prix. Ce système de mise aux enchères des assurances maladie aurait été naturellement le complément des PPO et des HMO du côté de l'offre. Enfin, le système suisse pourrait évoluer dans ce sens, les compagnies passant des contrats avec les prestataires après mise en concurrence.

Ces projets ambitieux conciliant efficacité, équité et limitation de la sélection des risques ont connu des difficultés de mise en œuvre. Le mauvais fonctionnement des caisses de péréquation et la présence de collusions ont freiné l'application du plan Dekker. Le plan Clinton a été repoussé. Ces projets constituent cependant des éléments fondamentaux de toute réflexion sur une réforme globale de l'assurance-maladie.

Les « Health Maintenance Organizations » (HMO)

Développés à partir de 1973 aux États-Unis, les HMO constituent la forme intégrée du système précédent. Mises en œuvre sous des formes concrètes diversifiées (Group Model, Staff Model, IPA,...), ces organisations offrent une gamme complète de services de santé en contrepartie d'un prépaiement forfaitaire, fixé annuellement en début de période, indépendamment du volume des services effectivement fournis. Les usagers adhèrent librement à une HMO, soit individuellement, soit par l'intermédiaire de leur employeur, en mettant en concurrence diverses organisations, et renoncent en fait au libre choix du médecin. Le contrat peut être remis en cause annuellement.

La conjugaison d'un mécanisme concurrentiel et d'une procédure incitative interne a conduit à des performances remarquables des HMO. Tout d'abord, à chaque renouvellement de contrat, les adhérents peuvent faire jouer la concurrence entre « Health Maintenance Organizations », sur la base d'un rapport qualité/prix. Par ailleurs, dès lors que les adhérents paient un tarif forfaitaire, les producteurs de soins attachés aux HMO et associés

au résultat financier de l'organisation, sont incités à réduire les coûts, à augmenter l'efficacité et à substituer des soins moins coûteux aux soins lourds : le partage du surplus réalisé conduit à la réalisation de l'effort maximal dès lors que l'intérêt des praticiens coïncide avec la réduction des dépenses. Indépendamment de toute question financière, les HMO présentent aussi l'avantage d'une organisation en termes de filière de soins minimisant la duplication des actes, favorisant la coordination des praticiens et la coopération et fondée sur une conception globale des soins médicaux et de la santé des patients.

Toutes les études empiriques témoignent de coûts inférieurs de 10 à 50 % à ceux des autres systèmes en vigueur, notamment en raison d'un moindre recours à l'hospitalisation. Quant à la qualité qui a fait l'objet aussi de multiples travaux (Miller et Luft (1994)), on peut constater avec Folland, Goodman et Stano (1995) qu'il serait injustifié de conclure que les HMO fournissent des soins de qualité inférieure. Notons cependant une contradiction fondamentale du système américain qui présente un ensemble de mécanismes efficaces (HMO, PPO, DRG, etc.), mais est globalement inefficace. Le fonctionnement de l'assurance-maladie qui conduit à la fois à une exclusion d'une partie de la population et à un excès de consommation d'une autre partie qui exploite la différenciation des contrats peut expliquer cette divergence.

La régulation de la médecine ambulatoire

La question de la régulation de la médecine de ville est complexe. On a mis en évidence que la tarification à l'acte conduisait à une expansion du nombre d'actes fournis. Elle conduit inévitablement à la mise en œuvre d'enveloppes régionales non fongibles dont les effets pervers ont été rappelés. L'applicabilité de celles-ci repose par ailleurs sur un système de sanctions en cas de dépassement, sanctions dont la crédibilité est limitée. La solution alternative est celle qu'ont adoptée un grand nombre de pays à la suite de la Grande-Bretagne et qui consiste à réduire la liberté de choix des patients en limitant leur accès au système de soins au passage obligé par un médecin généraliste sur la liste duquel ils doivent être inscrits. Ce système s'accompagne d'une hiérarchie entre soins de premier recours (relevant du généraliste) et soins de second recours (auquel l'accès n'est permis que sur indication du généraliste qui aiguille le patient dans le système de soins). Le paiement à la capitation conduit alors à une stratégie inverse des offreurs qui ont intérêt à limiter leur production d'actes, cet arbitrage différent entre effort et revenu tenant toutefois compte de la possibilité ouverte aux patients chaque année de changer de praticien.

Le projet de mise en place d'un « médecin référent » en France s'inspire de façon lointaine de ce système. Abandonnant l'idée du paiement à la capitation, il dénature totalement le principe de fonctionnement des généralistes anglais. Dans ces conditions, les inconvénients semblent l'empor-

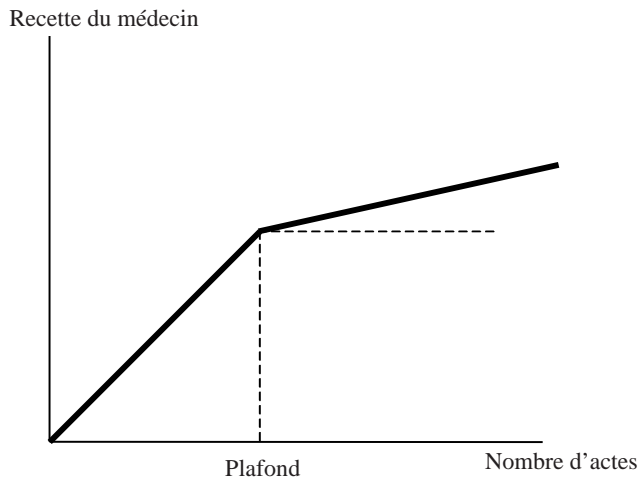
ter. La réduction de la liberté de choix ne s'accompagne pas nécessairement d'une réduction des coûts, mais plutôt d'une étape supplémentaire coûteuse dans le processus de soin. Les surcoûts de cette mesure sont évidents alors que les éventuelles économies sont aléatoires (Rupprecht (1998)). Pour Portos (1997), il serait paradoxal de confier la responsabilité initiale et centrale du système de soins à ceux qui prescrivent mal (cf. en ce sens les exemples cités par Moatti (1995)). La réorganisation du système de santé que supposerait la généralisation de ce principe serait mal accueillie par les patients et les médecins non formés à cette fonction.

Y-a-t-il d'autres solutions ? L'attachement des Français à la liberté de choix limite les possibilités. L'interdiction de la consultation directe d'un spécialiste ne semble pas souhaitable. Les mesures quantitatives ayant montré leur inefficacité, un mécanisme de prix pourrait-il jouer un rôle ? Sur ce point, une condition préalable à l'amélioration du secteur des soins ambulatoires semble être une rénovation de la mesure de l'activité fondée sur une nouvelle nomenclature des actes et reliée au PMSI (cf. Brocas (1995)). Si cet instrument était disponible, comme il existe aujourd'hui un continuum entre médecine de ville et hospitalisation, certains actes techniques simples pourraient faire l'objet d'une prise en charge par les médecins généralistes, les médecins spécialistes ou par des établissements hospitaliers. Dans le cadre d'une nomenclature rénovée, une mise en concurrence pourrait être organisée pour ces actes. Reste la question des consultations et de leur rémunération. Notons tout d'abord que des expériences de filières de soins pourraient être envisagées, accompagnées d'une rémunération à la capitation du médecin « aiguilleur » dont la fonction pourrait être remplie par des généralistes ou par certains spécialistes. Cette option pourrait être ouverte à des conditions éventuellement différenciées de remboursement par l'assurance-maladie. Par ailleurs, l'articulation de la régulation macroéconomique par enveloppe fermée et des comportements microéconomiques pose moins de problèmes dans le domaine ambulatoire que dans le secteur hospitalier. Le grand nombre de médecins réduit en effet l'effet de la concurrence « à la Cournot » : une tarification selon un « point flottant » est donc concevable. Cependant, il conviendrait de ne pas trop spécialiser les enveloppes pour limiter les rigidités. Enfin, dans un système où le paiement à l'acte serait maintenu, une voie alternative à la politique des enveloppes pour agir sur le volume des actes est celle de la tarification non linéaire par blocs. Jusqu'à un certain nombre d'actes, le praticien serait rémunéré selon le tarif de la Sécurité sociale. Au-delà, il ne recevrait qu'une fraction de ce tarif. Le Québec utilise un mécanisme de ce type depuis 1976 : au-delà du plafond (égal à 135 % du revenu brut moyen), les médecins ne reçoivent que 25 % du prix de la consultation. Avec ce mécanisme, le prix reçu par le médecin (variable selon le niveau de son activité) serait déconnecté du prix payé par le patient (identique quelle que soit l'activité du praticien).

Reposant sur un mécanisme auto-sélectif, cette procédure aurait l'avantage de la souplesse et aussi celui de procurer des ressources additionnelles

à l'assurance-maladie. La difficulté à résoudre est la définition du plafond. C'est une question de répartition des revenus. Il est cependant difficile d'élu-der cette question si l'on veut réduire les dépenses.

7. Prix non linéaire des actes



Un dernier problème doit être mentionné. C'est celui du secteur à honoraires libres dont Mormiche (1995) a montré qu'il était générateur d'inégalités sociales. Cette mesure de désengagement de l'assurance-maladie est choquante. L'insuffisante information sur les prix effectivement pratiqués ne permet pas de faire jouer un véritable mécanisme de marché. Lorsque tous les spécialistes d'une ville sont dans le secteur II, des phénomènes de cartellisation sont à craindre. Bien que l'entrée dans le secteur II soit désormais arrêtée, 38 % des spécialistes dépassaient le tarif de remboursement de la Sécurité sociale en 1996. Les dépassements, bien qu'en légère décélération, sont supérieurs à 7 milliards par an soit environ 230 000 francs par médecin. Dans de nombreux cas, les patients n'ont pas le choix. Ce mécanisme conduit par ailleurs à une discrimination entre médecins en place et entrants. Toute discrimination ne doit pas être écartée *a priori* dès lors que des choix de tarifs et de conditions de consommation différenciés sont de nature à accroître l'efficacité. De nombreux secteurs d'activité ont mis en place des options tarifaires améliorant l'efficacité (cf. par exemple le tarif *Primaliste* dans le domaine des télécommunications) et permettant même de combattre l'exclusion (cf. Henry (1997)). Cependant, dans le secteur de la santé, la discrimination au second degré peut conduire à l'opposé à des inégalités sociales d'accès et à l'exclusion de certaines catégories des soins les plus performants, dès lors que l'autosélection qu'introduit un menu d'options tarifaires passe par une réduction de la qualité des services proposés

aux agents dont la disposition à payer est faible. Par suite, dans sa pratique actuelle, la discrimination par le revenu que le secteur II instaure n'a pas de fondement en termes d'efficacité. Elle est de plus inéquitable et on voit mal dès lors quel argument pourrait la justifier du point de vue de l'intérêt général. En revanche, on pourrait concevoir que l'assurance-maladie retienne des procédés discriminatoires de rémunération des médecins pour inciter ceux-ci à accepter des actes spécifiques (comme tout ce qui relève de l'urgence).

Conclusion

Ce bref survol des mécanismes d'allocation alternatifs au rationnement montre que des solutions permettant de concilier la maîtrise des dépenses et la qualité des soins existent. Elles supposent souvent une inversion complète des règles. Elles nécessitent naturellement des changements institutionnels et des modifications de comportement. Le fait que ces mécanismes aient permis à d'autres pays d'améliorer leur bilan coût/efficacité dans le domaine de la santé devrait conduire à une réflexion sur leur introduction en France.

Quelle évolution pour le système français de santé et d'assurance-maladie ?

On peut penser que toute réforme profonde du système de santé français est impossible. Le compromis social implicite en faveur du système en place est en effet tel que toute velléité de changement se heurte à des réactions défensives de grande ampleur émanant des professionnels de la santé ou des organisations syndicales. On peut aussi penser que toute réforme est inutile dans la mesure où le plan Juppé avait réussi à freiner la croissance des dépenses de soins et a mis en place une nouvelle structure institutionnelle faisant intervenir un vote du Parlement, une clarification des pouvoirs des caisses et une nouvelle instance (l'ARH) chargée d'allouer les moyens au niveau régional. On peut aussi penser que toute réforme serait dangereuse, la maîtrise des dépenses ne pouvant être réalisée qu'au prix d'une baisse de la qualité des soins. On pourrait même avancer que toute réforme serait inopportune dès lors que le retour de la croissance allège les contraintes pesant sur les budgets sociaux.

Ces arguments sont connus. Leur évocation récurrente (sous une forme ou une autre) explique vraisemblablement que le niveau des dépenses est très élevé alors que l'état sanitaire de la population n'est pas significativement supérieur à la moyenne des pays développés. Nos performances nous classent rarement parmi les meilleurs alors que ceux-ci ont souvent réussi aussi à freiner leurs dépenses. L'impossibilité de la réforme renvoie à un particularisme culturel qui ne concerne pas que le secteur de la

santé. Il conviendrait cependant de mettre en évidence les raisons qui font que ce qui est possible au Québec, en Suisse, au Royaume-Uni ou aux Pays-Bas ne l'est pas en France. Évoquer l'inutilité de la réforme relève de la myopie. Le relatif succès à court terme du plan Juppé ne préjuge pas de l'évolution dynamique du système. Les dérapages récents des dépenses de santé montrent d'ailleurs que le ralentissement n'était que temporaire. La politique des « enveloppes fermées sectorielles non fongibles » porte en germe un blocage complet de l'offre de soins en raison de l'inadaptabilité des enveloppes aux changements de la demande, de la productivité, de la qualité des soins et à l'innovation. Avancer le caractère inopportun d'une réforme est un argument conjoncturel sans portée. Quant au caractère dangereux d'une meilleure maîtrise des dépenses, il est démenti par les expériences étrangères et par toutes les données citées dans ce rapport.

Compte tenu des analyses des sections précédentes, il apparaît qu'une réforme est à la fois souhaitable pour des raisons d'efficacité et d'équité, et possible compte tenu des mécanismes alternatifs qui pourraient être instaurés et dont la théorie économique et les expériences étrangères ont mis en évidence les avantages. Le retour à la moyenne des pays de l'Union européenne équivaut à une réduction des prélèvements équivalent au montant évalué par le rapport Béraud. Cependant la question essentielle n'est pas seulement d'ordre macroéconomique. Elle concerne plutôt l'instauration de bonnes incitations économiques conduisant à une gestion plus efficace sans réduire la qualité des soins et sans accroître les inégalités. À cet égard, une réforme du système de santé pourrait conduire à la réduction de certaines dépenses et à l'accroissement d'autres dans le cadre d'une meilleure allocation des ressources. Si l'on admet ce diagnostic, plusieurs questions se posent. La première est celle de la nature d'une réforme : faut-il une évolution graduelle ou une réforme structurelle profonde ? Sur cette question, les transformations réussies (au sens où elles ont apporté un changement significatif) de l'organisation des systèmes de santé dans d'autres pays ont été généralement rapides et structurelles. La réforme du NHS britannique issue du *Livre Blanc* « Working for Patients » de 1989 reposait sur l'autonomie des agents et l'instauration de quasi-marchés dont le principe était à l'opposé de la planification centralisée antérieure. L'application de la réforme a cependant été rapide et d'une grande ampleur malgré les réticences initiales. La mise en œuvre de la LaMal en Suisse a suivi rapidement son vote en 1994 malgré les transformations profondes des comportements qu'elle supposait. L'instauration des tarifications par pathologie par Medicare aux États-Unis annoncée en décembre 1982, votée en mars 1983 a été effective en octobre 1983. La seconde question concerne les principes sur lesquels devrait reposer toute réforme. Le *Livre Blanc* avait à cet égard fait deux constats qui sont confirmés par ce rapport. D'une part, notre système de santé pourrait améliorer nettement ses performances en conjuguant une meilleure qualité avec un meilleur contrôle de la dépense. D'autre part, ce n'est pas l'instauration de mécanismes de régulation reposant sur l'évaluation de l'utilité des dépenses qui entraînerait

le rationnement des soins, mais c'est au contraire l'emballlement d'un système sans régulation qui induirait un rationnement insidieux et non choisi par la collectivité. Cependant, si l'accord est aisé sur les principes (préserver la solidarité, la qualité des soins et le caractère libéral de la médecine) et les orientations générales (redonner une logique à l'utilisation des instruments, donner la première place aux préoccupations de santé publique, redéfinir le rôle de l'État, conforter la maîtrise médicalisée sans la déconnecter de toute préoccupation économique, favoriser les comportements vertueux, mieux gérer l'hospitalisation, consolider la politique économique du médicament, retrouver la voie de l'expérimentation en grandeur nature) de ce rapport, il convient d'aller plus loin. L'introduction de mécanismes d'incitation et de concurrence apparaît indispensable pour améliorer l'efficacité de la production de soins. La pérennisation de la procédure des enveloppes fermées devant être écartée, il convient d'esquisser ce que pourrait être une régulation microéconomique du système de santé et d'assurance-maladie. Pour cela, on peut se placer d'abord du point de vue des réformes réalisables dans le cadre du monopole de l'assurance, avant de considérer des évolutions plus radicales s'inspirant des plans Diamond, Clinton ou Dekker. Leur difficulté de mise en œuvre concrète invite à décomposer le raisonnement. Un premier scénario consiste à envisager des changements des mécanismes d'allocation des ressources dans le cadre du monopole actuel de l'assurance-maladie. La seconde étape esquisse ce que pourrait être une régulation conjointe des marchés des soins et de l'assurance-maladie. En tout état de cause, toute réforme du système de santé doit tenter de concilier la régulation avec les libertés des patients et des prestataires de soins, et de réaliser un arbitrage délicat entre qualité de soins et maîtrise des coûts.

L'évolution dans le cadre du monopole de l'assurance

Une première approche consiste à envisager ce qui peut être réformé dans le cadre des institutions actuelles telles que les ont définies les ordonnances du 24 avril 1996. Compte tenu du monopole de l'assurance-maladie, la possibilité de faire jouer des mécanismes économiques du côté des assurés est limitée au rôle du ticket modérateur. En revanche, les conventions entre l'État et l'assurance-maladie, les contrats entre les agences régionales d'hospitalisation et les établissements ou la contractualisation interne permettent de concevoir la mise en œuvre d'une régulation des dépenses. Si l'on souhaite éviter les dérives inhérentes à toute procédure de planification centralisée, il faut toutefois trouver un meilleur équilibre entre le rôle de la planification et celui des mécanismes incitatifs décentralisés. Une difficulté essentielle réside dans la coexistence de mécanismes reposant sur des logiques antagonistes. Ainsi, les quantités, variables décisionnelles de la planification, deviennent endogènes au niveau décentralisé si l'on fait jouer des règles concurrentielles. L'encadrement de ces règles par une forme centralisée de planification indicative peut nécessiter des

ajustements de celle-ci en fonction de l'acquisition d'information liée à l'instauration de quasi-marchés. Une autre difficulté préalable doit être aussi soulignée. En donnant plus de souplesse au système par des règles incitatives d'allocation et de paiement, on peut mettre fin à certains comportements stratégiques des acteurs. Il est naturel que les acteurs s'adaptent très vite aux nouvelles règles. Il convient donc d'en tenir compte. Remarquons ainsi que la principale justification du rationnement centralisé réside dans le rejet du marché dans le secteur sanitaire. Réintroduire des mécanismes concurrentiels ne signifie pas l'acceptation d'un marché libre, mais au contraire la recherche d'une réglementation permettant de satisfaire au mieux aux critères d'efficacité et d'équité. À cet égard, la deuxième partie de ce rapport a mis en évidence des effets-prix et des effets-quantités. Dans le premier cas, l'inefficacité résulte clairement de l'absence de mécanismes concurrentiels. Réintroduire un ajustement par les prix pour des actes ou des pathologies donnés dans un cadre défini par l'État semble s'imposer. Dans le second cas, il s'agit en fait d'éliminer des actes redondants et de faible utilité. La rémunération forfaitaire des offreurs (selon les pathologies ou à la capitation) les conduit à un comportement efficace en termes d'actes fournis, mais au détriment éventuel de la qualité des soins et avec le risque d'une sélection des patients. La rémunération à l'acte conduit en revanche à une expansion mal contrôlée du nombre d'actes pouvant justifier un encadrement quantitatif par des normes de pratique médicale. Compte tenu des arbitrages à réaliser, considérons successivement ce qui devrait relever d'instruments centralisés et décentralisés.

Les instruments relevant de la gestion centralisée

Dans une démarche articulant l'utilisation d'instruments d'intervention centralisée et de règles d'incitation au niveau décentralisé, il convient en premier lieu de définir les champs d'action respectifs des deux catégories d'instruments. La politique de santé publique reste naturellement du ressort de l'État qui doit définir les choix de la collectivité concernant les besoins de santé et les priorités, notamment sous forme d'objectifs quantifiés de santé publique et d'obligations précises en matière de prévention. Le respect des principes fondamentaux du système de santé est aussi une prérogative publique : refus de la sélection par le risque, maintien d'une assurance-maladie universelle avec un taux de couverture suffisant, équité de l'accès aux soins pour toute la population et notamment pour les plus démunis. L'État devrait aussi fixer des objectifs d'évolution à moyen terme du système de santé. Cette prérogative que l'exécutif pourrait partager avec le Parlement implique d'abord un affichage clair et stable des objectifs de la nation concernant l'évolution de la dépense pendant cinq ans de manière à rendre celle-ci moins sensible aux variations conjoncturelles. Dans cette perspective, si une politique de réduction des prélèvements publics était engagée, le secteur de la santé pourrait être concerné en raison des gisements importants de productivité qu'il recèle. Dans le cadre de la politique de santé publique, l'État devrait aussi définir des normes d'équipement et

de dotations en moyens financiers, humains ou matériels de manière à assurer un cadre cohérent aux mécanismes décentralisés et un traitement équitable des habitants des différentes régions : les schémas d'organisation sanitaire devraient ainsi permettre une restructuration de l'offre en fonction des besoins⁽³²⁾ et préservant sa diversité. Dans un premier temps, l'État, dans le cadre du vote de l'ONDAM par le Parlement, serait aussi chargé de la répartition régionale de cette enveloppe.

Au-delà de ces principes dont l'État serait le garant, la fonction des administrations sanitaires et de l'assurance-maladie devrait porter sur trois types de variables pour encadrer des mécanismes décentralisés.

La définition des normes

Pour que des mécanismes d'incitation jouent correctement leur rôle au niveau décentralisé, ils doivent concerner des soins dont la qualité et la sécurité satisfont à des normes et des offreurs de soins dont la compétence est garantie. L'article L710-5 du Code de la Santé publique confie à l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) la mission d'apprécier les établissements et les services à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités des établissements. Des règles de sécurité conditionnant l'exercice, des règles de qualité définissant les pratiques optimales du point de vue du risque accepté par la collectivité et des règles de bonne pratique médicale doivent s'imposer à tous les praticiens sous leur contrôle. La satisfaction de normes de sécurité doit être le premier facteur autorisant l'accréditation. L'évaluation des services doit conduire à l'aide de méthodes rigoureuses et non contestables et d'indicateurs fiables à une véritable notation des services hospitaliers. L'évaluation des stratégies thérapeutiques doit aboutir à une réduction des disparités de recours à certains actes. Toute innovation médicale devrait faire l'objet d'une évaluation économique formalisée en termes de coûts et de bénéfices⁽³³⁾. Il devrait en être de même pour la caractérisation de la politique de prévention.

Cette fonction de définition des normes de qualité et de sécurité est impérative. La France a certainement en ce domaine un retard qu'il conviendrait de rattraper. Des pénalités sous forme de fermeture d'établissements et d'interdiction d'exercice devraient être associées aux normes de qualité et de sécurité pour les rendre exécutoires.

(32) Cf. sur cette question Brocas et Vinas (1998) qui préconisent aussi sous une forme différente la conjugaison d'une planification et d'incitations financières.

(33) Des analyses *coûts-maléfices* pourraient aussi être envisagées, comme le suggère Domenighetti (1997) qui évalue à 700 500 dollars le coût du décès supplémentaire induit par le traitement de l'hypercholestérolémie asymptomatique aux États-Unis.

La diffusion de l'information

L'asymétrie d'information entre le patient et le médecin est une caractéristique essentielle du marché des soins. C'est aussi un facteur permissif de la captation de régulation. L'information sur la qualité et la sécurité des soins, sur les performances sanitaires des établissements hospitaliers ou sur les indications thérapeutiques possède des caractéristiques d'un bien collectif que l'État doit produire. Sa fonction devrait concerner la collecte de ces informations (par l'intermédiaire de l'ANAES) et leur diffusion auprès de tous les acteurs. Elle devrait concerner les informations sanitaires mais aussi éventuellement les coûts des formes alternatives de soins lorsque cette diffusion n'est pas un obstacle à la mise en place d'un mécanisme concurrentiel. L'incertitude sur les coûts des concurrents jouant un rôle essentiel dans le fonctionnement de la tarification par pathologie ou de l'appel d'offres, la publication d'informations sur les coûts devrait en revanche être limitée si des procédures de ce type étaient retenues.

L'introduction de la transparence par la diffusion d'informations⁽³⁴⁾ permettrait un accès plus éclairé des consommateurs au système de soins, une amélioration du consensus sur les indications thérapeutiques pour les producteurs de soins et une meilleure orientation des décisions des gestionnaires⁽³⁵⁾. Elle permettrait aussi de réduire les inégalités d'accès aux soins résultant des différences d'éducation ou de connaissance des possibilités offertes par le système de soins. La transparence est, par ailleurs, une condition nécessaire au fonctionnement d'un système de santé pluraliste dans lequel on ferait jouer un rôle à des règles d'incitation financière. Le rôle de l'État en tant que producteur d'une information fiable est donc crucial pour la mise en œuvre de quasi-marchés. Une tâche essentielle devrait concerner la mise en place d'un système d'informations concernant les performances des établissements après correction pour éliminer les effets de sélection de clientèle.

La définition des règles de paiement et la garantie de leur caractère exécutoire

Dès lors que la mise en concurrence d'offreurs ou la définition de règles de paiement des producteurs ne peut relever d'un marché libre, c'est à l'État ou à l'assurance-maladie de les définir. Cela suppose un rôle analogue à celui des « autorités de régulation » dans le cas des monopoles naturels.

Définir des modalités de tarification et le rôle éventuel des coûts observés dans la règle de fixation des prix constitue la première attribution de l'État à cet égard. Assurer la réalité de la concurrence par une éventuelle

(34) Comme c'est le cas au Royaume-Uni depuis la réforme.

(35) Cf. Domenighetti (1993) qui rappelle que la simple fourniture d'informations à la population du Tessin sur l'hystérectomie a eu pour conséquences une baisse de 30 % des taux opératoires.

politique d'entrée d'offreurs, lutter contre les ententes, instaurer des mécanismes appropriés de mise en concurrence sont les autres prérogatives publiques dans un schéma de réglementation.

Cette fonction n'a pas été exercée dans le passé par l'État et l'assurance-maladie. Elle n'appartient pas à la culture des administrations sanitaires, ni à celle des caisses d'assurance-maladie. Une transformation de celles-ci en acheteur de soins (comme cela a été réalisé au Royaume-Uni pour les DHA) est une condition essentielle à l'introduction de la souplesse dans le fonctionnement de notre système de santé. Une question ouverte reste celle de l'autorité qui devrait mettre en œuvre cette politique. La logique de la fonction d'assurance plaide pour la confier aux caisses de Sécurité sociale. Les ordonnances de 1996 semblent plutôt en faire une prérogative des ARH pour la dépense hospitalière. Le dualisme instauré par ces ordonnances (régulation du secteur hospitalier par les ARH et de la médecine ambulatoire par les caisses) ne semble pas adapté à la réalité actuelle du système de soins qui relève plus d'un continuum allant de la médecine de ville à l'hospitalisation concrète. Compte tenu de cette situation, l'unicité de l'autorité régulatrice serait un choix plus rationnel. Enfin, un dernier problème doit être évoqué, celui de l'objectif d'une régulation décentralisée. Nous avons raisonné dans l'optique des fonctions premières du système de santé concernant la production des soins. Comme cela a été souligné dans l'introduction, d'autres fonctions ont été dans le passé assignées aux dépenses de santé et relèvent de la politique de l'emploi, de l'aménagement du territoire ou de la politique industrielle. Il convient de fermement considérer que la régulation a pour but la maîtrise de la dépense et la qualité des soins. La clarification des objectifs est, à cet égard, impérative. On ne peut demander simultanément aux ARH de maîtriser les dépenses de santé et de défendre l'emploi local.

Les instruments incitatifs au niveau décentralisé

Au niveau des producteurs de soins, il s'agit de définir les mécanismes de paiement correspondant à leur activité. Dans la mesure où toute règle incitative repose sur l'idée que les agents réagissent à la règle, il convient, au préalable, de donner aux agents cette possibilité en les responsabilisant. Pour les producteurs privés (cliniques, médecine libérale, laboratoires d'analyse) le problème ne se pose pas. Pour les producteurs publics, on ne peut éluder la question de leur intéressement aux résultats, c'est-à-dire celle de leur autonomie de gestion. La réussite de la réforme du NHS repose en grande partie sur le statut de « trust hospital » pour lequel ont opté volontairement la quasi totalité des établissements publics. Ces hôpitaux deviennent propriétaires de leurs actifs, fixent les conditions d'emploi et de rémunération de leur personnel, se font concurrence et peuvent accumuler des excédents ou emprunter. Financés par les contrats passés avec les DHA ou avec les généralistes, ils ont essentiellement des contraintes financières (équilibre budgétaire, taux de rentabilité de 6 %). Leurs prix de vente des servi-

ces de soins sont toutefois réglementés et fixés au niveau du coût minimum. Un équilibre entre une autonomie accrue de gestion et les principes du service public à la française devrait être trouvé pour mettre en œuvre toute politique décentralisée. Des hôpitaux plus autonomes pourraient ainsi eux-mêmes décider sous tutelle des ARH de leur spécialisation et du redéploiement des moyens. Pour jouer un rôle actif dans des mécanismes d'allocation des ressources entre les hôpitaux, ceux-ci doivent avoir une plus grande maîtrise de l'allocation interne des moyens et du choix de leurs facteurs de production.

Un autre préalable concerne l'uniformité des règles financières pour un même type de services. La coexistence d'hôpitaux publics et d'établissements privés financés par dotation globale et d'établissements privés financés par le prix de journée est un facteur qui biaise la concurrence et l'allocation des ressources. L'adoption d'une règle identique doit permettre d'améliorer le fonctionnement du secteur hospitalier et de donner la possibilité aux autorités publiques (ARH ou assurance-maladie) de rémunérer de la même manière des services identiques, et aussi de faire jouer une concurrence plus saine que la concurrence actuelle par l'offre. Naturellement des règles identiques ne doivent concerner que des activités identiques. Les missions de service public des hôpitaux (en particulier les services d'urgence, de garde de nuit, d'enseignement et de recherche) doivent faire l'objet de financements spécifiques de manière à éviter les subventions croisées actuelles qui sont susceptibles de pénaliser les établissements publics face à des règles plus concurrentielles. Une distinction claire entre les activités relevant d'un marché des soins et les activités relevant du service public non marchand (urgence, recherche, enseignement) est à cet égard indispensable.

La théorie économique et les expériences étrangères montrent que les règles financières de rémunération de l'activité qui conduisent à une allocation efficace relèvent soit de la concurrence par comparaison soit de l'appel d'offres. Ces deux mécanismes reposent sur l'idée que le prix reçu par un hôpital dépend des coûts de ses concurrents (fictifs dans le premier cas, effectifs dans le second). Le fait d'ignorer les prix des autres joue donc un rôle dans ces mécanismes. En annonçant la valeur individualisée du point ISA, la Direction des Hôpitaux a donc rendu impossible le fonctionnement de ces systèmes de tarification sur la base du point ISA. Les hôpitaux ayant une valeur du point inférieure à la moyenne n'ont aucune raison de réduire leurs coûts et ceux qui sont au-dessus de la moyenne ont toute latitude pour justifier cette valeur par des performances annoncées meilleures ou pour accroître leur activité. On observera à ce propos une constante dans les politiques françaises : la transposition de règles étrangères dans un contexte qui les dénature et leur fait perdre tout intérêt. C'est le cas ici pour les prix ISA. C'est le cas (cf. supra) pour l'option « médecin référent » sans capitation et sans gestion d'un budget. C'est aussi le cas pour le projet AXA qui simule le fonctionnement d'un HMO sans concurrence. Les pro-

priétés d'efficacité et d'incitation étant liées à la cohérence des mécanismes, il apparaît indispensable de respecter les hypothèses sur lesquelles ils reposent, ce qui n'a été le cas jusqu'ici⁽³⁶⁾. Compte tenu de ce handicap, considérons les mécanismes qui pourraient être adoptés. Rappelons que l'efficacité de ceux-ci repose sur la crédibilité des engagements de l'État à les mettre en œuvre, et plus généralement sur la crédibilité de la politique publique de régulation de la dépense de santé.

La tarification par pathologie

Au sein de chaque région dans une première étape, puis nationalement après rééquilibrage des dotations, des établissements de santé privés et publics, homogènes en termes d'équipement et de plateau technique, font l'objet d'une accréditation par pathologie ou par groupes de pathologies. Ayant la maîtrise de leurs facteurs de production et dotés d'une comptabilité analytique, ils peuvent évaluer le coût de chaque pathologie dans le cadre de la classification par GHM du PMSI. Ils proposent aux ARH à chaque période un prix pour chaque pathologie pour laquelle ils sont accrédités. L'ARH définit ensuite un prix moyen fondé sur une moyenne des coûts et ajusté pour tenir compte des demandes adressées à chaque hôpital. Ce prix ne devrait pas être fixé pour le point ISA mais pour chaque pathologie de manière à réduire l'impact négatif de la publication des valeurs de ce point et à faire jouer un rôle aux spécialisations des hôpitaux. Les établissements sont ensuite rémunérés à partir d'un prix fixe en fonction de leur activité. Pour tenir compte de l'hétérogénéité des patients et éviter la sélection des risques, le prix reçu peut être une combinaison linéaire du prix fixe et du coût observé *ex post* (le coefficient de partage pouvant varier selon les pathologies en fonction de la variance des coûts).

Face à une règle de ce type, chaque producteur est incité à minimiser son coût de production et à se spécialiser dans les pathologies pour lesquelles il possède un avantage comparatif. La qualité des soins est assurée par la définition d'un cahier des charges et la publication régulière par l'ANAES des performances des services et par la diffusion de ces informations auprès des médecins ambulatoires, des compagnies d'assurance-maladie (y compris complémentaires) et des assurés eux-mêmes. L'ARH assure la surveillance du fonctionnement de ce quasi-marché. À l'intérieur des établissements, cette tarification conduirait à des réallocations de moyens et à des spécialisations. À moyen terme, l'évolution vers un prix national peut être envisagée. Les bases d'une tarification au juste prix étant établies, une évolution dans le temps des tarifs en fonction d'un plafonnement de l'accroissement des prix (du type « RPI-X ») pourrait être considérée ultérieurement.

(36) La transposition biaisée des mécanismes est un fait. Ses causes peuvent être l'incompréhension des mécanismes économiques sous-jacents ou l'habile exploitation de ceux-ci par des acteurs mieux informés.

La tarification par pathologie repose sur l'idée que les hôpitaux ne sont pas en concurrence (ils peuvent être en monopole local). C'est le mécanisme de concurrence par comparaison qui les met dans une position de preneur de prix sans que l'ARH choisisse les producteurs selon ce critère. Toutefois dans certains cas, la concurrence existe. Il est donc possible de la faire jouer.

La mise en concurrence directe

Dans les zones urbaines, plusieurs établissements publics ou privés sont susceptibles de fournir les mêmes soins. Rien n'interdit alors de sélectionner, par GHM ou par groupes de GHM, les hôpitaux et les prix des actes selon une procédure d'appel d'offres. Elle pourrait être retenue pour des actes chirurgicaux faisant l'objet de protocoles standardisés ou des actes de biologie. L'accréditation détermine le nombre de concurrents et la qualité est assurée par un cahier des charges et par la publication d'informations comme dans le cas précédent. L'attribution du droit de fournir les soins et la détermination du prix des actes résultent de manière endogène des propositions faites par les établissements et de la règle d'attribution (prix ou qualité/prix, prix uniforme ou discriminatoire) retenue par l'ARH. Pour éviter les difficultés liées à la disparition des « perdants », cette procédure n'est mise en œuvre que pour un sous-ensemble d'activités aux protocoles de soins standardisés. Elle aboutit à un partage du marché lorsque les hôpitaux annoncent simultanément des prix et des capacités d'accueil. Elle peut sélectionner un producteur unique pour des activités relevant du monopole naturel et pour lesquelles le contrat serait attribué pour plusieurs années à des hôpitaux alors en concurrence pour le marché.

Cette procédure, comme la précédente, suppose l'autonomie de gestion des hôpitaux et l'adoption d'un comportement d'acheteur de soins par les ARH ou l'assurance-maladie. Une incitation de ces organismes à agir dans le sens de la diminution des dépenses s'impose. Une autorité de régulation du marché devrait veiller à son bon fonctionnement et notamment à la détection des ententes. Les données fournies par le PMSI montrent que des gains considérables pourraient être réalisés par le recours à une concurrence fictive par comparaison ou à une concurrence organisée par appel d'offres. Ces deux mécanismes pourraient être utilisés simultanément pour des pathologies différentes. La création d'un quasi-marché concurrentiel (opposant éventuellement des hôpitaux publics entre eux) suppose évidemment un encadrement juridique pour limiter les phénomènes de collusion, contrôler les fusions et veiller à ce que le territoire soit couvert par l'offre (cf. par exemple la politique anglaise (Dawson, 1997)).

Avec ces règles, les budgets deviennent endogènes. Si le mécanisme fonctionne correctement, les contraintes du rationnement budgétaire pourraient être à terme allégées. À court terme, une articulation entre les instruments centralisés et les résultats des procédures décentralisées devrait être assurée.

Médecine ambulatoire, coopération et filières de soins

L'excès d'offre dans le domaine de la médecine ambulatoire a conduit à un accroissement immodéré du nombre d'actes relevant de la médecine curative sans résultats marquants en termes de performances sanitaires. Le recours à des tarifs administrés pour les honoraires conduit à une expansion des quantités. La réponse institutionnelle qu'est la procédure des enveloppes fermées est peu crédible à moyen terme. Le recours à l'abonnement auprès d'un généraliste associé à la capitation⁽³⁷⁾ se heurte à de nombreux obstacles et à l'attachement de la population à la liberté de choix du médecin.

Dans ce domaine complexe, deux des propositions envisagées plus haut pourraient constituer des réformes raisonnables à court terme. D'une part, l'introduction d'une mise en concurrence des prestataires pour certains actes techniques (échographie, petite chirurgie) permettrait, après rénovation de la nomenclature des activités, de réduire les coûts de ces actes et de séparer leur rémunération de celle de l'acte intellectuel qu'est la consultation. Le principe d'unicité des règles financières pour le même type d'acte impliquerait que cette concurrence oppose les prestataires ambulatoires aux prestataires hospitaliers. Dans cette optique, le rapprochement de la médecine libérale de la médecine hospitalière pourrait conduire à l'intéressement du médecin à l'activité des hôpitaux. D'autre part, une réforme des modalités de tarification des honoraires pourrait reposer sur la suppression du secteur II de médecine à honoraires libres (pour des raisons d'équité mais aussi en raison de l'absence de concurrence véritable qui en a résulté) et la possibilité de mettre en œuvre une tarification non linéaire des actes médicaux (dont le seuil de passage à un tarif réduit pourrait être modulé par région et par spécialité). On ne peut cependant dissimuler que cette mesure pose un problème de répartition des revenus qui n'est que latent dans les procédures actuelles et qui serait révélé. On doit aussi remarquer qu'un tel mécanisme doit être mis en œuvre en tenant compte du fait que les patients sont à l'origine de la demande initiale et que le plafond doit être fixé assez haut pour éviter le rationnement. Par ailleurs, ce mode de tarification peut conduire à rationner les soins fournis par les médecins à qualité élevée pour lesquelles la demande est forte et les files d'attente longues. Cette difficulté réelle n'est cependant pas liée à la tarification mais à l'existence d'un système qui ne distingue pas entre les bons et les mauvais médecins. Si cela s'avérait possible, des tarifs différents pourraient être retenus pour des praticiens de notoriété particulière. Ce système relevant de l'ancien droit au dépassement est certainement préférable à celui du secteur II actuel.

(37) Préconisé par Majnoni d'Intignano et Ulmann (1998).

Quant aux formules de médecin référent ou de filières de soins, elles peuvent être considérées à titre optionnel, à la fois pour les praticiens (généralistes ou spécialistes) et pour les assurés, à condition d'être rendues cohérentes. L'idée du médecin référent ne prend sa signification qu'accompagnée d'un mode de paiement différent (capitation) et d'une possibilité de gérer les actes induits (laboratoires, radiologie, ...). Conçue de cette manière, la formule peut réduire la dépense et pourrait faire l'objet de clauses incitatives pour les patients qui renonceraient à leur liberté de choix pour l'adopter. Les filières de soins reposent sur la notion de coopération entre producteurs. En tant que telles, elles peuvent réduire les dépenses par une diminution du recours à des actes redondants et une conception globalisante du traitement des patients. Elles doivent être favorisées, mais dans la mesure où elles reposent sur une conception différente de l'assurance-maladie, leur développement ne peut être lié, dans le système actuel, qu'à des actions des mutuelles ou des assurances complémentaires.

Ces propositions ont en commun la substitution d'un marché réglementé et organisé par la puissance publique à des règles de rationnement quantitatif et de prix administrés. La même logique conduirait à fixer pour les produits pharmaceutiques des prix en fonction du médicament le moins cher dans une classe thérapeutique donnée. Lorsque la définition des classes est possible et lorsqu'il existe plusieurs offreurs possibles (de manière à résoudre en France le problème posé par l'existence d'une offre de génériques et par l'absence d'une demande). La substitution pourrait être autorisée par le médecin et réalisée par le pharmacien qui verrait ainsi sa responsabilité renforcée dans le système de santé. On sait à cet égard que la publication par la CNAM d'un guide indiquant les prix des médicaments de chaque classe thérapeutique a contribué à la baisse des prix, et que pour certains médicaments la menace d'entrée des génériques a conduit les laboratoires en place à réduire leur tarif. En ce qui concerne les médicaments protégés par un brevet, les instruments de régulation des monopoles pourraient être retenus de manière à inciter les producteurs à l'innovation dans le respect des règles de transparence de l'Union européenne.

Ces propositions doivent naturellement être négociées avec les professionnels de santé et des représentants des patients. Elles supposent que l'administration sanitaire et l'assurance-maladie adoptent des stratégies économiques et soient incitées à le faire. Elles supposent naturellement que des transitions soient aménagées pour ce passage entre des systèmes reposant sur des principes antagonistes. Enfin la question de l'acceptabilité d'une réforme qui toucherait aux rentes de situation de certains agents se pose. On ne peut maîtriser les dépenses qu'en maîtrisant les revenus. La diffusion d'information sur le fonctionnement du système actuel serait de nature à permettre une prise de conscience des gains collectifs à réaliser et à faciliter la mise en œuvre d'une organisation différente.

Les solutions alternatives

Faut-il envisager d'aller plus loin et donner un rôle actif aux patients en leur offrant la possibilité de choisir une assurance sur un marché réglementé ? Compte tenu de l'obligation de fournir une assurance-maladie universelle, les différences entre les primes devraient essentiellement refléter l'aptitude des compagnies à gérer l'offre de soins. Dès lors que l'intérêt des compagnies coïncide avec la réduction des dépenses pour la même qualité des soins, l'incertitude sur la capacité de l'assurance à agir dans ce sens disparaît. La captation de régulation devrait être limitée et les performances du système de santé améliorées. Le principal avantage d'un marché réglementé de l'assurance-maladie sur le monopole public résiderait donc dans une meilleure gestion des relations avec les offreurs. Le marché réglementé de l'assurance pourrait ainsi être une alternative en cas d'incapacité persistante du monopole de mettre en œuvre des mécanismes d'allocation plus efficaces.

Certaines expériences étrangères (plan Dekker ou plan Clinton) montrent que le passage à un système de double mise en concurrence n'est pas aisé. La réussite des HMO et de la réforme suisse prouve que certaines difficultés peuvent être résolues. Il s'agirait d'un choix de société important. La substitution d'un marché réglementé de l'assurance à un monopole public devrait être éclairée par des études sérieuses sur les coûts et les avantages d'une telle réforme, et encadrée par un dispositif rigoureux permettant d'éliminer toute possibilité de sélection des risques et d'ententes entre assureurs. La conjonction d'une autonomie de gestion des hôpitaux et d'une concurrence des compagnies d'assurance pourrait améliorer les performances du système de santé dans l'intérêt des patients. Comme dans d'autres secteurs traditionnels relevant de l'intervention de l'État, la régulation des conditions de la concurrence et l'articulation de celles-ci avec les missions de service public sont des conditions indispensables à la mise en œuvre d'un dispositif aussi ambitieux. Enfin, il est clair qu'un choix de cette nature devrait aussi s'appuyer sur une analyse rigoureuse du rôle de l'assurance-maladie dans la fiscalité et de son impact redistributif relativement à d'autres instruments.

Conclusion

Ce rapport a d'abord tenté d'effectuer un constat concernant l'efficacité et l'équité du système de santé français. Il précise ce que de nombreux rapports avaient déjà souligné depuis plusieurs années et n'est pas très différent dans son bilan de celui qu'ont dressé deux ouvrages (Johanet et Coca) publiés après la rédaction de la première version de ce rapport. Il insiste, en revanche, sur le rôle des mécanismes incitatifs décentralisés. Outre la confirmation du diagnostic macroéconomique aujourd'hui bien étayé (la France dépense plus que ses partenaires alors que ses performances sanitaires sont

seulement dans la moyenne), il a montré que les règles d'allocation des ressources conduisaient à des inefficacités importantes et maintenant certaines inégalités d'accès. Aux disparités régionales de dotations s'ajoutent des différenciations considérables des prix implicites payés par l'assurance-maladie par unité d'activité. Ainsi, bien que le système français soit géré de façon centralisée par l'État et l'assurance-maladie, il n'a su ni réduire les inégalités entre catégories sociales ou entre régions, ni mettre en place une allocation efficace des ressources, ni exploiter une situation d'offre excédentaire pour diminuer les dépenses. Dans une large mesure cet échec de la régulation de ce secteur relève du phénomène de captation de la régulation : l'assurance-maladie a agi dans l'intérêt des offreurs en place plutôt que dans celui de la collectivité lésant ainsi les assurés-patients et les entrants potentiels.

Compte tenu de ce diagnostic, ce rapport propose une réflexion sur les mécanismes de régulation dans le domaine de l'assurance-maladie et des dépenses de santé. Sur le premier point, il montre que seule une assurance-maladie universelle à des conditions de prime et de couverture indépendantes de l'état de santé peut assurer le traitement équitable des assurés, l'efficacité du marché, l'assurance de long terme et empêcher la sélection des risques. Il revient donc à l'État d'imposer cette forme de tarification à l'assurance-maladie. Cependant, si la légitimité de l'intervention publique dans ce secteur est forte, l'action publique peut prendre différentes formes qui vont du monopole public à la réglementation des marchés, celle-ci pouvant relever d'une simple réglementation des contrats ou d'une séparation de l'activité de collecte des primes (effectuée par l'État) et d'assurance. Ces différents mécanismes sont analysés du point de vue de l'équité, de l'efficacité et de la sélection des risques. Il apparaît que le principal avantage d'un monopole public réside dans la possibilité d'utiliser l'assurance-maladie à des fins de redistribution, ce qui implique l'intégration de l'assurance-maladie dans une réflexion plus large sur la fiscalité optimale (et sur le caractère instrumental de l'assurance-maladie dans les politiques de redistribution). En revanche, un marché réglementé pourrait permettre un meilleur exercice de la fonction de régulation des dépenses que l'assuré délègue à l'assurance-maladie.

En ce qui concerne l'allocation des ressources dans le système de santé, l'échec de la planification centralisée conduit à s'interroger sur des modes alternatifs de fonctionnement. Compte tenu des asymétries d'information caractérisant les relations entre la tutelle et les producteurs de soins, on peut douter de la capacité des pouvoirs publics à évaluer les besoins et les coûts et à adapter les moyens aux évolutions de la demande, du progrès technique de la productivité ou de la qualité des soins. L'absence de mécanismes concurrentiels et la rigidité de l'allocation des ressources par enveloppes fermées sont des obstacles à une évolution cohérente du système. Or, de nombreux pays ont expérimenté des procédures d'allocation des ressources plus décentralisées incitant les offreurs à rechercher un meilleur

rapport qualité/prix de leurs prestations. Les arbitrages à réaliser sont délicats, mais il semble cependant que le recours à la tarification par pathologie (concurrence par comparaison) ou à certaines formes de concurrence organisée (par appel d'offres) serait de nature à concilier le maintien d'une qualité des soins satisfaisante et la maîtrise des dépenses.

Le rapport s'achève sur un ensemble de propositions articulant l'utilisation d'instruments d'intervention centralisée et de règles incitatives au niveau décentralisé. La définition de la politique de santé publique et des principes fondamentaux du système de santé sont par nature des prérogatives de l'État dont la fonction pourrait être étendue à la définition de normes (règles de qualité, de sécurité, de bonnes pratiques médicales, normes d'équipement) assurant un cadre cohérent aux mécanismes concurrentiels décentralisés. La diffusion d'information, la définition des règles de paiement et la garantie de leur caractère exécutoire relèveraient aussi de l'État ou de l'assurance-maladie jouant un rôle analogue à celui des autorités de régulation dans d'autres secteurs. Cependant, pour que des mécanismes décentralisés puissent effectivement conduire à une amélioration de l'allocation des ressources, une condition essentielle est la responsabilisation des agents. L'accroissement de l'autonomie de gestion des établissements publics et l'uniformité des règles financières pour un même type de services semblent indispensables. Mais cette responsabilisation devrait aussi concerner les gestionnaires de l'assurance-maladie ou les agences régionales d'hospitalisation. Une question cruciale est alors celle de la détermination de règles incitant ces agents à adopter un comportement d'acheteur de soins et à agir dans le sens de la réduction des dépenses et d'une amélioration du rapport qualité/prix des prestations. L'analyse du passé montre clairement que les caisses d'assurance-maladie ont poursuivi d'autres objectifs. Le maintien d'un monopole public d'assurance-maladie suppose cependant que cette question soit résolue pour qu'une meilleure articulation entre les missions de service public garanties par l'État et la régulation du marché des soins permette d'améliorer l'efficacité et l'équité de notre système de santé. À défaut, l'instauration d'un marché réglementé de l'assurance-maladie pourrait conduire à une gestion plus efficace de ce système sans nécessairement en réduire l'équité.

Définition des agrégats

La consommation médicale totale

Elle représente la valeur des biens et des services médicaux utilisés, sur le territoire métropolitain (par des résidents et des non résidents), pour la satisfaction directe des besoins individuels. Elle comprend ceux qui sont acquis sous une forme marchande, comme elle comprend les services de soins médicaux fournis sous une forme non marchande. Elle est appréhendée par les masses financières et des services de prévention individualisables dispensés dans l'année.

La dépense courante de santé

Elle mesure l'effort consacré au cours d'une année au titre de la fonction santé par l'ensemble des agents. En d'autres termes, c'est la somme des dépenses qu'engagent les financeurs de l'ensemble du système. Elle couvre donc un champ plus large que celui de la consommation médicale totale puisqu'elle intègre également les indemnités journalières, la prévention collective, les subventions reçues par le système de santé, le fonctionnement de la recherche, de l'enseignement et de l'administration sanitaire.

Source : Comptes Nationaux de la Santé.

2. Dépenses totales de santé (en % du PIB)

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Allemagne ^(*)	9,2	9,4	8,8	8,7	9,4	9,9	10,0	10,0	10,4	10,5
Australie	7,8	7,7	7,8	8,3	8,6	8,6	8,5	8,5	8,4	8,5
Autriche	7,1	7,1	7,3	7,2	7,2	7,6	8,0	8,0	8,0	8,0
Belgique	7,5	7,5	7,5	7,5	7,9	8,0	8,1	8,0	7,9	7,8
Canada	8,6	8,5	8,7	9,2	9,9	10,3	10,2	9,9	9,7	9,6
Corée	3,8	3,7	3,9	3,9	3,8	3,9	3,9	3,8	3,9	4,0
Danemark	8,2	8,4	8,4	8,2	8,2	8,2	8,4	8,2	8,0	8,0
Espagne	5,7	6,3	6,5	6,9	7,0	7,3	7,5	7,4	7,3	7,4
États-Unis	11,1	11,5	11,9	12,6	13,4	13,9	14,1	14,1	14,1	14,0
Finlande	7,5	7,3	7,4	8,0	9,1	9,3	8,4	7,9	7,6	7,4
France	8,5	8,6	8,7	8,9	9,1	9,4	9,8	9,7	9,8	9,8
Grèce	4,3	4,1	4,1	4,2	4,2	4,5	5,0	5,4	5,8	6,8
Hongrie	—	—	—	6,1	6,6	7,2	6,8	7,3	7,1	6,7
Irlande	7,4	7,0	6,6	6,7	7,0	7,3	7,3	7,2	7,0	7,0
Islande	7,9	8,5	8,5	7,9	8,1	8,2	8,3	8,1	8,2	8,2
Italie	7,4	7,6	7,7	8,1	8,4	8,5	8,6	8,4	7,7	7,8
Japon	6,6	6,3	6,1	6,0	6,0	6,4	6,6	7,0	7,2	7,2
Luxembourg	6,6	6,3	6,2	6,6	6,5	6,6	6,7	6,5	6,7	6,8
Mexique	—	—	—	3,6	4,2	4,4	4,5	4,7	4,9	4,6
Norvège	7,7	7,9	7,7	7,8	8,1	8,2	8,1	7,8	8,0	7,9
Nouvelle-Zélande	5,9	6,5	6,6	7,0	7,5	7,6	7,3	7,3	7,3	7,3
Pays-Bas	8,1	8,1	8,2	8,3	8,6	8,8	9,0	8,8	8,8	8,6
Pologne	—	—	—	4,4	5,1	5,3	4,9	4,4	4,5	5,0
Portugal	6,7	7,1	6,6	6,5	7,2	7,4	7,7	7,8	8,2	8,3
Royaume-Uni	5,9	5,8	5,8	6,0	6,5	6,9	6,9	6,9	6,9	6,9
Suède	8,8	8,7	8,8	8,8	8,7	8,8	8,9	8,7	8,5	8,6
Suisse	8,2	8,3	8,3	8,3	8,9	9,3	9,4	9,5	9,6	10,2
République Tchèque	—	—	4,4	5,4	5,3	5,4	7,3	7,6	7,5	7,2
Turquie	2,8	2,9	2,9	3,6	3,8	3,8	3,7	3,6	3,3	—
Moyenne OCDE	7,2	7,2	7,1	7,1	7,4	7,6	7,7	7,7	7,7	7,9
Moyenne Union européenne	7,3	7,3	7,2	7,4	7,7	7,9	8,0	7,9	7,9	8,0

Note : (*) Länder de la République Fédérale avant réunification ; Allemagne réunifiée depuis 1991.

Source : OCDE.

Références bibliographiques

- Arnould R.J et alii (1993) : « The Role of Managed Care in Competitive Policy Reforms », in *Competitive Approaches to Health Care Reform*, Arnould, Rich et White (eds), Washington DC, The Urban Institute Press, pp. 83-110.
- Beaumeunier V. (1995) : « Asymétrie d'information et régulation contractuelle dans le secteur de la santé », in *Dossier Santé*.
- Béraud C. (1992) : *La sécu c'est bien, en abuser ça craint*, rapport CNAMTS.
- Blanchet D. (1996) : « La référence assurantielle en matière de protection sociale », *Économie et Statistiques*, n° 291-292, pp. 33-45.
- Bloch L. et P. Ricordeau (1996) : « La régulation du système de santé en France », *Revue Française d'Économie*, vol. XI, n° 1, pp. 87-146.
- Brocas A-M. (1995) : « Pour une régulation du système de santé », *Droit Social*, n° 6, pp. 608-618.
- Brocas A-M. et J. Vinas (1998) : *Le pilotage du système de santé*, mimeo.
- Caussat L. et M. Glaude (1993) : « Dépenses médicales et couvertures sociales », *Économie et Statistiques*, n° 263.
- Chalkley M. et J.M. Malcomson (1996) : « Contracts and Competition in the NHS » in *Reforming Health Care Systems: Experiments with the NHS*, Culyer et Wagstaff (eds) Cheltenham, Edward Elgar, pp. 65-87.
- Coca E. (1995) : *Les inégalités entre hôpitaux*, Paris, Berger-Levrault.
- Coca E. (1998) : *Hôpital : silence*, Paris, Berger-Levrault.
- Crépon, Genier et Lucas (1998) : *Les méthodes de péréquation régionale des dépenses de soins en 1997*, Rapport pour le Haut Comité à la Santé Publique.
- Dawson D. (1997) : « Réglementation de la concurrence entre les hôpitaux du secteur public au Royaume-Uni », *Revue de la Concurrence et de la Consommation*, n° 97 ; pp. 12-21.
- de Pourville et alii (1997) : « Les économies d'échelle dans le secteur hospitalier français », in *Économie de la santé : trajectoire du futur*, Jacobzone (ed), INSEE Méthodes, n° 64-65.

- Delattre E. et B. Dormont (1998) : *Induction de la demande de soins par les médecins libéraux français. Un test économétrique sur données de panel*, miméo, avril.
- Diamond P. (1992) : « Organizing the Health Insurance Market », *Econometrica*, vol. 60, n° 6, pp.1233-1254.
- Domenighetti G. (1993) : « Éthique de l'ignorance et consommation de soins », *Revue Économique et Sociale*, n° 3, pp.217-236.
- Dossier Santé (1995) : Commission des Comptes et des Budgets Économiques de la Nation, ministère de l'Économie et des Finances.
- Drèze J. (1997) : « Sur la spécificité économique des soins de santé », *Économie et Prévision*, n° 129-130, pp 1-9.
- Fleurbaey M. (1996) : *Théories économiques de la justice*, Economica, Paris.
- Folland S., A.C. Goodman et M. Stano (1997) : *The Economics of Health and Health Care*, Prentice Hall.
- Fournier G. et J. Mitchell (1992) : « Hospital Costs and Competition for Services: A Multiproduct Analysis », *Review of Economics and Statistics*, 74, pp. 627-634.
- Genier P. (1998) : « Assurance et recours aux soins », *Revue Économique*, n° 3, pp. 809-820.
- Granneman T., R. Brown et M. Pauly (1986) : « Estimating Hospital Costs: A Multiple Output Analysis », *Journal of Health Economics*, 5, pp. 107-127.
- Henriet D. (1995) : « Assurance privée et protection sociale », in *Dossier Santé*.
- Henriet D. et J-Ch. Rochet (1998) : « Régulation et intervention publique dans les systèmes de santé », Complément B in *Régulation du système de santé*, Rapport du Conseil d'Analyse Économique, n° 13, La Documentation Française.
- Henriet D. et J-Ch. Rochet (1998) : *The Political Economy of Public Health Insurance*, mimeo.
- Henry C. (1997) : *Concurrence et services publics dans l'Union européenne*, Paris, PUF.
- Johanet G. (1998) : *Sécurité sociale : l'échec et le défi*, Paris, Seuil.
- Lachaud C. et L. Rochaux (1995) : « Équité dans le financement et la prestation de soins de santé en Europe », *Revue d'Économie Financière*, n° 36, pp.367-394.
- Laffont J-J. et J. Tirole (1993) : *A Theory of Incentives in Procurement and Regulation*, MIT Press, Cambridge.
- Leonard H.B. et R.J. Zeckhauser (1983), « Public Insurance Provision and non-Market Failures », *Geneva Papers on Risk and Insurance*, 8, pp.147-157.

- Ma C.t.A. (1994) : « Health Care Payment Systems: Cost and Quality Incentives », *Journal of Economics and Management Strategy*, 3(1), pp. 93-112.
- Mahieu R. (1998) : *Comparaison internationale des dépenses de santé*, mimeo, INSEE.
- Majnoni d'Intignano B. (1997) : *La protection sociale*, Paris, Livre de Poche.
- Majnoni d'Intignano B. (1998) : La performance qualitative du système de santé français, Complément A in *Régulation du système de santé*, Rapport du Conseil d'Analyse Économique, n° 13, La Documentation Française.
- Manning W.G. et alii (1987) : « Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experience », *American Economic Review*, vol. 77, n° 3, pp. 251-277.
- Marchand M. (1997) : « Assurance-maladie publique et privée », *Risques*, avril-juin.
- Mc Combs J. et J. Christianson (1987) : « Applying Competitive Bidding to Health Care », *Journal of Health Policy and Law*, pp. 703-722.
- Mermilliod C. et M-J. Millot (1995) : « Les hôpitaux » in *Dossier Santé*.
- Miller R. et H. Luft (1994) : « Managed Care Plan Performance Since 1980: A Literature Analysis », *Journal of the American Medical Association*, 271, pp. 1512-1519.
- Moatti J-P. (1995) : « L'évaluation économique des stratégies médicales et sanitaires », in *Dossier Santé*.
- Moreau Y. (1991) : *Dépenses de santé : un regard international*, Rapport au Premier Ministre.
- Mormiche P. (1993) : « Les disparités de recours aux soins en 1991 », *Économie et Statistique*, n° 285, pp. 45-52.
- Mormiche P. (1995) : « L'accès aux soins : évolution des inégalités entre 1980 et 1981 », *Économie et Statistiques*, n° 282, pp. 3-19.
- Mougeot M. (1986) : *Le système de santé : centralisation ou décentralisation ?*, Economica, Paris.
- Mougeot M. (1994) : *Systèmes de santé et concurrence*, Economica, Paris, 213 p.
- Mougeot M. (1997) : *Hospital Payment Policy: How to Elicit Socially Efficient Production When Patient Severity is Random?*, mimeo CRESE.
- Mougeot M. (1998) : « La tarification hospitalière : de l'enveloppe globale à la concurrence par comparaison », *Annales d'Économie et Statistiques*, à paraître.

- Mougeot M. et F. Naegelen (1993) : *Politique d'enveloppe globale, concurrence fictive et surplus collectif*, mimeo CRESE, X^{èmes} Journées de Microéconomie Appliquée, Sfax.
- Mougeot M. et F. Naegelen (1994) : *La discrimination par les prix*, Paris, Economica.
- Mougeot M. et F. Naegelen (1998) : *Alternative Institutional Mechanisms for Hospitals Regulation when Quality Matters*, XV^{èmes} Journées de Microéconomie Appliquée, Pointe à Pitre.
- Newhouse J-P. (1996) : « Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production versus Selection », *Journal of Economic Literature*, vol. XXXIV, pp. 1236-1263.
- OCDE (1990) : *Les systèmes de santé*, Paris.
- Paringer L. et N. Mc Call (1991) : « How Competitive is Competitive Bidding? » *Health Affairs*, 10(4), pp. 220-230.
- Peltzman S. (1976) : « Towards a More General Theory of Regulation », *Journal of Law and Economics*, vol. 14, pp. 109-148.
- Portos J-L. (1997) : « Les filières de soins en France », *Revue de la Concurrence et de la Consommation*, mai-juin, pp.24-25.
- Rawls J. (1971) : *Theory for Justice*, Cambridge, Harvard University Press.
- Rochaix L. et S. Jacobzone (1997) : « L'hypothèse de la demande induite : un bilan économique », *Économie et Prévision*, n° 129-130, pp.25-36.
- Rochet J-Ch. (1991) : « Incentives, Redistribution and Social Insurance », *Geneva Papers on Risk and Insurance Theory*, 16(2), pp.143-165.
- Rothschild M. et J. Stiglitz (1977) : « Equilibrium in Competitive Insurance Market », *Quarterly Journal of Economics*, 90, pp. 629-649.
- Rupprecht F. (1998) : « Évaluation de l'efficacité du système de soins français », Annexe B in *Régulation du système de santé*, Rapport du Conseil d'Analyse Économique, n° 13, La Documentation Française.
- Shleifer A. (1985) : « A Theory of Yardstick Competition », *Rand Journal of Economics*, 16, pp. 319-327.
- Soubie R., J-L. Portos et C. Prieur (1994) : *Livre Blanc sur le Système de santé et d'assurance-maladie*, Paris, La Documentation Française.
- Stigler G. (1971) : « The Theory of Economic Regulation », *Bell Journal of Economics*, vol. 2(1), pp. 3-21.
- Stiglitz J. (1983), « On the Social Insurance », *Geneva Papers on Risk and Insurance*, 8, pp.105-110.

- Van Doorslaer E. et alii (1997) : « Income Related Inequalities in Health: Some International Comparisons », *Journal of Health Economics*, 16, pp. 93-112.
- Van Doorslaer E., A. Wagstaff et F. Rutten (eds) (1993) : *Equity in the Finance and Delivery of Health Care*, Oxford University Press.
- Villeneuve B. (1998) : « Monopole d'assurance informé et discrimination des risques », *Revue Économique*, n° 3, pp.821-830.
- Wagstaff A., E. Van Doorslaer et P. Paci (1989) : « Equity in the Finance and Delivery of Healthcare », *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 5, n° 1, pp. 89-112.
- Zwanziger J. et A. Melnickg (1988) : « The Effects of Hospital Competition and the Medicare PPS Program on Hospital Cost Behavior in California », *Journal of Health Economics*, vol. 7.
- Zweifel (1997) : « Swiss Health Policy », in *Economic Policy in Switzerland*, Bacchetta et Wasserfallen (eds), Mc Millan Press, London.

Commentaire

Tony Atkinson

Professeur à l'Université d'Oxford (Royaume-Uni)

Le rapport de Michel Mougeot est remarquablement stimulant. La documentation qu'il apporte sur le système de santé en France et à l'étranger est considérable. Face à un tel travail, le commentaire ne peut qu'être sélectif. Il n'abordera donc pas des questions aussi importantes que les inégalités en matière de santé et leur correction, et se limitera en fait à deux questions.

En premier lieu, la France est-elle vraiment différente des autres pays de même niveau de développement ? Cette question est abordée directement dans la première partie du rapport et dans le complément de Béatrice Majnoni d'Intignano, mais est le plus souvent implicite dans les débats publics. Ce point est important, car si on concluait que la situation de la France est totalement différente de celle des autres pays européens par exemple, il faudrait examiner très attentivement les éléments qui expliquent que le système de santé français soit moins efficace. Mais nous pourrions alors espérer qu'un changement de politique, ou l'adoption de réformes à l'instar de celles qui ont été mises en œuvre aux Pays-Bas ou tentées aux États-Unis, permettraient de rendre le système de santé plus avantageux pour tous les citoyens. Si au contraire la situation de la France n'apparaît pas très différente de celle des autres pays, les difficultés risquent alors d'être de nature plus fondamentale, et il n'y aura pas d'instrument « miracle » pour résoudre des problèmes qui touchent en fait la totalité des pays membres de l'OCDE.

La seconde question poursuit dans la dimension internationale : les politiques de santé sont-elles de compétence purement nationale, ou comportent-elles une dimension européenne ? Le rapport fait référence à de nombreuses reprises à des réformes aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et dans d'autres pays, mais la dimension européenne proprement dite y est peu présente.

La France est-elle différente des autres pays en matière de santé ?

Pour examiner si la situation de la France est ou non spécifique en matière de santé, le point de départ naturel est la comparaison des niveaux des dépenses en part du produit intérieur brut. Il est clair que, sous cet angle, la différence entre la France et le Royaume-Uni est considérable : 9,9 % contre 6,9. Entre 1980 et 1995, la progression a été de 2,3 points de produit intérieur brut en France, contre 1,3 point au Royaume-Uni. On peut imaginer une multitude de facteurs pour expliquer ces différences — par exemple, les coûts de gestion —, mais plus fondamentalement il faut clarifier l'origine de l'écart entre les deux pays : provient-il des quantités ou des prix ?

Les calculs qui sont mentionnés dans l'annexe de Frédéric Rupprecht sont à cet égard très intéressants. Ce document décompose l'évolution des dépenses de santé entre 1970 et 1995 : la progression des revenus des ménages expliquerait 41 % de l'évolution ; la croissance des prix relatifs expliquerait quant à elle 23 % de l'évolution ; enfin, le progrès technique médical serait à l'origine de 26 % de l'évolution totale. Sur la base de cette décomposition, il serait possible de remonter aux sources des différences entre la France et le Royaume-Uni : les prix relatifs des soins et des biens médicaux ont-ils été mieux maîtrisés outre-Manche ? les pouvoirs publics britanniques ont-ils réussi à maîtriser les coûts en raison d'un pouvoir « d'acheteur » du « National Health Service » (NHS) plus important face à l'industrie pharmaceutique ? ou encore, faut-il incriminer un écart dans les rémunérations des professionnels de santé, à l'avantage des professionnels français ? Le rapport ne fournit pas de réponse très claire en ce qui concerne l'hôpital. En revanche, dans le domaine ambulatoire, le tableau 3 montre que les prix relatifs sont restés sensiblement stables, mais que le nombre d'actes a progressé de 50 %. Il est donc plausible, à tout le moins dans la médecine de ville, que l'effet des quantités ait été plus important que l'effet des prix.

Ceci suggère qu'en France, le progrès technique médical s'est diffusé dans les pratiques médicales et dans les revenus des professions de santé, alors qu'au Royaume-Uni les enveloppes fixes se sont traduites par des rationnements importants, qu'illustrent les files d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes. Dans son budget pour 1999, le gouverne-

ment britannique prévoit d'ailleurs une augmentation assez importante des dépenses médicales et des crédits pour le NHS.

Il y a donc bien des différences entre les systèmes de santé français et britannique, mais ce sont des différences qui découlent de choix économiques et politiques. Elles ne prouvent pas que le système de soins soit moins efficace en France, mais peut être seulement que l'arbitrage entre expansion des volumes et rationnement y a été différent de celui auquel il a été procédé au Royaume-Uni.

Dans tous les pays membres de l'OCDE, la question de la maîtrise des dépenses de santé est posée. Cette évidence pourrait conduire à penser que les différences dans les structures des marchés des soins et des biens médicaux ne sont pas très significatives, mais alors elle contredirait les résultats généraux de l'analyse économique de la santé qui sont présentés de façon remarquablement claire dans le rapport de Michel Mougeot. Le courant de pensée économique qui s'est développé à la suite des travaux fondateurs de Kenneth Arrow met l'accent sur les spécificités du bien « santé », tout particulièrement sur les limites des choix rationnels des consommateurs en raison de l'existence « d'asymétries d'information ».

Je dois avouer que je ne suis pas tout à fait convaincu de l'importance du rôle que l'on fait jouer à ces asymétries d'information. Bien que je n'en sois pas un expert, la littérature sur les liens entre pratiques médicales et état de santé (« evidence based medicine ») souligne la double imperfection de l'information, du côté du patient, mais aussi du côté du médecin. L'avantage informationnel que la théorie attribue aux professionnels de santé est fortement limité par l'état des connaissances médicales. Dans le cas des innovations médicales, le délai d'évaluation de leurs effets est extrêmement long : bien souvent, à partir de la présomption initiale d'effets favorables, on découvre de nombreuses années plus tard qu'elles n'ont aucun effet et parfois même des effets négatifs. Je risquerais même l'hypothèse que, contrairement aux enseignements de l'économie de la santé, le progrès technique médical n'accroît pas l'asymétrie d'information entre patient et médecin, mais plutôt crée chez les patients l'espérance de nouveaux traitements largement diffusés. La demande de santé comporte donc une forte composante « émotionnelle » : peut-on se comporter de façon rationnelle face à une question de vie ou de mort ?

Il y a là une difficulté générale pour les politiques de santé, qui va bien au-delà du seul cas de la France, qui doit conduire les économistes à la prudence. Par exemple, il y aurait sans doute lieu d'approfondir la réflexion sur les formes de « captation » de la régulation, que le rapport évoque abondamment. Si les demandeurs ne forment pas des choix parfaitement rationnels au sens où l'entendent les économistes, alors c'est une tâche très délicate pour un régulateur de s'en faire les avocats. Je ne serais donc pas tout à fait aussi affirmatif que Michel Mougeot sur les chances d'améliorer substantiellement et rapidement la régulation des dépenses de santé.

La dimension européenne des politiques de santé

Cela me conduit à ma seconde question, relative aux enjeux européens de la santé. Nul n'ignore que la santé reste, d'après les traités européens, une compétence des États. Il faut pourtant remarquer que la Commission commence à s'y intéresser, et plus fondamentalement il peut être intéressant pour les autorités françaises de replacer leurs réflexions sur la santé dans le contexte européen.

Il y a tout d'abord des arguments politiques : l'irruption de l'Europe peut déstabiliser les intérêts en place à l'intérieur d'un pays en montrant, par exemple, que si l'ampleur des réformes envisagées peut être importante au plan national, elle a toutes chances d'être modeste à l'échelle du marché européen. C'est ainsi, par exemple, que le Royaume-Uni est parvenu à une réduction importante des prix des médicaments.

Une deuxième raison qui milite en faveur de la dimension européenne est liée à la circulation des personnes et à la concurrence. Il n'est plus vrai que ce sont seulement les médecins français qui produisent les soins destinés aux malades français. D'ores et déjà la liberté d'installation des médecins dans les quinze pays membres est autorisée. Si l'on se projette dans l'avenir, on peut très bien imaginer que, demain, deux hôpitaux situés respectivement à Douvres et dans le Pas de Calais se fassent concurrence. Ou encore, l'expérience néerlandaise de concurrence réglementée entre assureurs privés dans l'offre d'assurance maladie devrait logiquement (dans l'esprit des directives européennes sur la concurrence) conduire à la confrontation d'opérateurs originaires de tous les pays de l'Union européenne.

Enfin, même sans concurrence réelle, mais avec seulement une concurrence fictive par comparaison, l'intérêt de disposer d'informations sur les coûts de la santé dans des conditions comparables à l'étranger est incontestable pour améliorer la régulation interne.

Il me paraît probable que les difficultés que connaît la France à réguler son système de soins pourraient être atténuées si les guides d'une politique européenne de la santé étaient disponibles. Il existe un rapport en ce sens, préparé il y a quelques années par Brian Abel-Smith pour la Commission. Et, et sens inverse, la qualité du travail réalisé par Michel Mougeot mériterait à mon sens qu'il soit mis à la disposition des économistes européens qui s'intéressent à la santé.

Commentaire

Yves Dimicoli

Docteur ès Sciences Économiques

Le rapport de Michel Mougeot se propose d'examiner les conditions d'une véritable alternative en matière de régulation de l'assurance-maladie et des dépenses de santé.

C'est une ambition louable car nul, désormais, ne peut méconnaître l'échec des tentatives de maîtrise par le rationnement quantitatif des seules dépenses remboursables et de l'offre publique de soins. Il faut chercher à maîtriser autrement.

De même, je partage l'intention annoncée par le titre du rapport de développer une approche en termes de « régulation ». Cela donne à penser que l'auteur va chercher à rompre avec les démarches traditionnelles en termes d'équilibre et poursuivre dans la voie des efforts de renouvellement en termes de régulation entrepris en économie de la santé par des auteurs comme Batifoulier (1990), Berezniak et Duru (1992), Gadreau (1992), Mizrahi (1991), Mills (1994) et Sandier (1985 et 1991).

Mais, précisément, l'étude de Michel Mougeot n'arrive pas à tenir l'ambition d'une démarche vraiment alternative, car plus préoccupée d'équilibre que de régulation et puisant ses références dans le corpus néoclassique plutôt que dans ceux de l'école des conventions ou de l'école de « la régulation systémique ».

Mon propos porte sur trois ensembles de questions :

- le premier concerne les relations entre l'évolution des dépenses de santé et la croissance réelle du PIB ;

- le deuxième est relatif aux enjeux d'efficacité de la dépense et de gestion du système de santé ;
- le troisième porte sur l'exigence de nouveaux financements.

Trois remarques à propos des relations entre l'évolution des dépenses de santé et la croissance réelle du PIB

En premier lieu faut-il diaboliser le fait que la croissance des dépenses de santé puisse dépasser celle du PIB ?

Ces dépenses ne sont pas relatives à une consommation de « biens primaires », selon la terminologie propre à la loi d'Engel.

Leur élasticité à la croissance du revenu est supérieure à l'unité. D'où, semble-t-il, la tendance, propre au stade de développement des sociétés avancées, à une augmentation plus rapide du taux de croissance de ces dépenses que celui du revenu national.

Comme le suggèrent les travaux du Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES) et, notamment, ceux de Sandier (1983 et 1985), il est peu vraisemblable de parvenir à ralentir sensiblement et durablement la croissance des dépenses de santé dans les années à venir. Cela tient à la conjugaison de plusieurs facteurs souvent repérés dans la littérature. Il s'agit notamment du poids du vieillissement démographique et du coût des nouvelles pathologies (sida...). Il s'agit aussi des innovations technologiques dont on sait — comme le rappelle de Kervasdoué (1996) — que leur diffusion commence par coûter avant de pousser à des innovations organisationnelles susceptibles de mobiliser pleinement leur potentiel de productivité nouvelle.

En deuxième lieu, cette tendance essentielle, propre aux sociétés modernes, d'une croissance plus rapide des dépenses de santé que celle du revenu national fait aujourd'hui saillir la nécessité de réformes nouvelles très profondes de portée systémique.

En effet, cette évolution serait devenue de plus en plus contradictoire avec le type de régulation systémique qui a continué de prédominer avec les conquêtes sociales de la Libération et les réformes d'après-guerre ; et plus encore avec l'éclatement de la crise de cette régulation dès la fin des années soixante avec un freinage de long terme de la croissance du PIB dans les années soixante-dix et, surtout, dans les années quatre-vingt.

Tout ceci a suscité des tentatives de maîtrise. Mais elles auraient envenimé les contradictions, au lieu de contribuer à les surmonter. On peut rapidement en situer quelques-unes.

Dans les entreprises et le pays, les efforts pour contrecarrer la tendance au ralentissement des gains de productivité globale des facteurs — sur fond d'inefficacité criante des capitaux accumulés — par le relèvement, surtout,

de la seule productivité apparente du travail, aurait accru, avec le chômage, l'intensité du travail, la précarité et, de façon corrélative, les risques d'accidents, de maladies, dont celles, nouvelles, liées au stress. Cela aurait contribué à accentuer la crise du type de croissance de la productivité du travail et à engendrer une usure nouvelle de la force de travail sollicitant plus encore le système de santé.

Il est loisible de penser que ces phénomènes se sont exacerbés dans les années quatre-vingt avec le recours plus systématique aux technologies informationnelles dans la production et les services, mais dans un but de rentabilité conditionné par le très haut niveau de rendement offert par les placements financiers. D'où l'accélération du chômage, le développement d'une flexibilité précaire avec le recul des droits sociaux des salariés et une usure accentuée de la force de travail dans des processus où tend à s'imposer le travail en flux tendus.

Simultanément, comme le montrent les travaux du CREDES (Mizrahi, Mizrahi et Sandier, 1991), les efforts pour « réguler » le système de santé dans ce contexte auraient confondu, le plus souvent, maîtrise des dépenses et rationnement des seules dépenses remboursables et de l'offre publique de soins. Cela aurait précipité, à la fois, l'inflation des dépenses non remboursables, très coûteuses et non maîtrisées, et le creusement d'inégalités nouvelles porteuses d'une dégradation de l'état de santé des populations et, donc, de l'efficacité même du système de santé.

Comme l'a souligné, par exemple, une importante étude du CSERC (1996), la faiblesse persistante du rapport masse salariale/valeur ajoutée dans les années quatre-vingt-dix en France, en liaison avec le chômage massif perdurable et la précarité, marche de pair avec une vulnérabilité très accrue de diverses couches de la population.

Il s'agit notamment des jeunes parmi lesquels progresse la pauvreté avec des difficultés aggravées pour l'accès précoce aux soins suscitant une dégradation de leur état sanitaire et le recours obligé, le moment venu, à des soins curatifs, à l'hôpital, beaucoup plus lourds et, donc, plus coûteux pour la société.

Le creusement des inégalités sociales en matière de santé est indiscutablement un facteur de perte d'efficacité du système. C'est la raison pour laquelle il paraît nécessaire de croiser les disparités régionales de dotation, de consommation voire de « prix implicites » des actes hospitaliers, avec une cartographie fine du chômage, de l'exclusion, de l'insuffisance de formation et de qualification. Cela aiderait peut-être à mieux comprendre comment derrière certaines différenciations se profilent aussi des inégalités sociales accrues, propices au recul de la prévention pour des catégories plus fragilisées et plus nombreuses de la population, avec, en conséquence, une accumulation de tensions très coûteuses sur l'hôpital public chargé de réparer, en bout de course, les dégâts.

Michel Mougeot relève que les disparités de recours aux soins entre milieux sociaux sont faibles et que le motif financier ne constitue qu'« un motif très secondaire » dans les écarts de recours.

Certes, sans l'hôpital public, sans la Sécurité sociale, les processus auxquels je viens de faire allusion auraient entraîné le creusement d'inégalités sans commune mesure.

Mais le rationnement des dépenses remboursables et de l'offre publique de soins, pour ne prendre que cet aspect, a frappé massivement les milieux modestes, accroissant en fait les disparités de recours aux soins entre milieux sociaux.

On peut d'ailleurs faire état à ce propos des résultats du dernier bilan du CREDES sur l'état de santé, les soins et la protection sociale des Français selon leurs caractéristiques individuelles (1998)⁽¹⁾. On peut y relever notamment les quelques faits suivants :

- le recours au généraliste comme au spécialiste est moins fréquent chez les personnes ne disposant pas de couverture complémentaire, tandis qu'il augmente avec le niveau de revenu. Et les taux de couverture les plus faibles s'observent chez les ménages dont le chef est inactif ou chômeur. Il est minimum pour ces derniers (48 %) ;
- un quart des personnes déclare avoir déjà renoncé à des soins pour des motifs financiers : 20 % des renoncements sont définitifs et 74 % sont différés.

Tout cela m'amène, en troisième lieu, à insister pour que, dans l'observation de la relation entre l'évolution du taux de croissance des dépenses de santé et celle du taux de croissance du PIB, on ne se focalise pas que sur le premier terme. Il faut porter aussi l'attention sur la faiblesse persistante du second.

Cela d'ailleurs paraît indispensable pour mieux appréhender le sens des inégalités de performance relevées par le rapporteur entre le système de santé en France et celui d'autres pays européens.

Il y a une spécificité française de l'insuffisance de croissance et de l'ampleur du chômage. En France, le contenu en emplois et en masse salariale de la croissance s'est beaucoup appauvri dans les années quatre-vingt et cela, semble-t-il, de façon plus accentuée que chez nombre de nos principaux partenaires de l'OCDE, tandis que fait rage l'inflation du marché financier.

La faiblesse persistante de la croissance et de son contenu en emplois et en activités efficaces expliquerait alors l'insuffisance rémanente des recettes nécessaires au financement de la Sécurité sociale, alors que, cependant,

(1) On pourra se reporter aussi à l'ouvrage récent de Johanet (1998).

le système de santé est toujours plus sollicité avec les dégâts sociaux engendrés par la course à la rentabilité financière des capitaux et pour accompagner des évolutions lourdes de la société. D'où la tendance au déficit et à son aggravation.

On peut estimer que les politiques successives de maîtrise des déficits, conjuguant surtout hausse des prélèvements sur les salariés et rationnement des dépenses de santé remboursables et de l'offre publique de soins, ont contribué fortement à la déflation sociale et salariale et à l'insuffisance de la demande globale. D'où leur échec répétitif.

Efficacité de la dépense et gestion du système de santé

Qu'entend-on par efficacité des dépenses de santé ?

Michel Mougeot propose une double approche microéconomique par « l'efficacité allocative » et « l'efficacité productive ». Elle conduit, selon moi, à ne traiter la dépense de santé que comme un coût à réduire sans considération relative à une meilleure utilisation des moyens matériels, financiers et humains susceptibles d'en améliorer les effets utiles pour les individus, les populations et le pays. L'efficacité ce n'est pas seulement la maîtrise des coûts, c'est aussi l'amélioration des résultats en lien avec les besoins des populations à satisfaire, sans exclusion.

À défaut, la nécessaire rationalisation de la dépense risque de continuer à n'être qu'un rationnement largement aveugle, fut-il déconcentré, avec pour cible prioritaire la dépense socialisée. Cela peut sans doute faire l'affaire de l'actionnariat de référence de quelques grands groupes d'assurances, mais, comme le suggère le rapport de Michel Mougeot, c'est tout l'attachement profond des Français à la Sécurité sociale qui serait alors pris de revers et frustré.

Il ne faut pas reculer devant la difficulté objective d'une meilleure évaluation des effets, autant que des coûts, ni s'enfermer dans une vision trop étroite, non systémique, de l'efficacité des dépenses de santé.

Celles-ci participent aussi à l'essor de la productivité du travail. Elles contribuent à l'efficacité des dépenses d'éducation-formation et de recherche : on étudie, on se forme, on crée d'autant plus et mieux que l'on est en bonne santé. Et cela prend aujourd'hui une importance radicale avec les exigences de qualité des ressources humaines que requièrent les débuts de la révolution technologique informationnelle. Autrement dit, les dépenses de santé servent aussi à diminuer des coûts. De même, elles contribuent à l'amélioration de la qualité de vie et à créer par anticipation des débouchés pour les industries pharmaceutiques et d'équipement. Elles impliquent directement et indirectement des créations d'emplois, des efforts de recherche et de formation.

Les dépenses de santé ont joué un rôle décisif pour l'accroissement de l'espérance de vie, pour la réduction de la mortalité et de la mortalité infantile. Elles sont absolument indispensables si on veut relever le taux de fécondité et rallonger « l'espérance de vie sans incapacité », deux défis qui sont devant nous.

En fait, on ne saurait traiter sommairement la dépense de santé. Et le rationnement de la dépense socialisée constitue une bien courte et bien mauvaise tentative de réponse, alors, à des enjeux de réforme qui s'avèrent être de portée systémique.

Cependant, ne pas diaboliser l'accroissement des dépenses de santé ne signifie pas nécessairement méconnaître la crise d'efficacité qui les frappe aujourd'hui, et le besoin d'une maîtrise nouvelle.

Cela m'amène à quelques considérations relatives à la gestion du système de santé.

Michel Mougeot réaffirme nettement que l'intervention publique est nécessaire. C'est là un point important que je veux souligner tout en ne partageant pas l'assimilation qu'il fait entre intervention publique et intervention de l'État.

Il y a une crise grave de l'intervention de l'État et de l'étatisme. Les néo-libéraux prétendent y répondre par la fuite en avant dans la privatisation. C'est une impasse selon moi. Mais alors comment relever le défi sans chercher à concevoir une nouvelle mixité à prédominance sociale, maîtrisant autrement le marché, avec une intervention publique beaucoup plus large et décentralisée que la seule intervention d'État ?

Car la confirmation par Michel Mougeot de la nécessité de l'intervention publique eût mérité que son rapport explicite alors les contradictions entre le maintien de règles publiques et le type de critères de gestion décentralisés que pourrait introduire plus systématiquement un renforcement de la régulation marchande, particulièrement dans les services publics de santé.

L'ouverture accentuée aux pratiques de marché ne signifie pas seulement, en effet, concurrence, coordination par les prix et statut privé éventuel des opérateurs. Elle peut signifier aussi, plus fondamentalement, une pénétration plus importante et systématique des critères de rentabilité financière dans les gestions publiques avec, qui plus est, tout le conditionnement aujourd'hui par la norme de haut rendement des placements financiers.

Je ne crois pas que l'issue aux difficultés soit de ce côté. L'influence des critères de rentabilité entraîne non seulement la pression sur les salariés, mais aussi le recours aux emplois précaires à l'opposé de la garantie d'emploi statutaire de type public. Elle favorise aussi l'écroulement des parties les plus rentables des services publics, laissant un service minimum dit « universel » très mal traité, avec un recul dangereux des principes de mutualisation élargie, d'universalité et de solidarité de la Sécurité sociale.

Elle ne constitue en aucune façon, pour l'hôpital public par exemple, le gage de rapports améliorés avec les grands groupes pharmaceutiques, les équipementiers et les banques en vue d'une diminution des coûts matériels et financiers de l'offre de soins.

Pour autant, le statu quo est intenable. L'absence de critères d'évaluation synthétiques et d'indicateurs rigoureux corrélatifs de résultat a développé des gâchis bureaucratiques intolérables, tout en facilitant le pillage du public par le privé, sans compter les rigidités, les cloisonnements, l'insuffisance de coopération et de partage des informations.

Tout cela ne plaide-t-il pas alors pour la recherche de critères d'efficacité sociale alternatifs à ceux de la rentabilité financière dans les gestions ?

Des recherches très originales, souvent rivales, ont été engagées là-dessus qui ont fait l'objet de premiers recensements et confrontations pluralistes, dans le cadre du Commissariat Général du Plan, avec le rapport de la mission Barrot intitulé « Entreprise et performance globale, outils, évaluation, pilotage » (1997).

À la suite des travaux de Boccara (1982 et 1997) auxquels cet ouvrage fait référence, ces nouveaux critères de gestion des entreprises pourraient renvoyer à quatre ensembles : l'efficacité du capital incitant à maximiser le rapport « valeur ajoutée/capital matériel et financier » ; l'efficacité sociale qui, sur la base de cette économie de capitaux, pousserait à accroître la partie de la valeur ajoutée disponible pour les travailleurs et les populations ; la productivité de tous les facteurs en cherchant à économiser sur tous les coûts ; la coopération et le partage des dépenses de recherche, de formation, de cadre de vie et écologiques avec, comme but, la population elle-même.

L'avancée, conflictuelle mais viable, vers de nouveaux critères marchands d'efficacité sociale dans la gestion des entreprises pourrait, par hypothèse, se conjuguer à celle d'une nouvelle logique de développement des services publics non marchands. Cela pourrait concerner particulièrement les services publics de santé :

- dans les interfaces avec le marché, on pourrait, par exemple, viser des économies d'efficacité relative en charges et moyens matériels et financiers, en relation avec les dépenses nécessaires à la promotion des ressources humaines pour une meilleure qualité des services offerts. Dans cet esprit, on pourrait envisager des procédures nouvelles d'appel d'offre, mais aussi des regroupements, des rapprochements ou associations pour partager des coûts, des équipements, des compétences. Mais cela impliquerait alors, au contraire d'interventions autoritaires de sommet, la concertation, le contrôle, le pouvoir d'évaluation et d'intervention à instituer des personnels, des patients, des élus ;

- la recherche de qualité effective des services rendus pourrait nécessiter certes, au départ, des coûts supérieurs. Mais elle favoriserait sans doute

des économies ultérieures bien supérieures aussi. Par exemple, de meilleurs soins pourraient, dans l'immédiat, s'avérer plus coûteux par acte. Mais leur résultat amélioré ferait aussi qu'on aurait besoin de moins d'actes ;

- cela pourrait se rapporter, notamment, au développement d'un nouveau type de services de santé : ils ne seraient plus réservés aux pathologies déclarées, mais de plus en plus étendus à une prévention permanente concourant à l'émergence graduelle de communautés sanitaires associant médecins, personnels soignants, patients, élus et incitant à un développement très hardi de notre système d'information sur la santé aujourd'hui si insuffisant ;

- par hypothèse, cela permettrait alors de gagner en temps rendu disponible pour les populations : temps d'attente, temps d'occupation des lits, temps de trajet...

- il s'agirait, au total, de chercher à développer une concertation horizontale et décloisonnée dans la définition et la gestion des services en visant un tout autre traitement des asymétries d'information par la formation et l'information permanentes non seulement des personnels de santé sans exclusion, mais aussi des patients et des élus. On ne peut pas en effet promouvoir la responsabilité des acteurs, et ainsi faire reculer les facteurs d'aléa moral, si on n'organise pas le partage des pouvoirs et des informations⁽²⁾.

L'exigence de nouveaux financements

Michel Mougeot entrevoit la possibilité de diminuer de quelque 150 milliards de francs la dépense socialisée de santé par la mise en œuvre progressive de mécanismes visant les performances prêtées aux HMO dans la réduction du risque moral aux États-Unis.

Du même coup, il entrevoit la perspective d'une baisse de montant identique des prélèvements sur les entreprises au titre du financement de la Sécurité sociale, ce qui serait, prétend-il, efficace pour l'emploi et la compétitivité.

L'expérience des HMO semble montrer, au contraire, combien la pression des mécanismes de couverture plus individualisée du risque maladie coûte cher : malgré la faiblesse relative du financement socialisé de l'assurance-maladie aux États-Unis, ce pays vient largement en tête de l'OCDE pour le coût du système de santé et le poids de la dépense de santé dans le PIB (Moreau, 1992). Et, d'ailleurs, l'Administration fédérale américaine pour le financement des dépenses de santé vient d'estimer officiellement que, après cinq années de pause, les dépenses annuelles de santé doubleraient aux États-Unis entre 1996 et 2007 pour atteindre 2 100 milliards de dollars à cette échéance⁽³⁾.

(2) Les principaux animateurs de l'Association 'Pour une réforme alternative de la protection sociale' ont publié sur ces enjeux, notamment, d'importantes contributions dans le n° 50 de la revue *Issues* (1997).

Quant à l'objectif de diminuer les prélèvements sociaux sur les entreprises au nom de l'emploi et de la compétitivité, qu'en est-il réellement ?

L'efficacité de cette démarche du point de vue de ses objectifs déclarés demande toujours à être établie. On peut penser au contraire, au vu de l'expérience, que l'allègement des charges sociales et salariales des employeurs contribue à tirer vers le bas toute la structure des salaires par le jeu, notamment, des effets de substitution. Ce faisant, il développe les cercles vicieux de difficulté au lieu d'aider à les rompre : en envenimant l'insuffisance de la demande, des qualifications, l'insuffisance du développement des ressources humaines et, sur ces bases, les facteurs de blocage de la croissance de la productivité du travail total. Il perpétue ainsi la tendance au déficit des comptes sociaux.

Mais, plus fondamentalement, l'une des causes essentielles de la crise systémique ne réside-t-elle pas dans la dichotomie entre l'entreprise et ce qui est « non-entreprise » ?

Et ne renforce-t-on pas cette dichotomie avec des mesures qui, certes, amoindrissent et affaiblissent le secteur public, mais qui, cependant, avec des missions spécifiques de service public, maintiennent de toutes autres règles que celles des entreprises banales sur le marché ?

Il faudrait effectivement unifier, mais en visant de nouvelles avancées sociales et de civilisation, au lieu de régresser.

Cela n'invite-t-il pas alors à concevoir une logique d'ensemble de dépassement graduel de cette dichotomie, au lieu de diminuer tant et plus les prélèvements sociaux sur les entreprises, de plus en plus déresponsabilisées, et de créer un système encore plus hétérogène ?

Cela, je crois, amène à plaider pour une réforme très profonde des prélèvements publics et sociaux sur les entreprises, en orientant leurs fonctions incitatives de manière à encourager l'emploi, le développement des ressources humaines et la croissance réelle conditionnant des choix d'investissement socialement efficaces, et de décourager la croissance financière des capitaux, la spéculation, la recherche de gains de productivité par la diminution systématique de l'emploi et de la masse salariale.

C'est dans cette visée que s'insèrent la réflexion et les propositions de réforme des cotisations sociales patronales développées par Mills (1995) auxquelles a fait écho le rapport Chadelat et dont on retrouve l'esprit dans un appel lancé en 1995 par plusieurs économistes⁽⁴⁾.

(3) *La Tribune* du 15 septembre 1998 citant une étude publiée le 14 septembre par la revue *Health Affairs*.

(4) « Pour une réforme audacieuse de la protection sociale. Renforcer son efficacité et non la démanteler » in *Protection sociale : l'autre réforme, Économie et Politique*, n° 224-225, décembre 1995-janvier 1996, pp. 11-15.

Références bibliographiques

- Batifoulier P. (1990) : *Incitations et conventions dans l'allocation des ressources : une application à l'économie de la santé*, Thèse de Doctorat, Paris X.
- Berezniak A. et G. Duru (1992) : *Économie de la santé*, Masson.
- Boccaro P. (1985) : *Intervenir dans les gestions avec de nouveaux critères*, Messidor-Éditions Sociales.
- Boccaro P. (1997) : *Nouveaux critères d'efficacité sociale et services publics*, Contribution, Colloque à Lausanne, 13 avril.
- Commissariat Général du Plan (1997) : *Entreprise et performance globale, outils, évaluation, pilotage*, Economica.
- Dumesnil S., N. Grandfils, Ph. Lefur, An. Mizrahi et Ar. Mizrahi (1998) : « Santé, soins et protection sociale en 1996 », *Bulletin d'Information en Économie de la Santé*, CREDES, n° 1, janvier.
- Gadreau M. (1992) : « Éthique professionnelle et régulation économique du marché des soins ambulatoires : de la théorie des contrats à l'économie des conventions », *Politique et Management Public*, vol. X, septembre.
- Johanet G. (1998) : *Sécurité sociale : l'échec et le défi*, Le Seuil.
- de Kersvasdoué J. (1996) : *La santé intouchable. Enquête sur une crise et ses remèdes*, J-C. Lattès.
- Mizrahi An., Ar. Mizrahi et S. Sandier (1991) : *Le système de santé en France de 1950 à 1989*, CREDES.
- Mills C. (1994) : *Économie de la protection sociale*, Sirey.
- Mills C. (dir) (1997) : « Pour une autre maîtrise des dépenses de santé », Actes des Journées d'auditions des 18 et 25 janvier organisées par l'association RAPS 'Pour une réforme alternative de la protection sociale', *Issues*, n° 50, 3^e trimestre.
- Moreau Y. (1992) : *Dépenses de santé : un regard international*, La Documentation Française.
- Sandier S. (1985) : « L'évolution des systèmes de santé en Europe, problèmes économiques et perspectives » in *Comparaisons internationales des systèmes de santé*, Blanpain, Lindgren et Sandier (eds), CREDES.

Commentaire

Jean-Jacques Rosa

Professeur à l'Institut d'Études Politiques

Le grand mérite du rapport de Michel Mougeot vient de ce qu'il injecte une bonne dose d'analyse économique dans un domaine où elle avait jusqu'ici peu droit de cité.

Il faut souligner cependant que le point de départ du rapport, selon lequel les dépenses de santé sont, en proportion du PIB, « excessives » parce que l'état de santé de la population n'est pas supérieur en France à ce qu'il est à l'étranger alors que les dépenses de soins y sont plus fortes, est sujet à caution.

En effet, d'une part, les dépenses de santé augmentent avec le niveau de revenu par tête, ce qui pourrait être la caractéristique d'un bien économiquement « supérieur » (et la France bénéficie d'un niveau de vie parmi les plus élevés du monde), mais qui pourrait s'expliquer en partie également par l'évolution des prix des soins. D'autre part, les dépenses de santé ne sont que l'un des déterminants parmi plusieurs autres (hygiène, alimentation, logement, conditions de travail) du niveau de santé d'une population, ce que rappellent les travaux de l'OCDE qui estiment la contribution des dépenses de soins à 20 % seulement de l'amélioration de l'état de santé des populations, travaux cités par le rapporteur.

Dans ces conditions les dépenses de soins élevées de la France pourraient aussi bien ne faire que compenser partiellement le niveau moins favorable des autres déterminants de la santé publique. Une étude plus précise de la fonction de production de santé est nécessaire avant de conclure à un « excès de soins » à partir de simples données macroéconomiques.

Ce diagnostic superficiel exprime en réalité la vision traditionnelle du ministère des Finances qui fait valoir que les cotisations sociales, qui sont un impôt sur le travail, pénalisent de plus en plus lourdement le marché de l'emploi et absorbent une part croissante des recettes fiscales, ce qui rend plus difficile la recherche de l'équilibre des finances publiques et pénalise indirectement le financement des autres domaines d'intervention de l'État. Ce point de vue ne correspond qu'à une rationalité économique partielle. Il ne conduit pas non plus à une action efficace dans la mesure où, comme le souligne le rapporteur, les pouvoirs publics n'ont jusqu'ici retenu comme solution à ce problème budgétaire qu'une approche de rationnement administratif s'appuyant sur un dispositif global d'encadrement des dépenses de santé dont les instruments sont ceux de la planification centralisée.

À cette démarche politico-administrative plutôt qu'économique ne s'oppose, dans le débat courant, que le point de vue des « offreurs publics » et de l'administration de la santé qui prétend faire échapper ce secteur aux lois habituelles de l'économie. Dans cette perspective, le consommateur de soins est tenu pour incapable de juger de la qualité des services qui lui sont proposés, en raison de l'asymétrie d'information qui existe inévitablement entre le patient et le médecin, ce qui justifie une position d'autorité de ce dernier lui donnant la possibilité de manipuler à sa guise le malade. Mais d'autre part, les besoins de santé seraient illimités et « absolus », prioritaires sur toutes les autres demandes des individus, et devraient pour cette raison faire l'objet d'un service nécessairement rationné et strictement égal pour tous. Il s'ensuivrait que l'assureur devrait obligatoirement être un monopoleur public pour garantir cette égalité absolue de traitement.

Bien évidemment le postulat d'une demande illimitée et prioritaire, joint à l'affirmation de la nécessité d'un monopole public de l'offre d'assurance qui solvabilise la demande sans considération de coût, ainsi qu'à la supériorité supposée d'un monopole administratif pour une grande partie de l'offre de soins, correspond au plus grand avantage des producteurs publics au détriment des payeurs et même des consommateurs, qui pourraient souhaiter affecter à autre chose qu'aux cotisations maladie une partie substantielle et croissante de leurs revenus.

Ce point de vue « d'offreur » qui est celui du « cartel bureaucratique de la santé »⁽¹⁾ réunissant les prestataires de soins, en grande partie publics (hôpitaux), et le monopole de l'assurance obligatoire, oriente tout, débats comme politiques, et c'est lui qui explique les inefficacités allocatives massives qui ont été constatées. C'est ainsi que, selon les termes du rapport, « l'assurance-maladie (et l'État qui en assure la tutelle) forme *de facto* une entente avec les producteurs au détriment des patients et de la collectivité », entente qui explique les surcapacités hospitalières jamais résorbées comme l'insuffisance du recours à la concurrence pour contrôler la montée des dépenses.

(1) Rosa Jean-Jacques (1983) : *Politique économique : le rapport Rosa*, Bonnel.

Sur ces inefficacités qui constituent le problème crucial du secteur, le rapport est peut-être un peu trop timide : il faut dire plus nettement que la responsabilité principale du gaspillage qui vient de la croissance de dépenses qui ne correspondent pas à une utilisation effective par les consommateurs est celle de l'hôpital public, qui canalise la moitié du total des dépenses de santé et est caractérisé par des excès de capacité massifs.

Le rapport devrait aussi remettre plus nettement en question l'irrationalité alléguée des acteurs dans le secteur de la santé et en particulier celle des consommateurs. Il est facile de postuler une telle irrationalité, mais plus difficile de la prouver. On peut très bien soutenir, à l'inverse, que les patients ne sont pas victimes comme on le dit trop facilement d'offres mieux informés qu'eux qui en profitent pour leur imposer une consommation inutile mais, étant bien couverts par l'assurance, s'entendent tacitement avec les prestataires de soins pour bénéficier du meilleur niveau d'assistance et de traitement par la consommation d'actes supplémentaires lorsque le coût des actes diminue, en raison notamment des fixations administratives des prix.

C'est ce qu'évoque en fait le rapporteur lorsqu'il diagnostique une « collusion patients-médecins ». Il ne s'agit plus alors de l'hypothèse habituelle selon laquelle la demande serait induite par l'offre, le patient étant dépourvu de jugement face à un médecin manipulateur. Il existe d'ailleurs beaucoup d'autres domaines de l'économie où le consommateur est moins informé que le producteur (achats d'ordinateurs, d'automobiles, de téléviseurs par exemple), ce qui n'empêche pas la concurrence et les marchés de jouer convenablement leur rôle à travers divers mécanismes de réputation, d'institutions et publications consuméristes, et de publicité compétitive.

Le rapport montre implicitement en réalité que les consommateurs font ce qu'ils veulent, et en connaissance de cause, puisqu'ils délaissent les hôpitaux qui effectuent des interventions inutiles, de qualité très variable dans certains départements et par conséquent risquées, et au surplus coûteuses, pour demander davantage de soins ambulatoires et de médicaments moins coûteux, réagissant ainsi rationnellement à la dégradation de la qualité des services et au niveau comparatif des prix. Sur ce dernier point en particulier, il faut dire à nouveau que la surconsommation pharmaceutique constatée en France par rapport à la consommation des pays voisins a sans doute quelque chose à voir avec le fait que le prix (réglementé) des médicaments est dans notre pays le plus bas d'Europe (Grèce exceptée). Des biens relativement peu coûteux sont davantage demandés et consommés, toutes choses égales d'ailleurs.

Il conviendrait donc, dans les raisonnements ultérieurs sur ces questions, de renoncer à mettre en avant à tout propos et hors de propos l'incapacité alléguée du consommateur qui sert en fait d'alibi pour écarter toute suggestion de réforme qui redonnerait des marges de choix aux patients et assurés et autoriserait le recours à diverses formes de concurrence ouverte dans le secteur.

Le vrai problème ne vient pas de ce que les acteurs du système sont irrationnels et que les lois habituelles de l'économie ne peuvent en conséquence s'appliquer. Il tient aux inefficiences et gaspillages résultant de ce que ces acteurs ne sont pas soumis aux bonnes incitations économiques : les hôpitaux n'ont pas intérêt à rechercher une allocation efficace des ressources qui leur sont attribuées puisque, de fait, on ne les contrôle pas. Du côté de l'assureur de monopole les responsabilités sont diluées, aucun indicateur de profit n'est là pour aider à surveiller le système, et *in fine*, l'État consent toujours les augmentations de cotisations sociales qui permettent de boucler les budgets. Du côté des patients, enfin, l'assurance est taillée large et les assurés attendent d'elle en conséquence le traitement le plus efficace, c'est-à-dire en raison des progrès continus des techniques, souvent celui qui est le plus coûteux.

On peut également reprocher au rapport de ne pas montrer assez fortement que le système fait l'objet de subventions fiscales massives puisque les cotisations maladie ne sont pas comprises dans le revenu imposable, et la subvention va croissant pour les tranches d'imposition les plus élevées. Ceci explique sans doute que les augmentations récurrentes des cotisations rendues nécessaires par l'expansion continue des dépenses soient passivement acceptées par les salariés, seul cas d'imposition aussi fortement croissante qui ne donne lieu à aucune protestation des intéressés.

Enfin, ce qui peut être la clé du problème, et le rapport ne le souligne pas suffisamment, c'est l'absence de séparation, pour ne pas dire la confusion volontaire dans notre système de Sécurité sociale, entre la fonction d'assurance contre les dépenses de soins et la fonction de redistribution verticale des revenus. Il est légitime que la Sécurité sociale s'assigne pour objectif de donner à tous les Français la possibilité de s'assurer également contre le risque-maladie en effectuant un transfert de revenus en faveur des plus pauvres qui leur permette d'obtenir une couverture d'assurance identique à celle des plus riches. Mais ce transfert fiscal vertical qui garantit l'égal accès aux soins est logiquement et économiquement complètement indépendant du mécanisme de l'assurance proprement dit qui peut fonctionner séparément et pourrait aussi bien être géré par une pluralité d'assureurs concurrentiels, parmi lesquels d'ailleurs les assureurs publics actuels.

Ce n'est qu'en séparant explicitement dans les cotisations actuellement payées, la prime d'assurance proprement dite, qui correspond à la moyenne des dépenses individuelles de l'assurance-maladie, de la part restante qui constitue un impôt de solidarité sur les plus hauts salaires ou une subvention pour le financement de la même assurance-maladie pour les salariés les moins aisés, que l'on pourra parvenir à introduire la concurrence dans le secteur, de façon à obtenir une plus grande efficacité du système tout en menant une politique sociale effective⁽²⁾.

(2) Rosa Jean-Jacques (1997) : « La fiscalité mérite mieux que des réformattes. Revoir l'architecture globale », *Sociétal*, n° 6, mars 1997.

Rosa Jean-Jacques (1998) : *L'erreur européenne*, Grasset.

Le choix de l'assureur par l'assuré est indispensable pour inciter le consommateur à réguler ses propres dépenses, les assureurs publics et privés en concurrence à ne pas laisser déraiser ces dernières, et les prestataires de soins à mieux prendre en compte les intérêts matériels des malades en sélectionnant au mieux les soins réellement les plus efficaces.

Mais le choix de l'assureur ne peut intervenir qu'après séparation de la fonction de redistribution inhérente à la Sécurité sociale, qui peut alors être modulée de façon aussi généreuse que le veulent les pouvoirs politiques et les Français, indépendamment de la fonction d'assurance qui sera remplie de façon d'autant plus efficace, comme dans tous les autres secteurs, qu'elle sera le fait d'offreurs multiples en concurrence les uns avec les autres dans le cadre d'une obligation publique d'assurance dont la définition précise incombe aux pouvoirs publics.

Dans ces conditions les réformes deviennent possibles parce qu'elles seront comprises et acceptées.

Complément A

La performance qualitative du système de santé français

Béatrice Majnoni d'Intignano^(*)

Professeur à l'Université de Paris-XII

Pour juger un système de santé, il faut analyser ses résultats en termes de santé et les rapporter à son efficacité économique.

L'espérance de vie en effet est un indicateur très partiel. On peut rappeler par exemple qu'hommes et femmes, qui disposent du même système de santé, présentent un écart d'espérance de vie de huit ans en France. À la fois, les femmes prennent moins de risques et elles utilisent plus et mieux l'offre de soins.

Pour situer la performance en termes de santé du système français, on a donc comparé la France à quatre pays européens (Allemagne, Danemark, Suède et Royaume-Uni), proches et comparables en termes de niveau de vie et de comportements, de 1970 à 1995. On a sélectionné un échantillon de pathologies fréquentes et révélatrices de l'activité des systèmes de santé (politique de santé publique, prévention, soins ambulatoires et hospitaliers), de leur mode de régulation (médecin cerbère, paiement à l'acte...) et des risques pris en dehors du système de santé. Les données proviennent de la base de données de l'OMS (Health for All). Un graphique-type, représentatif de plusieurs maladies, illustre chaque situation évoquée.

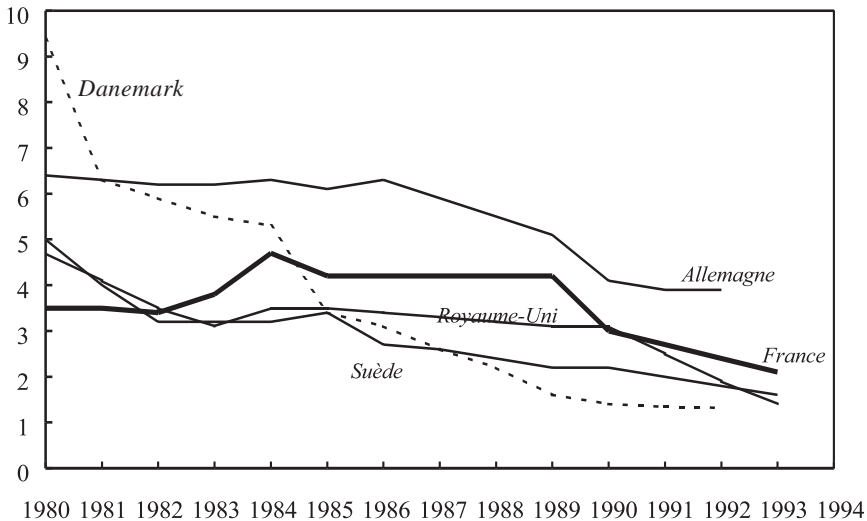
Le résultat de cette approche est paradoxal et parfois en contradiction avec la croyance commune, qui confond souvent les moyens et les résultats et attribue les états de santé principalement à l'action du système de santé.

(*) En collaboration avec Philippe Ulmann.

Prévention

Dans de nombreux cas (rougeole, oreillons, tétanos, tuberculose), la France accusait un retard important par rapport aux autres pays, qui tend à se résorber. Toutefois, alors que des maladies semblent éradiquées (rubéole, rougeole, oreillons, dents gâtées chez les enfants) chez certains de nos voisins (pays nordiques), tel n'est pas le cas en France (graphique 1).

1. Dents cariées, manquantes ou endommagées à 12 ans



Ces questions n'ont pas été l'objet d'une priorité de santé publique, ni d'incitations financières appropriées.

Par exemple, les dentistes restent payés pour soigner les caries plutôt que pour les prévenir et les médecins ne reçoivent pas de gratifications quand les enfants sont tous vaccinés.

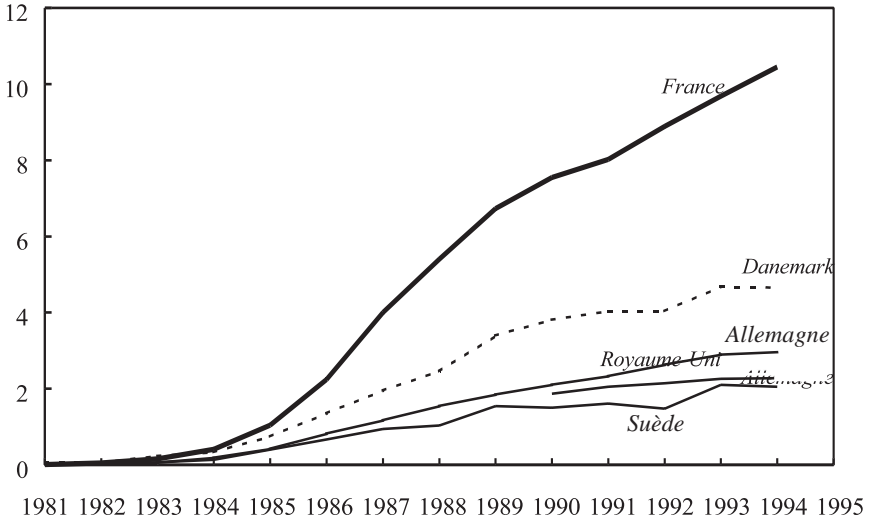
La diffusion exceptionnelle du SIDA, dont la prévention a tardé, mérite d'être rappelée (graphique 2).

En revanche, la France se révèle très performante pour la détection des cancers du sein et de l'utérus (graphique 3), grâce à un réseau dense de spécialistes et de centres hospitaliers, libres d'accès, payés à l'acte, donc incités à l'activité. Toutefois la priorité a été donnée au dépistage, plus qu'à la prévention.

De plus, les ressources sont mal allouées puisqu'on fait trop d'actes de détection avant la ménopause et pas assez après. Des économies et des gains en vie humaine pourraient donc être dégagés.

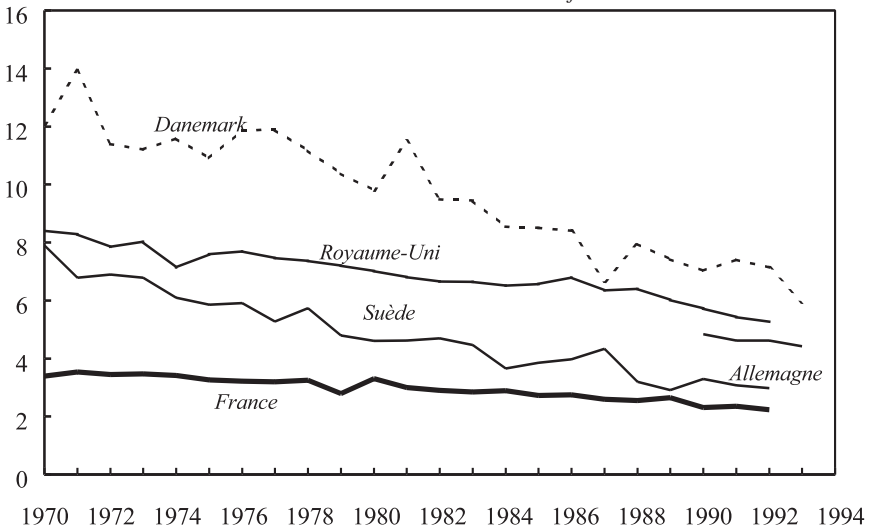
2. Morts du SIDA

Échantillon : 100 000 personnes



3. Taux de mortalité standardisé des cancers de l'utérus

Échantillon : 100 000 femmes de moins de 65 ans

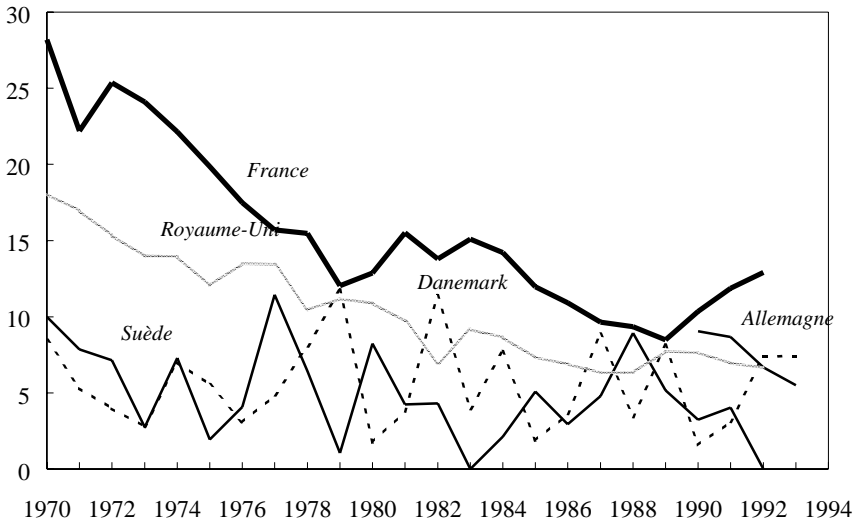


Traitements des pathologies

La France, qui était nettement en retard dans un domaine choquant comme la mortalité maternelle (graphique 4) mais aussi pour la mortalité due à des maladies courantes comme celles du sang, digestives, hernies et occlusions intestinales et parasitaires (graphique 5), a rattrapé ce retard sans toutefois le combler.

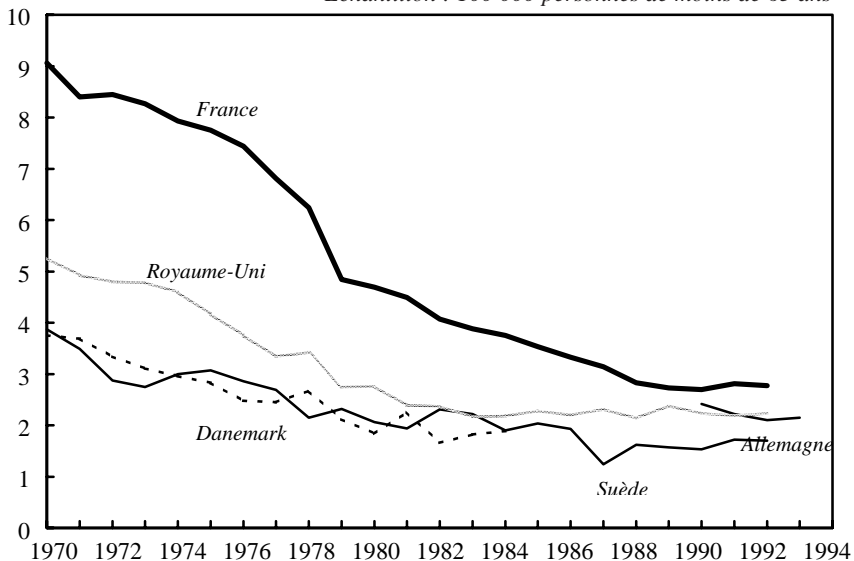
4. Morts maternelles

Échantillon : 100 000 naissances vivantes



5. Taux de mortalité standardisé des maladies infectieuses et parasitaires

Échantillon : 100 000 personnes de moins de 65 ans



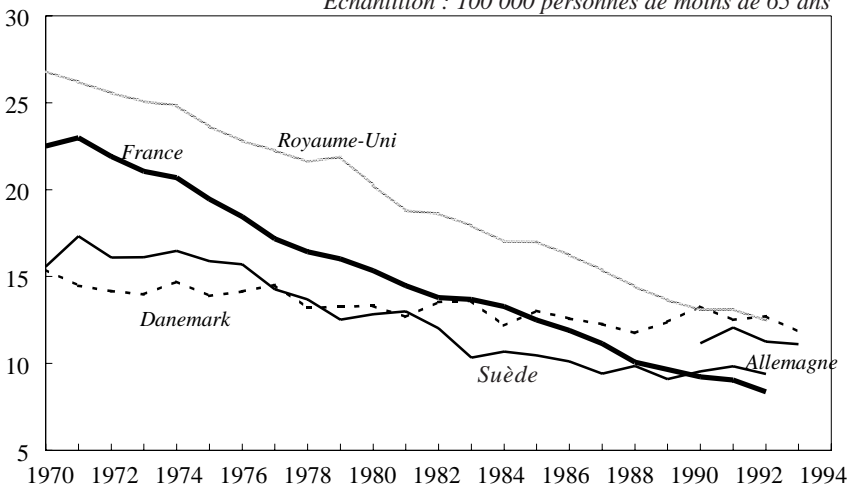
En revanche, notre retard a disparu pour la mortalité infantile, le diabète, les maladies cérébro-vasculaires et celle dite d'Hodgkin.

Pour la mortalité par appendicite, par maladies endocriniennes et par maladies du système respiratoire, l'évolution française ne se distingue pas des autres, tout le monde ayant fait les mêmes progrès et se trouvant aujourd'hui sensiblement au même niveau.

La France, en revanche, est plus performante dans le traitement des personnes âgées de plus de 65 ans et dans la lutte contre la mortalité due au système circulatoire, maladies cardio-vasculaires, bronchites, asthmes, etc (graphiques 6 et 7).

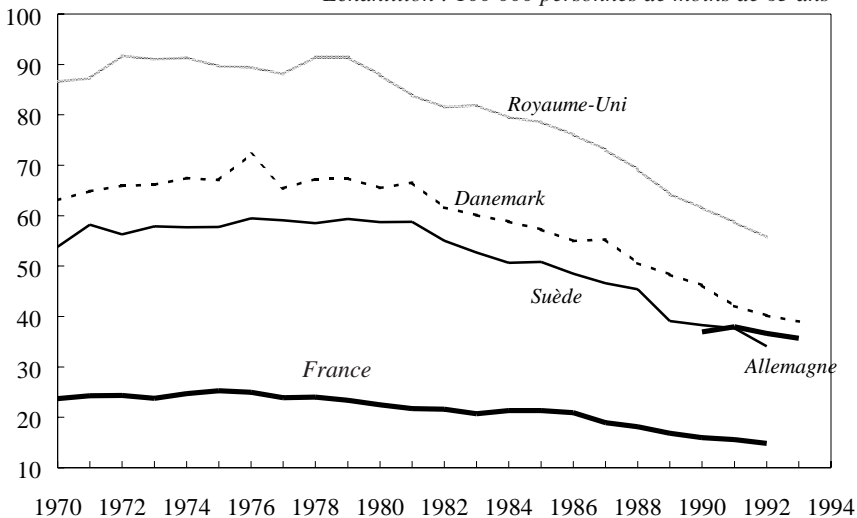
6. Taux de mortalité standardisé des maladies cérébro-vasculaires

Échantillon : 100 000 personnes de moins de 65 ans



7. Taux de mortalité standardisé des maladies ischaémiques

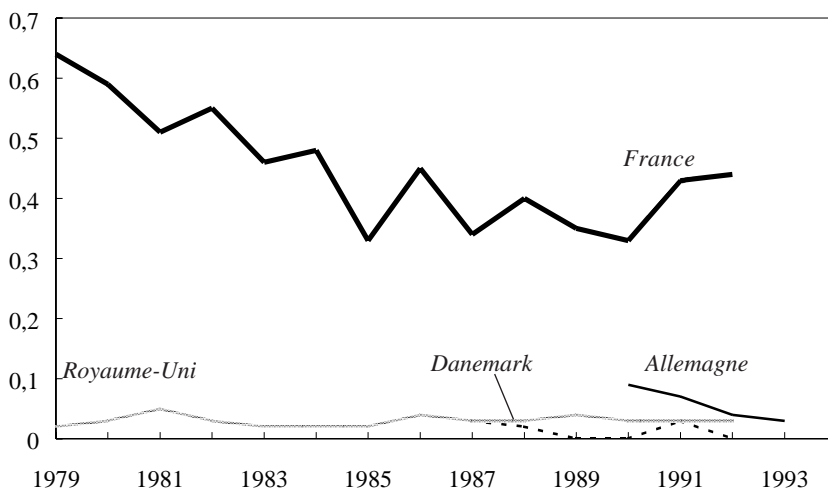
Échantillon : 100 000 personnes de moins de 65 ans



Il semble bien que ces maladies aient été l'objet d'une attention particulière, d'une offre de soins spécialisée abondante. Peut-être est-ce ce qui explique l'excès des effets néfastes des médicaments et les infections nosocomiales par rapport aux pays étrangers (graphique 8).

8. Taux de mortalité standardisé des effets adverses des agents thérapeutiques

Échantillon : 100 000 personnes de moins de 65 ans



Ces résultats sont à relier à la surconsommation médicamenteuse (antibiotiques et antidépresseurs en particulier) et au nombre élevé d'actes chirurgicaux (appendicite par exemple). Les chirurgiens français opèrent beaucoup plus de l'appendicite que les Anglais ou les Allemands pour des taux de mortalité comparables.

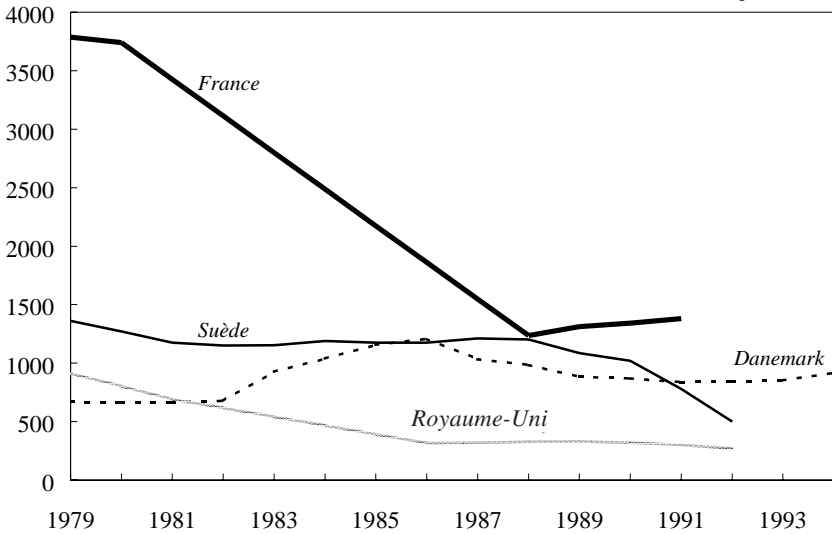
Comportements à risques

L'excès de mortalité pour maladies du foie et cirrhose, cancers des voies aérodigestives et du poumon, accidents de la route et du travail, explique en grande partie l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes, plus important en France. Il est dû à l'alcoolisme, au tabagisme et la négligence de notre pays à l'égard du risque.

Le fait de lier le taux de cotisation des entreprises pour les accidents du travail au nombre d'accidents constatés depuis les années quatre-vingt, s'il a accéléré le rattrapage, n'a pas suffi à combler l'écart défavorable par rapport aux pays étrangers (graphique 9). Comme beaucoup d'autres, cet indice témoigne d'une certaine indifférence des Français à l'égard de la valeur de la vie humaine.

9. Décès par accident du travail

Échantillon : 100 000 personnes



Épidémies industrielles

On appelle « épidémies industrielles », des maladies et des morts dues à des produits ou des comportements risqués, promus par des industries internationales, en général oligopolistiques. Il s'agit par exemple des éléments suivants :

- tabac ;
- alcool ;
- vitesse (motos et autos) ;
- bruit (baladeur, discothèque) ;
- armement (États-Unis) ;
- violence à la télévision ;
- pollution, amiante ;
- vache folle...

Les producteurs font appel à la volonté de puissance, à l'image sexuelle, à l'affirmation de soi ou au lien social chez le client, en particulier chez les jeunes. Ces producteurs tirent parti de trois mécanismes économiques qui leur sont favorables.

Premièrement, l'asymétrie d'information. Grâce à la publicité (incitation directe), ces industries poussent à prendre des risques, mal identifiés en particulier par les jeunes. Cette action est renforcée par la menace sur les

marchés publicitaires des médias, afin d'empêcher la publication des études sur les effets néfastes de ces risques. Enfin, vis-à-vis de l'opinion publique, ces industriels s'appuient sur le concept des libertés individuelles (fumer, aller vite, se droguer), garanties par les constitutions ou la Déclaration des Droits de l'Homme.

Deuxièmement, une longue période d'incubation sépare souvent le risque de ses effets (pour le tabagisme trente années environ). La production de cigarettes commence dans les années dix, l'épidémie proprement dite dans les années trente, le tabac est suspecté à partir de 1950, la causalité démontrée entre 1960 et 1970 et le tabagisme combattu à partir de 1980 dans les pays anglo-saxons. Ces délais tendent toutefois à diminuer avec les progrès de l'information et de la recherche.

Troisièmement, l'aléa moral. Les producteurs dégagent d'importants profits, l'État perçoit des impôts sans subir les conséquences des risques en termes de santé publique.

Le concept d'épidémies industrielles reste peu reconnu en France, bien que les statistiques de mortalité et de morbidité témoignent de l'ampleur de leurs effets (pour les accidents de la route) et du retard à agir (pour le tabagisme ou l'amiante).

Conclusion

De cette exploration rapide de la banque de données de l'OMS, ressortent trois priorités implicites du système de santé français : cancers, maladies cardio-vasculaires et soins aux personnes âgées.

En revanche, compte tenu du caractère dépensier du système français, il semble choquant que les maladies courantes, les accouchements, les caries dentaires aient été ainsi négligées. Enfin, les épidémies industrielles restent perçues comme des maladies aléatoires, traitées par la médecine curative, alors qu'elles appellent une politique spécifique de prévention. Ces résultats reflètent des arbitrages tacites souvent liés à des mécanismes de rémunérations ou d'incitations.

Le système de français est cher, efficace pour la médecine curative, en retard et souvent encore défaillant pour la prévention. Ces conclusions militent pour de nouvelles formes de rémunération spécifique incitant à développer à la fois l'offre et la demande de prévention (abonnement auprès d'un généraliste ou d'un dentiste, capitation, prime aux résultats...). L'utilisation d'indicateurs de performance en termes de santé, au niveau régional, dans l'analyse des pratiques médicales et dans la formation des médecins, s'impose donc.

On sait que la contrainte financière s'est fait sentir à partir de 1985 dans les hôpitaux, puis s'est accentuée et généralisée après 1990. Or, on ne constate aucune rupture dans les indicateurs de résultats (exceptée la mortalité

maternelle). Il semble donc que l'amélioration des résultats ne soit pas liée aux dotations globales.

Les progrès qui restent à faire résulteraient à la fois d'un redéploiement des moyens et des priorités dans le système de santé et d'actions déterminées contre les risques qui détériorent l'état de santé des populations jeunes et masculines (tabagisme, violences, alcoolisme, suicides, accidents de la route...). Les médecins, en nombre excédentaire par rapport aux besoins curatifs, devraient jouer un rôle dans l'éducation, l'information, la prévention et la modification des attitudes individuelles (médecine du travail et scolaire modernisée).

Complément B

Régulation et intervention publique dans les systèmes de santé

Dominique Henriet

*Professeur à l'Université de la Méditerranée
et à l'École Polytechnique*

Jean-Charles Rochet

Professeur à l'Université des Sciences Sociales de Toulouse

Introduction

Devant les difficultés permanentes que rencontrent, dans de nombreux pays, les systèmes de protection sociale, des débats vigoureux se sont ouverts sur les directions de réformes susceptibles d'améliorer l'efficacité du fonctionnement des systèmes de santé. Ce débat est rendu difficile du fait de la juxtaposition de plusieurs sources possibles d'inefficacité et du caractère parfois idéologique des argumentations en présence.

Les symptômes de la crise sont bien connus : la croissance de la part de la richesse consacrée à la santé semble échapper à tout contrôle qui mettrait en balance avantages et coûts. Plus inquiétant, cette fuite en avant ne génère pas nécessairement d'amélioration significative des performances sanitaires et s'accompagne souvent d'une augmentation préoccupante des inégalités en matière d'accès aux soins.

Il existe à travers le monde plusieurs types d'organisations en matière de système de santé. Dans certains pays la couverture et l'offre de soins sont complètement socialisées, dans d'autres, l'assurance est publique et l'offre de soins privée, dans d'autres enfin, le financement et les prestations de soins relèvent majoritairement d'organismes privés soumis, éventuellement, à une régulation publique.

L'absence de modèle unique est d'autant plus évidente que les réformes envisagées par les gouvernements de différents pays vont dans les deux

sens : il s'agit parfois de conforter le caractère « universel » et centralisé de l'assurance-maladie, et dans d'autres cas, au contraire, d'envisager une plus ou moins grande intervention de la concurrence.

Cette disparité des modèles est elle seulement la traduction de différences culturelles ou idéologiques ? Existe-t-il des constats empiriques permettant de juger de la supériorité de tel ou tel système ?

Il est clair que l'examen des performances comparées des différents systèmes de santé suggère que le critère public-privé apparaît trop simpliste pour orienter efficacement la décision. Il ne suffit pas, à lui seul, pour expliquer les différences entre les performances des différents systèmes. Par exemple le caractère déresponsabilisant de l'assurance qui pousse éventuellement à une surconsommation ne dépend pas *stricto sensu* du caractère privé ou public de cette assurance, mais plutôt de la capacité de celle-ci à mettre en place des mécanismes incitatifs adaptés.

L'objectif de cette contribution s'inscrit dans les débats actuels sur l'assurance-maladie. Il s'agit essentiellement de clarifier les justifications de l'intervention publique dans les systèmes de santé.

Enseignement des expériences internationales

L'examen des données internationales montre une très large disparité en matière de financement et d'offres de soins. Très grossièrement on distingue trois groupes de pays en fonction des parts relatives entre secteur privé et secteur public dans le financement et l'offre de soins.

1. Financement et production : rôle du secteur privé et du secteur public

<i>Financement</i>	<i>Public</i>			<i>Privé</i>
<i>Offre de soins</i>	<i>Public</i> →			<i>Privé</i>
	Roy.-Uni Norvège Suède Danemark Islande Irlande	France	Allemagne Pays-Bas Italie	Belgique États-Unis

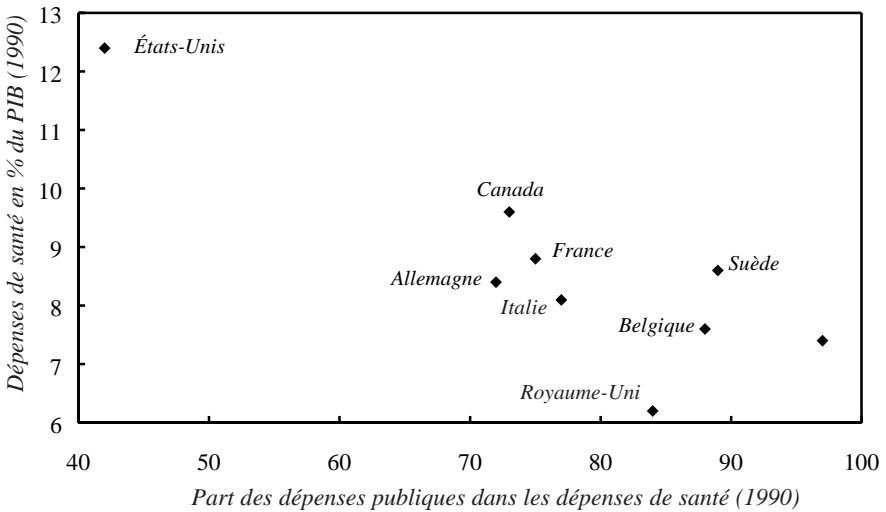
Les pays nordiques ont un système de santé essentiellement public — du type du NHS (National Health System) britannique —, alors que la part du privé dans le financement et l'offre est très largement du ressort du secteur privé aux États-Unis. Le groupe intermédiaire est très hétérogène avec une part importante du secteur privé dans l'offre de soins mais aussi une intervention publique assez forte en matière de contrôle des prix.

Une caractéristique générale commune à l'ensemble des pays est l'accroissement permanent de la part de la richesse nationale consacrée à la santé. Celle-ci est passée de 5 % du PIB dans les années soixante à 7-8 % au début des années quatre-vingt-dix, avec une mention particulière pour les États-Unis pour lesquels « l'effort pour la santé » est passé de 5 % en 1961 à plus de 13 % du PIB en 1991.

La part du financement public dans les dépenses de santé varie pour les pays développés entre 50 % pour les États-Unis et 95 % pour la Norvège. On constate cependant une rupture de tendance au milieu des années soixante-dix. À partir de cette période la part du financement public subit soit un infléchissement de croissance soit une baisse pure et simple. Cette augmentation relative du secteur privé dans le financement (par l'intermédiaire d'assurance privée ou de paiement direct par le patient) n'a pas eu d'incidence significative sur l'augmentation générale des dépenses de santé. Elle a plutôt correspondu, vraisemblablement, à un désengagement de l'assurance publique essentiellement motivé par des contraintes budgétaires.

L'examen des chiffres montre par ailleurs qu'il n'existe pas de corrélation positive nette entre le niveau des dépenses de santé et la part publique du financement.

2. Dépenses de santé et part du financement public



Source : CREDES.

En revanche, le désengagement public peut signifier une augmentation de l'inégalité d'accès aux soins. En France la couverture maladie a favorablement évolué entre 1960 et 1990. De 24 % de population sans couverture en 1960, on est passé à 0,7 % en 1991. À partir de la fin des années soixante-

dix, le désengagement public du financement des dépenses de santé a conduit à une augmentation de la part laissée à l'assurance complémentaire et aux ménages. Pendant le même temps, alors que l'ensemble de la population connaissait une augmentation de la consommation de soins, la frange la plus pauvre voyait sa consommation médicale baisser, alors qu'elle était déjà inférieure à la moyenne.

3. Accroissement des inégalités

Indice 100 : Consommation unitaire moyenne de l'ensemble de la population

Type de consommation	Les 16 % les plus modestes		Les 38,5 % les plus modestes	
	1980	1991	1980	1991
Séances de médecin	86,2	81,1	90	89,7
• dont généralistes	97,7	90,3	98,1	99,1
• dont spécialistes	57,0	61,4	70	71,5
Séances de dentiste	76,6	76,5	82,3	80,9
Séances préventives	72,6	70,5	80,1	83,6
Débours médecins	80,6	65,9	83,6	77,3
Débours dentistes	68,7	59,1	73,5	56,5

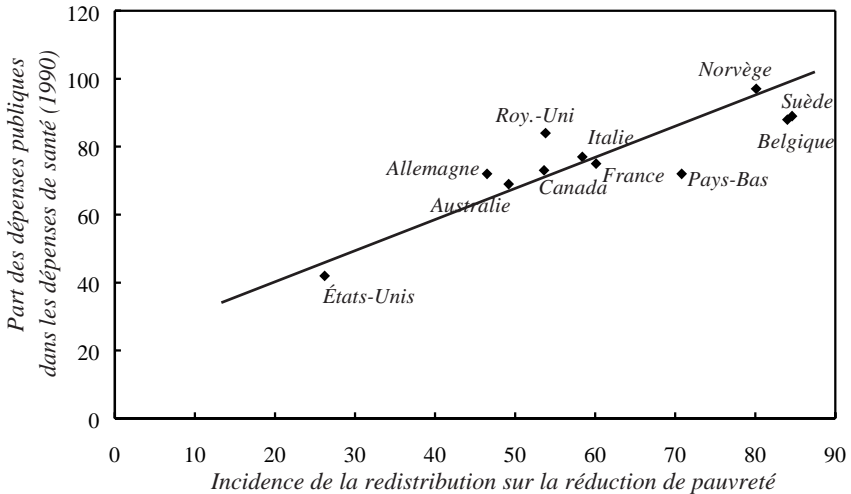
Source : Mormiche (1995) : *Économie et Statistique*, n° 282.

L'ensemble des données qui précèdent montre une forte hétérogénéité de l'implication du secteur public dans les systèmes de santé.

Les justifications traditionnelles de l'intervention publique (voir par exemple Poterba, 1994) — imperfections de marché (asymétries d'information), existence d'effets externes (épidémies), irrationalité des individus qui seraient incapables de mesurer correctement les risques de santé — ne permettent évidemment pas d'expliquer une telle hétérogénéité, à moins de supposer qu'il existe des raisons valables pour que ces différents phénomènes n'aient pas les mêmes intensités dans les différents pays.

En revanche, des considérations d'équité et de redistribution semblent jouer un rôle important dans la différence des politiques retenues. Le degré d'intervention publique en assurance-maladie dans les différents pays de l'OCDE est en effet fortement corrélé au caractère plus ou moins redistributif des systèmes de redistribution. Dans le graphique suivant on a représenté en abscisse le taux de réduction de la pauvreté (taux de variation de la proportion de pauvres dans la population) imputable à l'ensemble des dispositions fiscales des différents pays. Clairement, cet indicateur, qui mesure en quelque sorte l'intensité de la politique redistributive de chacun des pays, est corrélé positivement à la part du financement public des dépenses de santé.

4. Redistribution et part du financement public des dépenses de santé



Source : OCDE.

Cette corrélation ne semble pas *a priori* surprenante au premier abord. Elle mérite cependant une analyse plus approfondie. En supposant qu'il ait une forte volonté redistributive, pourquoi l'État ne se contenterait-il pas d'une politique fiscale de redistribution qui permettrait aux ménages les plus démunis de bénéficier d'un revenu suffisant (impôt négatif, revenu d'existence, allocations diverses...) qui leur permettrait d'acheter de l'assurance-maladie sur un marché concurrentiel ? Il existe d'ailleurs un résultat de la littérature théorique (Atkinson et Stiglitz, 1976) qui montre qu'il est très souvent superflu, et même inefficace, d'introduire d'autres instruments de redistribution que la simple taxation des revenus. Dans ces conditions, quelle raison de fond permet alors d'expliquer qu'une telle politique de redistribution purement fiscale serait insuffisante dans le secteur particulier de l'assurance-maladie ?

La réponse à ce type de question ne peut venir que d'une ou plusieurs spécificités du « bien santé » et de l'assurance-maladie qu'il convient d'identifier avec précision.

Les fonctions d'un système de santé

Un système de santé est caractérisé par deux fonctions essentielles : une fonction d'assurance qui permet de couvrir financièrement les coûts associés à la maladie et une fonction de production de soins au sens large destinée à traiter la maladie.

Le marché

Si le marché pouvait parfaitement fonctionner, les prix suffiraient à orienter offre et demande à leur niveau efficace. Les agents réaliseraient alors les bons arbitrages et les comparaisons entre avantages et coûts privés con-

duiraient à une allocation optimale des ressources entre les différentes activités économiques de production et de consommation. Dans ce cadre, l'assurance-maladie serait un service marchand parmi d'autres pour lequel les cotisations s'établiraient à leur niveau actuariel.

Évidemment une telle organisation concurrentielle ne garantit pas que chacun puisse avoir accès à un minimum de consommation médicale. La seule motivation possible de l'intervention publique serait alors, éventuellement, de garantir l'accès aux soins. Dans ce cadre, le rôle de l'État devrait se borner à la mise en place d'un système fiscal de redistribution.

Cette conception, largement partagée par de nombreux observateurs, a le mérite de la simplicité : le marché règle les problèmes d'efficacité, et la fiscalité règle les problèmes de redistribution. Ce type d'approche concentre alors son analyse sur la conception de mécanismes fiscaux optimaux. En effet, la redistribution fiscale engendre des effets désincitatifs préjudiciables à l'efficacité économique. Les ressources fiscales ont « un coût d'opportunité » supérieur à 1, et l'État doit arbitrer entre redistribution et efficacité.

Cette façon de concevoir l'organisation d'un système de santé ignore cependant certaines caractéristiques propres, d'une part, au risque maladie et, d'autre part, au « bien santé » lui-même.

Redistribution et assurance

L'analyse précédente distingue implicitement assurance et redistribution. Dans cette optique l'assurance est une opération dont l'objectif est la réduction du risque, c'est-à-dire la réduction de la variance du revenu sans altération de son espérance. Cette définition a le mérite de la simplicité. Elle soulève cependant une difficulté essentielle : la distinction entre redistribution et assurance repose essentiellement sur l'information concernant l'exposition au risque d'un individu.

Supposons que le risque d'un individu dépende, au moins statistiquement, de caractéristiques plus ou moins observables. Ces caractéristiques de détermination du risque peuvent être des caractères génétiques, des variables socio-économiques de conditions de vie ou de comportements volontaires ou non, d'antécédents de morbidité... Il en résulte que le degré d'exposition au risque est variable entre les individus, d'une part, et au cours de la vie d'un même individu, d'autre part. Le degré d'information sur ces variables a évidemment une incidence sur l'estimation du risque individuel et donc sur la séparation implicite entre redistribution et assurance. Par exemple, un caractère qui augmente la probabilité d'une maladie a une incidence négative sur l'espérance de revenu. Si l'on accepte la définition précédente, cela signifie que l'observation de ce caractère implique une augmentation de la prime d'assurance. En revanche si l'on suppose que l'opération d'assurance a lieu avant d'observer la variable, la prime correspondante sera plus faible. Une opération d'assurance *ex ante* (avant

d'avoir une information sur le risque) sera vue *ex post* comme une opération de redistribution entre individus ayant des caractéristiques d'exposition au risque différentes.

Les remarques précédentes ont deux conséquences importantes sur lesquelles nous reviendrons plus loin. La première conduit à poser la question de savoir si l'assurance-maladie doit être ou non une assurance de long terme, c'est-à-dire une assurance *ex ante*, avant toute information sur le risque. Du strict point de vue de l'efficacité *ex ante* la réponse doit être positive. La seconde conséquence est que l'assurance *ex ante* (qui s'apparente, comme nous l'avons vu, à de la redistribution) possède l'ensemble des caractéristiques d'une assurance : en particulier chaque individu est prêt à payer pour se couvrir contre le risque d'être un mauvais risque. Cela implique que la redistribution qui en découlera fait l'objet d'un consensus *ex ante* : chaque individu, dans l'ignorance de son état de santé, est d'accord pour signer un contrat dans lequel il est stipulé que les individus ayant un bon état de santé subventionneront les mal portant⁽¹⁾.

Production et achat de soins

La seconde fonction d'un système de santé est l'organisation de la production et de la consommation de soin. Dans un contexte concurrentiel, le système de prix suffit à orienter correctement offre (innovation technologique comprise) et demande. Le problème est qu'un tel fonctionnement concurrentiel dans lequel les arbitrages se feraient en connaissance de cause pose certains problèmes organisationnels. Cette difficulté tient à trois phénomènes qui sont parfois confondus dans les débats sur l'assurance-maladie.

Il est clair tout d'abord que la demande de soins émane de l'individu malade. Or, si celui-ci est assuré, le prix des soins n'a que peu d'influence sur son comportement de demande et en particulier sur les arbitrages possibles entre plusieurs options de soins. Il en résulte que si l'on veut maintenir l'hypothèse concurrentielle on est conduit à transférer le comportement d'arbitrage du patient vers l'assureur. L'efficacité repose donc nécessairement sur la capacité de l'assureur à se substituer au patient pour les choix de consommation.

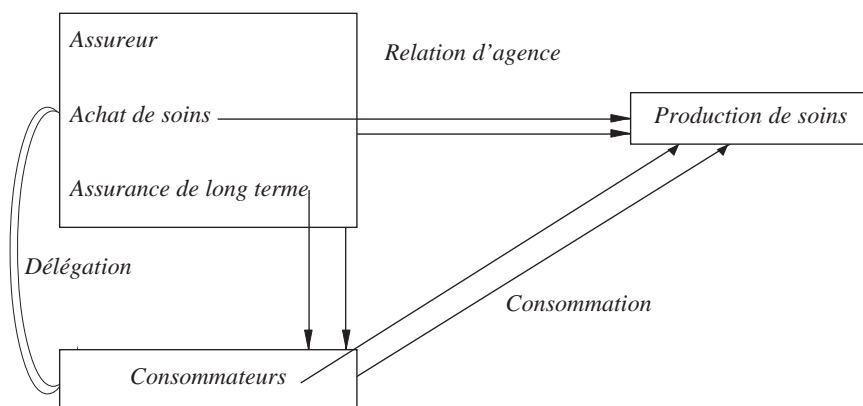
Cette condition réalisée, c'est-à-dire si l'assureur s'est fixé une règle de comportement d'achat comparant avantages et coûts, on est en présence d'une relation économique classique entre un acheteur (qui représente l'in-

(1) L'engagement *ex ante* est au cœur du fonctionnement de l'assurance. Sans possibilité d'engagement *ex ante*, il ne peut pas y avoir d'assurance soutenable. En effet, une fois le risque réalisé, un individu bien portant n'a aucune incitation à financer les coûts de ceux qui sont tombés malades. Une simple promesse *ex ante* n'est pas crédible et l'assurance est impossible. L'intermédiation d'une compagnie d'assurance rend cette promesse crédible en lui donnant un caractère d'engagement dont la traduction concrète est le paiement *ex ante* des cotisations d'assurance.

térêt général de ses clients ou sociétaires ou affiliés) et un ensemble de producteurs : on parlera de relation d'agence entre assureur et producteur de soin. L'efficacité de cette relation tiendra alors à la capacité de l'assureur à obtenir un fonctionnement efficace de la part des producteurs. Cette relation d'agence contient les deux ingrédients traditionnels de risque moral et d'anti-sélection : comme les coûts de production et les efforts de productivité sont difficilement observables (en particulier il n'existe pas toujours de marché secondaire de ces biens hors assurance), les producteurs ont une forte incitation à profiter de leur rente informationnelle.

On en déduit donc que la fonction d'achat de soins sera efficace si, d'une part, l'assureur a la capacité (et les incitations) de se substituer aux consommateurs pour se fixer des règles de comportement d'achat (relation de délégation), d'autre part, si la relation entre assurance et production est telle que les producteurs ont un comportement efficace d'offre (relation d'agence).

5. Les fonctions d'un système de santé



Justifications de l'intervention publique et rôle du secteur privé

Nous allons distinguer ici les justifications de l'intervention publique selon la fonction à laquelle elle est attachée.

Relations entre assurance et production de soins

Nous ne nous attarderons pas, dans ce complément, sur les formes et les instruments de la régulation publique en matière d'achat de soins qui font par ailleurs l'objet d'analyses approfondies (Mougeot, 1986 et 1998). Nous rappellerons simplement quelques points susceptibles de clarifier le débat.

L'objectif de santé publique

Le « bien santé » est un bien particulier. L'économiste dirait que la santé engendre des effets externes forts sur le reste de l'économie. En particulier les performances économiques d'une population dépendent de son niveau global de santé (et réciproquement d'ailleurs). Or les individus ne possèdent en général pas d'information suffisante pour orienter leur demande : ils émettent une demande de « bonne santé » sans savoir *a priori* quel est le traitement adapté. Ce déficit informationnel est tel que les incitations spontanées à la prévention ne sont pas, en général, suffisantes. La prise en compte de cette externalité nécessite évidemment l'intervention publiques ne serait-ce que pour formaliser certaines obligations ou normes en matière de prévention ou de production sanitaire.

Délégation et incitation

Mis à part cette nécessité de tutelle, le problème essentiel de la relation entre patient, assureur et producteur de soins est un problème d'incitation et de délégation.

D'une manière générale, le patient délègue à l'assureur la décision économique d'arbitrage entre coût et efficacité des traitements. De même, l'assureur délègue la production de soins au secteur productif.

Deux questions essentielles se posent alors : l'assureur est-il correctement incité à jouer le rôle d'acheteur éclairé ? est-il dans le jargon des économistes un centre de décision « bénévole » ?

Par ricochet, le secteur productif est-il incité à produire efficacement au moindre coût ?

C'est l'efficacité de cette double relation d'agence qui conditionne la performance en matière de production de soins.

Selon que l'on considère que le problème d'incitation est plutôt au niveau de l'assurance ou au niveau de l'offre de soins, on concevra des mécanismes de régulation différents. Parmi toutes les mesures envisageables, la mise en concurrence (directe ou fictive) est un outil qui a été plus ou moins expérimenté à des degrés divers.

Pour résoudre le problème de risque moral du côté de l'offre, on peut préconiser la mise en concurrence effective des prestataires de soins. Dans ce cas l'organisme d'assurance met en concurrence différents prestataires et passe des contrats de court terme. Un moyen utilisé en Grande-Bretagne consiste à déléguer la négociation avec les prestataires de service à des « fund holders » (cabinets de généralistes dont le budget est fixé à l'avance en fonction de la clientèle).

Pour résoudre le problème global de la double relation patient-assureur-fournisseur, certains pays ont mis en place (ou projettent) une organisation dans laquelle organismes d'assurance et prestataires de soins sont intégrés

en entités elles-mêmes en concurrence. L'idée est la suivante : l'individu choisit un prestataire intégré qui joue à la fois le rôle d'assureur et de prestataire de soin. Le problème de relation entre l'assureur et le prestataire de soin est éliminé puisque ces deux fonctions sont intégrées dans un même organisme. Les HMO américains correspondent à cette optique.

Dans tous les cas, il semble que ce type d'organisation engendre des coûts de transaction importants : coûts informationnels d'une part (les assureurs doivent mettre en place des nomenclatures et des règles de contrôle précises), et coûts de négociation d'autre part.

Assurance

On cite souvent, comme justifications de l'intervention publique, les deux phénomènes caractéristiques de l'activité d'assurance que sont l'anti-sélection et le risque moral. Dans les deux cas, l'asymétrie d'information entre assureur et assuré est à l'origine de l'inefficacité du marché. Ces deux phénomènes sont-ils vraiment pertinents en assurance-maladie ?

Risque moral

Le risque moral est une caractéristique bien connue de l'assurance : dès lors qu'un individu est assuré, il n'a pas d'incitation directe à se prémunir contre le risque. Dans le cas d'une assurance-dommage il peut même être incité à provoquer le sinistre de manière à être remboursé intégralement. Il faut bien comprendre que le risque moral associé à l'assurance concerne l'effort de prévention du risque lui-même. Le niveau de dépense relève, en revanche, du risque moral dans la relation d'agence entre assureur et producteur. *Stricto sensu*, il y a risque moral d'assurance si l'assuré n'est pas incité à un comportement de prévention. Certains distinguent le risque moral *ex ante* et le risque moral *ex post* : le premier fait référence aux efforts de prévention (l'assurance favoriserait des comportements pathogènes...), le second fait référence à la consommation médicale une fois la maladie déclarée (nomadisme, multiplication d'exams...). *Stricto sensu*, seule la première catégorie relève du risque moral : il s'agit bien de comportements difficilement observables affectant la morbidité. Le second n'est pas à proprement parler du risque moral puisque théoriquement on peut savoir si la consommation est abusive ou non en fonction du diagnostic médical. Autrement dit, si l'on peut associer à chaque diagnostic une dépense normative, le problème de risque moral *ex post* disparaît. Moyennant quoi, de nombreuses études empiriques ont été conduites pour estimer l'importance du risque moral *ex post* en assurance-maladie. Elles concluent toutes plus ou moins dans le même sens : le niveau de couverture maladie a tendance à augmenter la fréquence de consultation, mais pas le coût unitaire de chaque épisode de soin.

La gestion du risque moral dû à l'assurance n'implique pas, à proprement parler, d'intervention publique autre que celle que l'on rencontre sur

les autres marchés d'assurance. Cette intervention se réduit dans la plupart des cas à des mécanismes de régulation de la coassurance. Le risque moral (patient) ne justifie ni l'assurance privée ni l'assurance publique, il implique seulement des mécanismes de responsabilisation dont l'expression la plus simple est le ticket modérateur.

Anti-sélection ou sélection

Dans un marché d'assurance, si l'information dont dispose l'assureur sur le risque de ses clients est imparfaite, la prime d'assurance ne peut pas être différenciée. Il en résulte que les « bas risques », dont les cotisations subventionnent de fait les hauts risques et sont donc relativement chères compte tenu du risque, sont incités à la sous-assurance. Ce phénomène peut conduire même à une situation dans laquelle les bas risques ne s'assurent plus du tout. L'anti-sélection conduit ainsi théoriquement à une mauvaise couverture des bas risques.

Ce type de conclusion ne correspond pas du tout à ce que l'on peut constater en assurance-maladie. Dans la réalité il semble que la concurrence pousse les compagnies d'assurance à lutter contre l'anti-sélection en adoptant au contraire des stratégies de sélection de risque. Il semble que l'asymétrie d'information ne soit pas celle décrite dans la littérature : l'assureur est plus informé que l'assuré (ne serait ce que parce qu'il dispose d'études épidémiologiques ou statistiques) sur les risques encourus. Ainsi les primes concurrentielles dépendent de plus en plus des caractéristiques individuelles des assurés. Dans cette optique plusieurs outils tarifaires sont utilisés : la prime peut dépendre des caractéristiques observables et/ou du passé de l'assuré en matière de risque (antécédents). Toutes ces pratiques ont pour objectif de lutter contre le phénomène « d'anti-sélection » : une trop forte péréquation tarifaire est vulnérable du point de vue concurrentiel ; les meilleurs risques (faibles risques) ayant une forte incitation à chercher un contrat moins cher. Le résultat de la concurrence est alors inverse de celui mentionné précédemment : une augmentation de la prime des hauts risques peut, en raison de contraintes de revenu, les pousser à ne pas s'assurer. Les données empiriques confirment cette conclusion théorique : la concurrence n'engendre pas la sous-assurance des bas risques mais plutôt l'exclusion des hauts risques.

Sélection et assurance de long terme

Dans ces conditions, la véritable imperfection du marché vient de ce que la concurrence devient incapable de proposer une assurance « *ex ante* » ou de façon équivalente une assurance de long terme. Pour échapper à l'anti-sélection, c'est-à-dire pour éviter de perdre les bons risques, les compagnies sont conduites à pratiquer la sélection ou à essayer de se débarrasser des mauvais risques. Cette pratique de sélection compromet évidemment la soutenabilité de l'assurance de long terme : le risque de devenir un mauvais risque n'est pas assuré dans ce type de marché. On peut se poser la

question de savoir pourquoi le marché ne propose pas un produit spécifique d'assurance qui assurerait contre l'augmentation de prime ! Les arguments que l'on retrouve plus ou moins explicitement dans la littérature sont les suivants : le risque de long terme est difficilement diversifiable : le risque individuel est intertemporellement corrélé. Autrement dit, un individu en mauvaise santé aujourd'hui a de grandes chances d'être en mauvaise santé dans le futur. Ceci implique que l'information initiale sur un individu détermine en grande partie son profil morbide futur. Il en résulte que la compensation des risques entre individus identiques (du point de vue de leurs caractéristiques initiales) sera très peu efficace puisqu'ils auront tous plus ou moins les mêmes besoins en même temps.

L'offre d'assurance de long terme implique ainsi l'intervention publique. On peut concevoir différents degrés d'intervention.

La première forme consiste simplement à réglementer la tarification de l'assurance en imposant aux compagnies de pratiquer des primes uniformes indépendantes de caractéristiques liées au risque. Ce type d'intervention n'élimine pas totalement la sélection : les compagnies peuvent être incitées à utiliser d'autres méthodes de sélection reposant sur du démarchage commercial ciblé par exemple.

Le deuxième type d'intervention consiste à séparer collecte des cotisations et assurance. Dans ce type d'organisation, l'État collecte les primes (sur une base uniforme ou fiscale) et redistribue le produit de la collecte à des compagnies d'assurance en fonction de la composition de leur clientèle. Ce dispositif implique donc la mise en place d'un organisme capable de calculer le risque associé aux portefeuilles des différentes compagnies. Une autre version du même type consisterait à la mise en place d'un fonds de péréquation entre les compagnies d'assurance : en fonction du risque calculé de son portefeuille, une compagnie doit verser une contribution ou au contraire bénéficier d'une subvention.

Enfin, l'État peut prendre en charge directement la production d'assurance.

Redistribution en « nature »

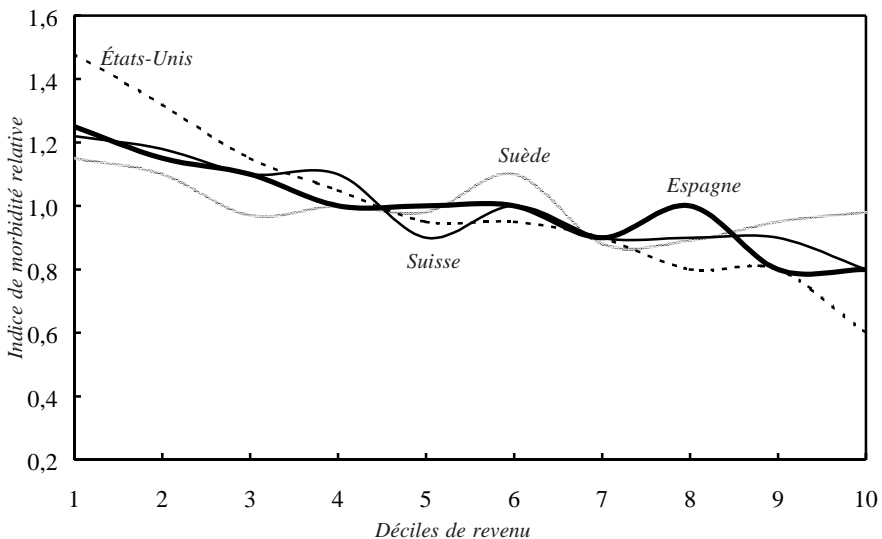
Il existe une autre justification, plus subtile, de la fourniture publique d'assurance-maladie qui a trait à ses propriétés redistributives et qui permet d'expliquer la forte variabilité de l'intervention publique à travers le monde.

L'assurance-maladie publique peut se révéler être un outil de redistribution complémentaire à la stricte redistribution fiscale. L'argument est le suivant. Imposer sur le revenu les agents productifs engendre un effet de découragement qui les incite à moins d'effort de production de richesse. Schématiquement, moins d'effort de production privée (moins de revenu brut) permettant d'obtenir plus de transferts publics (ou de supporter moins d'impôt), il peut être avantageux de modérer ses efforts de « production »

pour bénéficier de ces réductions d'impôt (ou de ces aides publiques). Pour éviter cet arbitrage défavorable à l'efficacité économique, le barème fiscal de moindre mal doit limiter les avantages accordés aux faibles revenus. L'effet désincitatif de la taxation du revenu restreint *de facto* le pouvoir redistributif de la fiscalité.

Supposons maintenant qu'une partie de la redistribution en direction des agents faiblement productifs ne se fasse pas par le revenu mais par la fourniture d'assurance-maladie publique. Dans ce cas, l'arbitrage entre effort et revenu est modifié : un faible revenu permet d'obtenir un transfert en nature. Si, comme de nombreuses études empiriques le montrent, (voir par exemple la figure 6), morbidité et « productivité » sont négativement corrélées, cette compensation en nature intéresse peu les agents productifs : les avantages qu'ils pourraient avoir à limiter leur effort de production ont moins d'utilité pour eux⁽²⁾ que leur équivalent monétaire.

6. Morbidité décroissante en fonction du revenu



Source : Van Doorslaer et alii (1997) : *Journal of Health Economics*, pp. 93-112.

Une autre manière d'expliciter ce mécanisme consiste à comparer deux procédures redistributives apparemment équivalentes. La première (d'inspiration non interventionniste) redistribue fiscalement des ressources aux hauts risques de manière à ce qu'ils puissent s'assurer convenablement sur un marché concurrentiel, la seconde propose simplement une assurance uniforme publique. Dans le premier cas, il n'existe pas de couverture pu-

(2) Toutes choses égales par ailleurs (en particulier à aversion pour le risque donnée), les agents productifs étant moins malades, la valeur qu'ils accordent à l'assurance est moins importante que pour les agents faiblement productifs.

blique et l'État décide de subventionner les hauts risques (c'est-à-dire aussi les faibles revenus) de sorte qu'ils ne soient pas pénalisés (sur le marché) par leur surcoût par rapport à la moyenne. Cette allocation a un effet désincitatif par le mécanisme suivant : le montant (en monnaie) de la taxation des individus les plus productifs dépasse le coût de leur assurance, ce qui peut les inciter à moins d'effort. Pour maintenir le niveau d'incitation optimal il faudrait alors diminuer les prélèvements sur les plus productifs, donc diminuer les ressources fiscales et par conséquent limiter la subvention en faveur des hauts risques. La redistribution fiscale est incomplète parce que limitée par un problème d'incitation. Supposons au contraire que l'assurance-maladie soit prise en charge par un organisme public qui fixe la prime, par exemple, de manière uniforme. Sans autre transfert, cette politique n'engendre aucun phénomène de désincitation. Ainsi, sous l'hypothèse que la morbidité est décroissante avec le revenu, l'assurance publique se révèle un outil plus efficace que la fiscalité pour égaliser les conditions d'accès à l'assurance-maladie.

Les conclusions de l'analyse précédente reposent explicitement sur l'hypothèse que la dépense de santé (prise en charge par l'assurance publique ou privée) est directement liée à l'état de santé et donc devrait être plus faible pour les haut revenus.

Les données disponibles sur la morbidité semblent confirmer une corrélation négative avec le revenu et confortent donc le caractère potentiellement redistributif de l'assurance publique. En revanche, les données de dépense de santé montrent une relation inverse, en particulier en France (voir par exemple Genier, 1998 ou Newhouse, 1993), pour une analyse sur données américaines). Autrement dit, l'état de santé n'est pas le seul déterminant de la dépense, même si c'est évidemment le premier.

Deux explications peuvent être avancées. En premier lieu le niveau de couverture influence la dépense de santé : cet effet est de type « risque moral » et explique une partie de la surconsommation des personnes à haut revenu, les plus démunis n'ayant pas accès à l'assurance complémentaire. Tout se passe comme si, en schématisant, l'assurance partielle avec ticket modérateur forçait à la modération des dépenses la partie de la population qui, objectivement, en a le plus besoin ! En second lieu, l'analyse des données montre (voir par exemple Henriet et Rochet, 1998) que même toutes choses égales par ailleurs (âge, sexe et couverture maladie), les individus à haut revenu ont tout de même une propension à dépenser plus. Cet effet pourrait éventuellement s'expliquer par un biais socioculturel d'accès au soin et mériterait une analyse plus approfondie. Quoi qu'il en soit, il semble bien que le système français, tel qu'il se présente actuellement, conduise en fait à une redistribution à l'envers : les effets de risque moral et d'inégalité socioculturelle d'accès aux soins renforcent le caractère faiblement redistributif d'une assurance publique incomplète.

Pour prendre en compte le phénomène de risque moral (et d'inégalité d'accès aux soins) dans l'interprétation de l'assurance publique comme outil complémentaire de redistribution, il faudrait évaluer l'intérêt d'un ticket modérateur (d'ordre public) variable avec le revenu : un tel instrument combinerait le caractère redistributif de l'assurance publique évoqué plus haut tout en maintenant une incitation suffisante à la modération des dépenses.

Références bibliographiques

- Atkinson A. et J. Stiglitz (1976) : « The Design of Tax Structure: Direct versus Indirect Taxation », *Journal of Public Economics*, n° 6, pp. 55-75.
- Genier P. (1998) : « Assurance et recours aux soins : une analyse microéconométrique », *Revue Économique*, n° 3, pp. 809-820.
- Henriet D. et J-Ch. Rochet (1998) : *The Political Economy of Health Insurance*, mimeo GREQAM-GREMAQ.
- Mormiche P. (1995) : « L'accès aux soins : évolution des inégalités entre 1980 et 1991 », *Économie et Statistique*, n° 282.
- Mougeot M. (1994) : *Systèmes de santé et concurrence*, Economica, Paris.
- Mougeot M. (1998) : *La régulation de l'assurance-maladie et des dépenses de santé*, Rapport du CAE n° 13, La Documentation Française.
- Poterba J. (1994) : « Government Intervention in the Markets for Education and Health Care: How and Why? », *Document de Travail, NBER*, n° 4916.
- Van Doorslaer E. et alii (1997) : « Income Related Inequalities in Health: Some International Comparisons », *Journal of Health Economics*, 16, pp. 93-112.

Complément C

Gestion publique et système de santé

Dominique Bureau et Laurent Caussat

Conseil d'Analyse Économique

La couverture publique, obligatoire et tendancielle universelle du risque, et le libre recours aux services de santé constituent les principes fondateurs de notre système d'assurance-maladie. Une telle organisation vise à éloigner le risque de rationnements des soins et d'écrémage des mauvais risques par des assureurs privés. Mais ces arguments ne font pas échapper le secteur de la santé aux contraintes d'efficacité économique et sociale, qui concernent l'ensemble de la gestion publique. Comme l'observe Claude Henry (1997) : « Une intervention publique, au nom de la contribution des services publics à l'exercice des droits fondamentaux de la personne, ou au nom de la correction d'inefficacités du marché, ou encore au nom de la cohésion sociale, n'est légitime qu'autant qu'elle mette en œuvre des moyens qui soient adaptés aux objectifs poursuivis, et dont les coûts soient maîtrisés ».

L'examen concret de l'intervention publique dans le secteur de la santé conduit par ailleurs à observer que les problèmes rencontrés dans la gestion ou dans la réglementation des activités de ce secteur ont beaucoup de traits communs avec ceux que rencontre, de manière générale, l'action publique. Trois exemples^(*) pris dans des domaines différents, le montrent :

- la priorité de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Île-de-France, qui est de réorganiser l'offre de soins hospitaliers, pour en corriger les excédents, et inciter les établissements trop coûteux à améliorer leurs perfor-

(*) Cette note s'appuie sur les contributions orales et écrites des participants à la réunion du 30 juin 1998 du groupe « Santé » du Conseil d'Analyse Économique.

mances, s'inscrit directement dans cette perspective de proportionnalité des moyens et de maîtrise des coûts.

- avec la réforme de la transfusion sanguine de 1993, il s'agissait d'assurer la sécurité à la consommation d'un type particulier de produit, en définissant les règles médico-techniques, administratives et financières des producteurs concernés, et en contrôlant leur mise en œuvre.

- enfin, le Comité économique du médicament poursuit des objectifs similaires à ceux de tout acheteur public ayant un certain poids sur l'organisation industrielle de ses fournisseurs en essayant de concilier coût, qualité et sécurité des produits, et stimulation de l'innovation.

Il vaut donc la peine d'examiner, à la lumière de réflexions plus générales sur la gestion publique, les problèmes de régulation et d'organisation rencontrés dans le secteur de la santé. L'idée qu'un secteur particulier — surtout s'il est en charge de missions de service public majeures, comme c'est le cas pour la santé — relève des paradigmes habituels de l'économie publique ou de l'économie de la réglementation n'est en général pas acceptée spontanément par les acteurs du secteur considéré. On revient donc tout d'abord sur cette idée, pour montrer que les problèmes rencontrés aujourd'hui dans notre système de santé ressemblent fort à ceux que le secteur public dans son ensemble a rencontrés à chaque fois qu'il s'est trouvé confronté à une concurrence accrue, ce qui permet d'esquisser ensuite, sur une base comparative, quelques pistes de réforme.

Les perspectives d'évolution de l'hôpital public

Structure du secteur

Le tableau suivant rappelle la part prépondérante des établissements publics dans l'offre hospitalière. Mais l'offre du privé est loin d'être négligeable. Par ailleurs l'ensemble des marchés de la santé, même lorsque l'offre est uniquement privée comme c'est le cas pour la médecine de ville, sont réglementés à la fois en matière d'accès et de prix. L'efficacité de l'intervention publique dans ce secteur a ainsi de multiples dimensions : gestion et régulation des établissements publics ; organisation (éventuellement par défaut) de la concurrence entre public et privé ; réglementation des marchés où opèrent des intervenants privés. Les développements qui suivent abordent principalement les deux premiers thèmes. Compte tenu du poids du privé dans l'ensemble du secteur, et du rôle de la médecine ambulatoire dans la formation et l'évolution des dépenses de santé, ceci ne signifie pas cependant que le dernier aspect ne soit pas important. Il devrait donc lui aussi être examiné en termes économiques, comme on évalue de manière générale la gestion de la réglementation et des professions réglementées, en mesurant le coût de ces réglementations, et en appréciant le risque de laisser des rentes indues aux opérateurs, par exemple.

Structure de la consommation de soins et de biens médicaux

En %

	1970	1975	1980	1985	1990	1995
Hôpitaux publics	30,7	35,2	41,3	39,4	36,4	37,0
Hôpitaux privés	11,6	12,2	11,6	11,6	11,2	11,2
Sections médicalisées	0,0	0,0	0,2	0,7	0,9	1,3
Soins ambulatoires	29,0	27,6	26,3	27,3	29,4	27,7
Transports	0,7	0,9	1,0	1,3	1,4	1,5
Médicaments	25,8	22,1	17,5	17,5	18,2	18,5
Prothèses	2,2	2,1	1,9	2,1	2,5	2,7
Total	100	100	100	100	100	100

Source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (SESI), comptes nationaux de la santé.

Enseignements à tirer de la confrontation du secteur public à la concurrence

L'hôpital public est confronté à la concurrence du privé, notamment dans le domaine de la chirurgie. Les frontières entre médecine de ville et hôpital elles aussi évoluent. Ainsi l'hôpital public fait face à une concurrence accrue, et se trouve confronté au facteur qui a constitué le déterminant majeur des évolutions du secteur public marchand ces dernières années.

Dans le secteur public marchand, l'adaptation aux directives européennes d'ouverture à la concurrence a focalisé l'attention, et constitué souvent le facteur déclenchant des réformes. Mais celles-ci reflétaient souvent des évolutions technologiques sous-jacentes, inéluctables dans une large mesure, soit dans le secteur directement concerné — cas des télécommunications — soit liées à l'apparition de services concurrents (route pour le fer ; gaz pour l'électricité). Quels enseignements tirer pour le secteur de la santé de l'expérience en cours d'adaptation de notre secteur public marchand à cette pression concurrentielle plus forte ? Tout d'abord, que trois réflexes se sont avérés inadaptés.

Le premier est défensif. Il consiste à valoriser les performances des entreprises ou des établissements publics concernés. Évaluées « en statique », celles-ci sont d'ailleurs souvent appréciables. Mais ceci conduit à ignorer l'accroissement tendanciel des exigences de qualité des consommateurs, usagers ou patients. Simultanément, tous les arguments théoriques en faveur de l'intervention publique (coûts fixes, concurrence impraticable, missions particulières non rentables comme peuvent être la recherche, l'enseignement et l'accueil des plus pauvres pour l'hôpital public etc.) sont mis à contribution, mais sans quantification précise des coûts correspondants. Beaucoup de ces arguments se révèlent vite exagérés. Mais le fait de les avoir un temps érigés en véritables cultures d'entreprises ne facilite pas l'anticipation des échéances, et la prise de conscience que, face à une concurrence accrue, le secteur public doit impérativement rechercher une meilleure efficacité.

Le deuxième réflexe, côté tutelle, consiste à essayer de « piloter » la structure de marché, en évitant les transferts trop brusques de parts de marché ou de recettes. Les « complémentarités » entre les différents acteurs sont alors mises en avant et recherchées. Ainsi les transports terrestres ont longtemps vécu sous un régime de « coordination » qui contingentait la capacité de production et réglementait les prix de la route pour protéger le fer. Il n'y réussit jamais, la réglementation se trouvant chaque jour confrontée à de nouvelles formes de contournement. En revanche, ceci introduisit de fortes distorsions et mit, sans raison, l'État en première ligne dans la régulation économique des transports routiers de marchandises. Certes la réglementation des marchés de la santé a des motifs plus légitimes, pour garantir la sécurité de l'offre des soins. L'agrément des capacités, la non fongibilité des enveloppes entre médecine de ville, hôpital public et hôpital privé ou certains éléments des conventions négociées avec les différents producteurs, doivent cependant être appréhendés aussi comme des moyens éventuels de protéger indûment les différents acteurs de la concurrence, par le biais de la réglementation et du contrôle externe des marchés.

Troisième réflexe, le contrôle interne des établissements par la tutelle tend à reposer exclusivement sur des contrats d'objectifs. Ceux-ci sont utiles, mais ils ne sont qu'un élément d'une « gouvernance » efficace de ces établissements. L'aspect positif est qu'ils obligent à la clarification des comptes et une meilleure identification des missions. Les contrats actuellement signés entre les ARH et certains établissements (cf. encadré 1) ont ainsi le mérite, en affichant des priorités, de combler le sentiment d'absence d'orientation à moyen terme qui prévalait depuis la mise en place en 1983 du budget global. Ce type d'instrument rencontre cependant des limites (Bureau, 1997). Tout d'abord, il apparaît qu'il n'y a pas de véritable sanction en cas de non réalisation des objectifs, ce qui supposerait que les deux parties signataires aient véritablement la capacité de tenir leurs engagements, ce qui a comme préalable une définition précise des responsabilités, au sein même des établissements publics. On observe ensuite que ce type de contrats n'a pas permis, en général, l'élaboration d'une véritable stratégie par segment d'activités, voire qu'ils ont pu favoriser des réinvestissements excédentaires.

Ces trois réflexes sont indéniablement à l'œuvre aujourd'hui dans le secteur de la santé. En l'absence d'échéance obligeant à un sursaut — comme l'ont fait les directives européennes dans certains secteurs tels que les télécommunications —, le scénario au fil de l'eau pour l'hôpital public serait donc caractérisé sans doute (au moins tant que les consommateurs et contributeurs l'acceptent) par un effritement tendanciel des parts de marché du public, sans perspective de véritable équilibre ou d'avenir. La prise en compte de quelques éléments de réflexion générale sur la gestion publique peut aider à imaginer d'autres scénarios.

1. Les contrats d'objectifs et de moyens entre l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France et les établissements hospitaliers

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, a institué des agences régionales de l'hospitalisation, qui sont désormais chargées d'allouer des dotations budgétaires régionales limitatives entre les différents hôpitaux publics et privés. Leur action peut être illustrée en partant de l'exemple de l'ARH d'Île-de-France, même si la région Île-de-France déroge aux principes généraux de la réforme hospitalière de 1996. En effet les budgets des établissements de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP, près de 60 % des dotations aux hôpitaux publics) sont régis par des contrats spécifiques avec l'État. Bien qu'elle n'exerce pas sa tutelle financière sur l'AP-HP, l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France entend s'assurer cependant de la concordance des objectifs que l'AP-HP négociera avec l'État avec ceux qu'elle a fixés dans le cadre du Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS).

L'ensemble des dépenses du secteur sanitaire en Île-de-France s'élève à 66 milliards de francs en 1997, dont les cinq sixièmes sont assurés par des établissements publics ou privés participant au service public hospitalier. La région Île-de-France est jugée sur-dotée en équipements hospitaliers, par rapport aux autres régions françaises, la dotation budgétaire versée aux hôpitaux publics, rapportée au nombre d'habitants, étant plus du double en Île-de-France (2 900 francs environ) de celle de la région française la moins dotée (la région Bourgogne, avec 1 300 francs par habitant environ). Le contexte hospitalier francilien pour les années à venir est donc celui d'une contraction progressive des dotations régionales, de façon à réduire cet écart. Ainsi, pour 1998, la dotation régionale n'a progressé que de 0,35 % en francs courants, contre 1,41 % pour l'ensemble des dotations régionales.

Dans ce contexte financier, l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France s'est engagée dans une démarche de contractualisation avec les établissements hospitaliers, dans le cadre de son schéma régional d'organisation sanitaire pour les années 1999-2004. L'agence régionale met en œuvre depuis cette année des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec seize hôpitaux publics. La contractualisation était déjà la règle dans les relations entre l'assurance maladie et les établissements hospitaliers privés.

Ces contrats visent à atteindre quatre objectifs : le développement de réseaux de soins avec la médecine de ville ; la coopération entre

établissements hospitaliers, pouvant aller jusqu'à des fusions ; le renforcement des moyens alloués aux hôpitaux situés dans les zones à accroissement rapide de la population ou spécialisés dans des activités en développement ; l'adaptation des établissements par la réorientation des activités en vue d'une meilleure maîtrise des coûts.

Parmi les moyens au service de ces objectifs, l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France intervient en autorisant des investissements, et les emprunts correspondants. Ceux-ci doivent permettre des réorganisations engendrant des réductions de coût à l'issue des contrats, sur lesquels les établissements s'engagent. L'Agence régionale incite par ailleurs les établissements à conclure des contrats en interne, qui précisent les conséquences des priorités de santé sur leur organisation.

L'intervention publique dans la santé : organisation et instruments

Problèmes incitatifs dans la gestion publique

La politique de santé accorde aujourd'hui une grande importance au développement des systèmes d'information et d'évaluation, l'objectif ultime étant d'améliorer les procédures de planification (SROS, carte sanitaire, agréments pour les lits et les équipements lourds, etc.) qui demeurent considérées comme une pièce maîtresse du dispositif. Sans meilleures informations sur les activités et les coûts que celles dont on dispose actuellement, aucune gestion réelle du système de santé n'apparaît en effet possible. L'ambition d'une planification « médicalisée » souple et efficace rappelle cependant, à beaucoup d'égards, les espoirs mis au début des années soixante-dix dans certaines procédures d'élaboration du budget de l'État (PPBS aux États-Unis ; RCB en France). Dans leur principe, ces tentatives visaient à unifier la préparation des budgets et l'élaboration des politiques publiques, sur une base « rationnelle ». Leur échec (Lacasse, 1996) a résulté de différents facteurs, que la gestion du système de santé ne peut aisément contourner :

- la sous-estimation de la quantité et du coût des informations à traiter. On ne peut réexaminer en continu les politiques publiques. De plus, un lien trop immédiat entre l'évaluation et la gestion courante pousse à manipuler et pervertir le processus d'évaluation. De ce fait, la quantification des performances des services, et l'évaluation des politiques ont certes des liens, mais elles relèvent en pratique de procédures distinctes.

- une vision pyramidale de la gestion publique, où les services se contentent d'exécuter des ordres venus d'en haut. En fait, les services sont « multitâches », et le produit final de la gestion publique est difficile à mesurer. Le développement d'indicateurs de performances peut donc aisé-

ment dériver vers la recherche de missions nouvelles, visant à pérenniser des moyens, sans s'assurer qu'elles répondent à une demande sociale (c'est-à-dire qu'il y a des agents qui seraient prêts à payer pour celles-ci, et qu'elles ne peuvent être mieux réalisées par le marché). Les difficultés qu'il y a à mesurer les performances des services publics ne peuvent ainsi être sous-estimées.

- une présentation naïve d'un État purement bienveillant. Celui-ci est soumis aux groupes de pression, et poursuit des objectifs multiples entre lesquels il y a des conflits. La vision paternaliste d'un État bienveillant, qui déciderait à la place des citoyens et dans leur intérêt, a aujourd'hui été remise en cause, l'attention ayant été attirée sur le fait que toute réglementation créait des rentes, susceptibles d'être capturées par des groupes de pressions se réclamant abusivement de l'intérêt général.

À cela il faut ajouter que, même si l'on suppose que l'État est impartial, se pose encore la question des incitations qu'il a à remplir son rôle efficacement, compte tenu de deux difficultés spécifiques : la multiplicité des objectifs entre lesquels il doit arbitrer ; sa capacité d'engagement.

La multiplicité des objectifs pose des problèmes d'évaluation délicats, même en information parfaite, et en supposant l'État impartial : comment pondérer les objectifs ? Peut-on diversifier assez les instruments pour réaliser une bonne affectation instruments-objectifs ?

L'exemple de la fixation des prix des spécialités pharmaceutiques par le Comité économique du médicament rencontre très directement ces deux questions, avec comme première difficulté l'évaluation des avantages apportés en termes de qualité, puisque l'admission au remboursement est conditionnée à l'amélioration du service médical rendu. Le prix fixé doit intégrer ensuite cette comparaison thérapeutique. À ce niveau se pose aussi la question de la valorisation d'éventuels effets externes, lorsque le médicament concerné peut générer des économies de journées d'hôpital par exemple. L'objectif de favoriser l'innovation, a conduit enfin à adjoindre à la régulation des prix une politique conventionnelle, dont la doctrine d'emploi demeure difficile à établir (voir *Économie et Statistique*, n° 312-313, sur le médicament), tant la régulation de ce secteur doit concilier des objectifs divers, voire contradictoires.

En théorie ces objectifs de politique industrielle — mais il en va de même pour l'emploi ou l'aménagement du territoire dans la planification hospitalière — peuvent être appréhendés comme des « externalités » de la gestion publique, dont il doit être tenu compte dans les décisions. En pratique, l'évaluation de l'importance à leur accorder est délicate, d'où l'acuité de la seconde question sur les instruments d'intervention, sachant que la diversification des instruments est un moyen, lorsqu'il y a conflit d'objectifs, d'alléger ce conflit.

Pour tenir compte de tels objectifs, on peut en effet partir de l'idée que seul l'apport spécifique de la décision considérée sur l'emploi ou l'aména-

gement du territoire — c'est-à-dire les avantages qu'elle procurerait et qui ne pourraient pas être obtenus par des instruments généraux, tels que la fiscalité par exemple — sont à considérer. En pratique, ceci impose une description et une évaluation rigoureuse des avantages considérés (et aussi éventuellement de leurs inconvénients) précisant les objectifs qui seraient affectés ; puis le recensement des mesures qualitativement les plus proches par leur impact ; et une comparaison systématique avec ces mesures, de manière à identifier les éléments spécifiques éventuels. En d'autres termes, il convient de vérifier là aussi que les moyens permettant d'atteindre un certain impact sur l'emploi, par exemple, sont proportionnés. Concrètement cette démarche permet d'envisager d'intégrer les préoccupations de l'emploi ou de l'aménagement du territoire dans la gestion des établissements de soins publics, si l'offre du secteur public met particulièrement en œuvre de l'emploi peu qualifié, ou si elle contribue exceptionnellement à la résorption du chômage de longue durée ou du chômage des jeunes, puisqu'il s'agit là des déséquilibres majeurs actuels. Mais il faut apprécier ces contributions par référence aux mesures générales de la politique de l'emploi : baisse du coût du travail peu qualifié et contrats ciblés. Par ailleurs, il convient d'accorder une attention particulière aux effets à long terme sur la compétitivité du secteur public, si l'on retarde excessivement les restructurations par exemple.

Mais le problème posé par la multiplicité des objectifs est encore plus complexe car s'y ajoutent des problèmes d'incitations : « l'État » a-t-il les bonnes incitations à acquérir l'information nécessaire ? Tirole (1996) observe que ce n'est pas forcément le cas pour deux raisons :

- si les objectifs sont conflictuels (ce qui sera le cas lorsqu'il faut agréger les intérêts du consommateur et ceux du producteur, ou lorsque l'on cherche à concilier maîtrise des coûts et aménagement du territoire, ou minimisation des dépenses pour les prescriptions et politique industrielle, par exemple), il y aura une forte sous-incitation à acquérir l'information pertinente. On ne peut en effet demander à un agent de promouvoir simultanément une cause et son contraire. La solution qu'il suggère alors est de concevoir un processus ouvert et conflictuel, formalisant l'intervention « d'avocats », notamment pour les groupes sous représentés ou faibles (consommateurs, contribuables, pauvres).

- lorsque ces objectifs multiples ne sont pas fortement conflictuels, le risque est soit la dispersion, soit au contraire la focalisation excessive sur un seul objectif si la mesure trop partielle des performances y pousse (on ne produit que ce que l'on mesure, au détriment des objectifs de plus long terme moins faciles à quantifier).

Le second handicap de la gestion publique concerne la capacité d'engagement, souvent limitée, de l'État (cf. Laffont et Tirole, 1993). Or, en l'absence d'engagement de l'État, il n'y a pas de schéma d'incitation possible des établissements ou des services publics considérés. En effet, l'État doit pouvoir leur promettre des « récompenses » en cas de « bonne conduite »

et des « punitions » sinon, en menaçant par exemple d'arrêter l'activité ou de fermer l'établissement concerné. Mais leur mise en œuvre *ex post* n'est en général pas optimale car, si les efforts ont été réalisés, la récompense devient inutile et coûteuse et, si ils ne l'ont pas été, la continuation demeure souvent préférable. En l'absence d'engagement suffisant, les incitations s'évanouissent donc et la contrainte budgétaire est « lâche », les enveloppes financières qui finissent en fait par suivre les coûts étant peu contraignantes en moyenne période.

Ce problème peut justifier le recours au privé, la privatisation étant alors un moyen de rendre crédible les menaces précédentes, de fermeture par exemple. C'est aussi un élément essentiel de toute réflexion sur les problèmes de pluriannualité et de contractualisation. À cet égard, il semble que les budgets des services hospitaliers demeurent largement tributaires d'une procédure annuelle, suivant une logique de services votés. Dans ce cadre, même avec la promesse d'un certain retour sur leurs efforts, les services hésiteront toujours à s'engager dans un processus qui les conduira à révéler des gisements de productivité, sachant que les objectifs futurs qui leur seront fixés en tiendront compte (effet de « cliquet »). Plus que le besoin de temps pour gérer, ou la nécessité « d'investir » pour dégager des bénéfices futurs, c'est à ce niveau que se situe peut être le véritable enjeu de la pluriannualité, comme moyen de crédibiliser l'engagement à laisser ce « retour ».

Réglementation et concurrence

Les problèmes de gestion publique ne se limitent pas à un choix binaire entre public et marché. En effet, il existe un grand nombre de solutions intermédiaires entre les deux modes d'organisation polaires que constituent la gestion directe par l'État d'un côté, et le marché pur et parfait de l'autre.

Ces solutions intermédiaires peuvent être appréhendées en considérant trois dimensions, au regard desquelles le marché pur et parfait constitue un cas extrême, caractérisé à la fois par la discipline de la concurrence, la coordination par les prix, et le statut privé des opérateurs. Distinguer les trois dimensions — concurrence/libéralisation, désintégration/privatisation, statut des opérateurs/rôle des prix comme mécanisme de coordination — est essentiel si l'on veut examiner l'ensemble des différents arrangements possibles, et évaluer rigoureusement leurs sources d'efficacité ou d'inefficacité potentielles.

Pour illustrer qu'il convient de bien distinguer libéralisation et privatisation, on peut rappeler, à titre d'exemple, la réforme des télécommunications au Royaume-Uni. Celle-ci est intéressante car ses différentes étapes ont privilégié l'une ou l'autre de ces dimensions, la déréglementation — c'est-à-dire l'ouverture du marché à la concurrence — apparaissant finalement comme le facteur prépondérant dans les gains d'efficacité écono-

mique qui ont été réalisés. De manière plus précise, le statut privé des opérateurs est *a priori* favorable en termes de contrôle interne et de minimisation des coûts, mais il ne permet pas de s'affranchir d'une « régulation » publique, assurant que les intérêts du consommateur sont bien pris en compte, lorsque la discipline de la concurrence est insuffisante, par exemple parce que l'effet clientèle confère un « pouvoir de marché » aux praticiens en médecine de ville.

Au cours des deux dernières décennies, des travaux importants ont été réalisés par ailleurs pour mieux comprendre les raisons qui poussent de grandes organisations, tant publiques que privées, à opter pour (ou contre) la production interne (c'est-à-dire la hiérarchie) par rapport à des arrangements contractuels explicites avec des tiers, c'est-à-dire par recours au marché. L'étude des coûts de transaction, de l'économie des droits de propriété, de l'intégration verticale, etc. a mis en lumière le rôle central à cet égard des asymétries d'information, de l'impossibilité de signer des contrats complets, et les problèmes d'incitations qui en résultent. Le développement des réseaux de soins, tels que les HMO et les PPO aux États-Unis, traduit l'importance de ces éléments dans le domaine de la santé.

La dimension concurrentielle est fondamentale pour l'intervention publique, car c'est l'impraticabilité, ou l'inefficacité de la concurrence dans certaines conditions — existence d'économies d'échelle ou de gamme, par exemple — qui peut la justifier. Dans des secteurs tels que le transport aérien ou les télécommunications, la déréglementation trouve ainsi son origine dans le fait que ces conditions avaient été modifiées par le progrès technique, ou la maturité des marchés concernés. La déréglementation a alors constitué une remise en cause radicale de l'organisation des marchés, puisqu'il s'agissait de supprimer tout droit exclusif, et non pas seulement de savoir si ceux-ci seraient mieux gérés dans le cadre d'une entreprise publique, ou par une concession à un opérateur privé. Pour autant, ce processus n'a pas supprimé toute réglementation de ces secteurs, notamment dans les télécommunications, où la réglementation transitoire de l'interconnexion apparaît même lourde dans la phase transitoire d'ouverture du marché (Bureau, 1996).

Les débats sur les possibilités de mise en concurrence dans l'assurance-maladie, comme cela est envisagé ou en cours de mise en œuvre aux Pays-Bas ou en Suisse, s'inscrivent dans cette perspective (cf. le rapport de Michel Mougeot et l'annexe du CREDES et de l'INSEE). Dans ce cas, l'arbitrage à réaliser, entre l'opportunité d'introduire de la concurrence pour favoriser la maîtrise des coûts, et le risque de générer ainsi des processus d'écémage des risques, justifie encore le maintien pérenne d'une réglementation publique (Newhouse, 1996). Celle-ci peut en revanche prendre des formes diverses : primes versées aux assureurs par l'État, et ajustées sur les risques de leur clientèle ; ou obligation de fournir sans discrimination certains contrats-types...

Toutes les formes de concurrence ne sont pas équivalentes, la discipline introduite étant beaucoup plus forte selon que la concurrence est effective, ou que l'on recourt à des processus d'enchères, que dans le cadre de mécanismes de quasi-concurrence « par comparaison ». Certes, la concurrence par les prix « sur le marché » n'est pas toujours souhaitable dans un secteur où la sécurité est une exigence essentielle. On ne peut néanmoins manquer d'observer que la tendance a été en France :

- de ne pas recourir aux mécanismes les plus forts, lorsqu'ils étaient possibles, ce qui aurait conduit par exemple à rembourser les médicaments génériques (et princeps correspondants) sur la base d'un prix de référence ;
- de préférer les mécanismes beaucoup moins sûrs de concurrence par comparaison, ou d'introduction marginale de la concurrence qui souvent conduisent rapidement à des formes de collusion entre les opérateurs ;
- et souvent d'en amoindrir les effets, comme le montre le rapport Mougeot à propos de la détermination des enveloppes régionales pour l'hospitalisation, qui a finalement privilégié une logique de convergence plutôt que de « frontière d'efficacité ».

Éléments comparatifs

L'analyse qui précède suggère donc que les problèmes que rencontre la régulation du système de santé sont pour une large part communs à l'ensemble de la gestion publique. On peut en déduire que les solutions ou approches qui ont été développées dans d'autres secteurs de la gestion publique pour les résoudre peuvent y être transposées ou adaptées, étant rappelé qu'il n'y a pas en ces domaines de solutions miracle, et qu'il faut les étudier au cas par cas.

Si l'on considère le caractère plus ou moins marchand ou non marchand des activités, la situation du système de santé, « ni entreprise, ni administration », apparaît intermédiaire entre le secteur public marchand (type réseaux de transport, énergie, télécommunications) et les activités qu'exerce directement l'État. Il apparaît donc naturel de considérer ces deux références, pour recenser les solutions ou pistes qui pourrait en guider nos réformes du système de santé.

Le secteur public marchand

Quatre observations valant pour l'ensemble du secteur public marchand peuvent servir de point de départ à l'analyse :

- la confusion généralement entretenue entre les missions de service public et les institutions qui les remplissent. À cet égard, la politique d'aménagement du territoire y a contribué beaucoup dans la période récente, en identifiant trop vite l'accessibilité à des services en zone rurale au maintien de moyens définis indépendamment. Dans le secteur de la santé, ce risque est accru par la difficulté de mesurer les performances qui conduit souvent à confondre produits et dépenses ;

- le contraste entre les niveaux de coûts du service public, et la persistance dans de nombreux domaines de lacunes importantes vis-à-vis des populations les plus fragiles ;
- l'absence de régulation, c'est-à-dire la prise en compte insuffisante des objectifs du consommateur. Dans le cas de la santé, on doit de plus déplorer un défaut d'identification d'une véritable fonction d'acheteur, sachant utiliser les différentes formes de concurrence pour obtenir le meilleur rapport qualité-prix, y compris pour des missions de service public, en utilisant des mécanismes tels que mise aux enchères, concurrence par comparaison, voire la concurrence effective ;
- les inefficacités de l'offre publique, avec la reconnaissance des rigidités de son marché interne du travail, qui se caractérise notamment par une insuffisante mobilité géographique des agents.

Trois axes d'évolutions possibles en découlent (Henry, 1997). Le premier concerne des missions de service public. Celle-ci ne sont pas remises en cause dans leur principe par l'accroissement de la concurrence, mais elles doivent être mieux identifiées, suivant une recommandation qui remonte en France au rapport Nora (Bureau, 1997). L'évolution récente dans différentes industries de réseaux conduit par ailleurs à énoncer trois principes complémentaires (Bureau et Tirole, 1998), qui pourraient être pris en compte lorsque, par exemple, on envisage le maintien d'équipements pour des raisons d'aménagement du territoire :

- *Besoin de transparence* : autrefois, les objectifs de redistribution sociale et régionale étaient assurés au travers de « subventions croisées ». Aujourd'hui, la tendance est à l'élimination des subventions croisées, qui présentent deux inconvénients majeurs. Tout d'abord, elles sont incompatibles avec la concurrence. Il est injuste et inefficace d'imposer des obligations sur certains services à un opérateur en place et de laisser des entrants, ou des modes concurrents, écrémer les services sur lesquels l'opérateur en place est supposé financer ces opérations. Ensuite, leurs coûts et leurs bénéfices ne sont pas assez apparents pour pouvoir procéder à leur rationalisation.

- *Responsabilisation de la puissance publique* : les externalités emploi ou aménagement du territoire ne sont pas du ressort des établissements concernés. Il incombe donc aux collectivités locales, régionales et nationale de les mesurer, et de les prendre en charge. En d'autres termes, l'État doit inciter « l'industrie » à fournir les services allant dans le sens voulu, à l'aide de subventions transparentes. Des subventions explicites responsabilisent l'État, en évitant que des contraintes au coût élevé mais peu visibles politiquement ne soient imposées à ces établissements de façon arbitraire. Elles permettent aussi de comparer plus facilement le coût des méthodes alternatives d'internalisation de ces externalités et d'aménagement du territoire.

- *Envoi de signaux appropriés pour la gestion* : les subventions doivent permettre enfin d'avoir une mesure précise de la valeur des objectifs cor-

respondants, et donc de clarifier les missions. Elles doivent donc être incitatives : maintenir un remboursement automatique des coûts pour les établissements qui garantissent l'universalité de l'accès aux soins ôte toute incitation à gérer efficacement.

Le deuxième axe porte sur la régulation. Cette fonction est d'autant plus importante dans le cas de la santé que, non seulement la discipline de la concurrence effective « par les prix » est limitée, mais que la fonction d'acheteur est elle-même partagée entre l'assurance maladie et l'assuré. La réforme du NHS britannique de 1991 a justement été articulée autour de l'idée-force consistant à identifier l'acheteur, et à séparer pour cela nettement l'offreur (même public) de l'acheteur.

En France, la création des ARH (cf. encadré 2) a certes permis d'unifier la tutelle et de la rendre plus efficace. Aussi bien l'expérience des autres secteurs du service public, que les réformes étrangères de la santé, conduisent à se demander cependant si l'on pourra se passer d'identifier les rôles d'acheteur et de régulateur, et de bien séparer ces fonctions des autres, notamment de celle de gestionnaire de l'offre. En effet, l'acheteur est intrinsèquement faible dans ce cas puisque ce rôle n'est pas exercé par le patient, mais délégué à l'assureur. Par ailleurs, il faut favoriser une concurrence efficace entre public et privé, en matière hospitalière notamment. Enfin la régulation de certains prix ne peut être opérée que par une instance spécifique, pour éviter le piège qui consiste à essayer de piloter la structure du marché, qui conduit en général à garantir la stabilité des parts de marché, ce qui est la négation de la dynamique concurrentielle.

2. Les missions des Agences régionales de l'hospitalisation

Créées par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) se sont vu confier des responsabilités importantes dans le domaine de la planification sanitaire et de l'allocation des ressources financières des établissements hospitaliers publics et privés. Plus précisément :

- elles déterminent les limites des secteurs sanitaires et psychiatriques, et élaborent les schémas régionaux d'organisation sanitaire ;
- elles statuent sur les autorisations des établissements hospitaliers publics et privés, leur modification, ou le cas échéant leur retrait ;
- elles déterminent les conditions de rapprochement, et éventuellement de fusion, des établissements hospitaliers publics ;
- elles peuvent créer des établissements publics hospitaliers autres que nationaux ;
- elles approuvent les budgets des hôpitaux.

L'efficacité de l'offre publique constitue le troisième axe. Dans les entreprises publiques, la solution aux problèmes d'efficacité passe, d'une part, par une évolution du gouvernement d'entreprise (Bureau, 1997), d'autre part, par la définition d'unités responsables de l'ensemble de leurs moyens (globalisation budgétaire, capacité effective de gérer le personnel) et dont on peut mesurer les performances (comptes par activité). Parmi les moyens, une attention particulière doit être portée aux charges de structure, qui ne doivent pas être traitées comme un tout indifférencié, que l'on ventile ensuite selon des clefs arbitraires, car il n'y a alors aucune incitation à les redimensionner. Les relations entre ces unités « responsables » tendent alors à être marchandes. *A contrario*, doivent être regroupés dans un même centre de responsabilités, les services dont la coordination par le biais de prix serait délicate compte tenu des coûts fixes à partager ou des mécanismes à mettre en place pour gérer les aléas. L'homogénéité des qualifications peut jouer aussi un rôle important. Enfin, il faut saisir, les occasions de réorganisation sur des projets mobilisateurs. Mais ceux-ci doivent être industriellement crédibles. À cet égard, il est probable que la dilution des responsabilités et les conflits de pouvoirs qui traversent les hôpitaux constituent un handicap important.

La gestion gouvernementale

Les approches développées pour améliorer l'efficacité de l'offre de services non marchands apparaissent très convergentes avec ce qui précède pour l'offre publique marchande, ce qui suggère que l'on devrait réellement s'en inspirer pour la gestion de notre système de santé. Le dernier examen établi pour l'OCDE (1997) met en effet en évidence les tendances de réformes suivantes, qui peuvent donc servir de référence, en matière de contrôle « interne », dans le secteur hospitalier par exemple.

- *Déconcentration des responsabilités de gestion* : beaucoup de réformes tendent à accentuer la déconcentration des attributions en matière de gestion et à apporter davantage de flexibilité, le leitmotiv étant qu'il est important de conférer plus de liberté aux décisions opérationnelles si l'on veut améliorer les performances du secteur public. Pour cela les contrôles détaillés, exercés sur les intrants, ou dans la gestion des ressources financières et humaines, tendent à être remplacés par des incitations et des contrôles plus globaux. Mais les gestionnaires sont alors tenus plus directement pour responsables des résultats. Les pouvoirs publics britanniques ont ainsi décidé en 1988 de créer des agences, chargées chacune d'assurer, suivant les mesures et les plans de ressources arrêtés par un ministère, les fonctions d'exécution relevant du gouvernement. Il existe aujourd'hui 127 agences employant 72 % des fonctionnaires. Chaque agence, dirigée par un responsable exécutif, dispose d'un cahier des charges qui lui est propre et où sont précisés les buts et les objectifs, les responsabilités des ministres et des chefs exécutifs, ainsi que d'autres dispositions concernant le fonctionnement de l'organisme. Les ministres définissent chaque année

les principaux objectifs des agences en termes de qualité de service, de performances financière, d'efficacité et de production. Les performances obtenues, par rapport aux objectifs, font l'objet d'un rapport annuel.

- *Accroître les performances et la responsabilité* : la déconcentration est une condition nécessaire, mais non suffisante, de l'amélioration des performances. L'accroissement de la souplesse a ainsi pour contrepartie l'introduction de pressions sur les résultats, visant à rendre les gestionnaires responsables de la réalisation des objectifs, dans la limite des moyens assignés. La mise en place de méthodes permettant d'apprécier les performances au regard de ces objectifs, et d'assurer une certaine transparence, grâce à l'établissement de vrais rapports, apparaît comme un élément essentiel de la responsabilité.

- *Fournir des services adaptés à la demande* avec notamment, l'utilisation de chartes d'amélioration des services, destinées à créer des services plus transparents et davantage à l'écoute des clients, des citoyens ou des patients, qui ont de plus en plus des réflexes consommateurs. Cependant, la mise au point des stratégies de qualité (définition des groupes de clients pertinents, l'élaboration de mécanismes de consultation) est complexe. Les problèmes concrets qui se posent concernent la nécessité de veiller à ce que les chartes comportent des normes de service mesurables, et à des niveaux réalisables ; à ce que les voies de recours et de réparation ouvertes aux citoyens soient clairement énoncées ; et à ce qu'il existe des stratégies permettant de recueillir et d'exploiter les réactions des citoyens, de façon à aboutir à des services à l'écoute des besoins. Au Royaume-Uni des chartes du citoyen couvrent maintenant tous les services publics essentiels et définissent des normes de qualité de service dont les usagers peuvent exiger le respect. Les chartes concernent les prestataires de services locaux comme les médecins généralistes, les forces de police et les pompiers. Le classement des écoles, des hôpitaux, des autorités locales et des forces de police donne aux usagers la possibilité de connaître leur niveau en termes de performances.

- *Adaptation des structures* : les changements d'organisation, dans certains pays tels que le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande, ont introduit une séparation nette entre les organisations prestataires de services et celles qui fournissent une aide à la décision. Dans ces pays, la formule consiste à avoir un large éventail de services collectifs assurés par des agences ou autres institutions déconcentrées. Une autre distinction établie par la Norvège concerne la nécessité d'envisager le rôle de l'État en tant que prestataire de services d'une part, ce qui l'amène à être présent sur le marché, et en tant que régulateur du marché d'autre part ; il est proposé de séparer, autant que possible, les deux rôles pour empêcher que ne se développe un conflit d'intérêts. La constitution de l'Agence Française du Sang en 1993 (cf. encadré 3) a procédé d'une telle démarche, le constat initial étant que l'administration centrale n'exerçait pas ses missions, et tendait à être capturée par les opérateurs.

- *Ressources humaines* : améliorer l'efficacité du personnel et des responsables, dans un contexte où il faut gérer des réductions d'effectifs est particulièrement difficile. La réponse que l'on voit prédominer, consiste à renforcer les capacités de diriger des responsables — voire à recourir, comme l'a fait l'Agence du Sang pour développer sa capacité d'expertise, à des personnels contractuels ayant ce type de compétences — et à mettre l'accent de plus en plus fortement sur les moyens de développer la flexibilité des effectifs. La mise en place de Fonds de restructuration, tel que celui que gère l'Agence Française du Sang, peut aussi constituer un élément clef dans cette perspective.

- *Améliorer la gestion de la réglementation* avec des mesures tendant à accroître la qualité de la réglementation, et à rendre celle-ci plus attentive aux résultats recherchés.

- *Enfin, renforcer la cohérence de l'action gouvernementale malgré la déconcentration* : la déconcentration amène en effet les gestionnaires à se focaliser sur les performances au niveau de chaque organisation, ce qui peut être un facteur de fragmentation et d'affaiblissement au niveau de l'intérêt général. On voit ainsi se manifester un certain souci d'adapter les organismes centraux, ou d'autres mécanismes de coordination, pour améliorer leur capacité de conception des politiques et adopter une optique de long terme.

3. La réforme de la transfusion sanguine

Après le drame du sang contaminé, les pouvoirs publics ont mis en œuvre une importante réforme de la transfusion sanguine (loi du 4 janvier 1993).

L'objectif de cette réforme était en premier lieu de remettre dans les mains de l'État la responsabilité de la sécurité et de la qualité de la collecte du sang, les événements antérieurs ayant démontré que la large autonomie des centres de transfusion et la grande faiblesse de la tutelle étaient responsables de la vigilance insuffisante quant aux risques de contamination du sang collecté. C'est pour répondre à cet objectif de santé publique que la loi du 4 janvier 1993 a créé l'Agence Française du Sang (AFS), établissement public à caractère administratif qui est chargé de définir la politique transfusionnelle et de veiller à son application dans les centres de transfusion sanguine. Ceux-ci sont désormais organisés en groupements d'intérêt public qui les associent à l'administration sanitaire, aux régimes d'assurance maladie et aux professionnels de santé. Plus précisément :

- l'Agence garantit la satisfaction des besoins des malades en quantité de sang collecté, la France devant être autosuffisante, et en sécurité des dons collectés ;
- elle fait respecter certains principes éthiques (gratuité des dons, bénévolat et anonymat des donateurs) ;
- elle élabore les règles médico-techniques de la transfusion et s'assure de leur bonne application ;
- elle définit les règles administratives et financières qui s'appliquent aux établissements de transfusion et contrôle leur application dans l'objectif de l'équilibre financier du secteur ;
- elle soutient la recherche en transfusion sanguine et favorise l'adaptation des pratiques des établissements aux évolutions techniques et scientifiques.

Il apparaît ainsi que les missions de l'Agence Française du Sang ne se limitent pas au contrôle de la sécurité de la transfusion sanguine, mais qu'elles emportent également des responsabilités importantes sur le plan économique. L'activité globale de la transfusion sanguine peut être mesurée par un chiffre d'affaires de 3,5 milliards de francs par an et par des effectifs employés de 8 600 personnes. Il a ainsi été procédé à d'importantes restructurations, puisque le nombre d'établissements de transfusion est passé de 150 avant 1993 à 43 aujourd'hui.

Pour ce faire, l'AFS dispose de deux instruments principaux : les retraits d'agrément (des directeurs ou éventuellement des établissements), et un fonds d'orientation de la transfusion, destiné à aider aux restructurations et à soutenir les investissements, d'un montant de 100 millions de francs par an.

Une réflexion importante a été également menée dans le domaine de la tarification des produits sanguins. Des études microéconomiques des coûts et l'exploitation de différentes expériences étrangères ont conduit à une politique tarifaire, mise en œuvre à partir de 1995, qui, à coût global inchangé, se rapproche de « prix de marché » pour le plasma, mais est plus complexe pour les produits plus élaborés (concentrés globules rouges, plaquettes) pour lesquels il convient d'arbitrer les considérations de coût avec des objectifs industriels et de recherche.

Il est à noter que la loi sur la sécurité sanitaire votée en 1997 transfère à l'Institut de la Veille Sanitaire, nouvellement créé par cette loi, la responsabilité du contrôle de la sécurité de la transfusion, ce qui conduira à redéfinir la régulation économique du secteur de la transfusion dans ce nouveau contexte institutionnel.

Ces tendances et améliorations ne sont pas particulièrement originales, et on trouve en France diverses initiatives s'inscrivant dans ce cadre, y compris dans le domaine de la santé. Néanmoins certaines réformes manifestent plus de cohérence ou plus de suivi. À cet égard la situation britannique est intéressante par l'ampleur des réorganisations de structure qui ont été réalisées, ce qui n'empêche pas le dernier rapport annuel sur la gestion publique (Jenkins et *alii*, 1998) de porter un diagnostic sans complaisance sur les efforts restant à fournir, et à recommander d'approfondir le processus.

Le récent rapport « Improving Management in Government: The Next Steps » identifie en effet de nombreux obstacles résiduels, notamment : l'accaparement de l'encadrement par des tâches extérieures à la gestion de leur service, et les pressions excessives à ne s'occuper que du court terme ; la focalisation insuffisante sur les coûts et les résultats ; la fragmentation du centre ; la taille excessive de l'organisation, qui ne devrait pas être gérée de manière unique et rigide ; des règles qui dissuadent les gestionnaires de prendre des initiatives ; l'absence de délégation effective ; une culture qui va à l'encontre de la prise de responsabilité ; et finalement, la lenteur des évolutions en matière d'organisation du travail ou de gestion des carrières.

Conclusion

Beaucoup des problèmes qu'a à résoudre aujourd'hui la gestion publique du secteur de la santé sont de même nature que ceux que rencontre l'ensemble de la gestion publique, face notamment à une pression concurrentielle accrue. Le bref panorama qui a été dressé tend à souligner le besoin impérieux d'y clarifier le rôle des différents acteurs, et de savoir y introduire certaines formes de concurrence. De manière plus précise, il identifie trois lignes de questions principales :

- les fonctions d'acheteur et de régulation ne devraient-elles pas être mieux séparées de la gestion de l'offre publique de soins ?
- l'identification et la transparence des missions de service public assignées aux différents acteurs sont-elles suffisantes ? La diversification des instruments d'intervention ou de régulation permet-elle d'éviter des conflits d'objectifs trop aigus ?
- les établissements disposent-ils de l'autonomie adéquate ? L'évaluation de leurs résultats les incite-t-elle à améliorer leurs performances ?

Références bibliographiques

- Bureau D. et J. Tirole (1998) : « Tarification de l'infrastructure ferroviaire. Quels objectifs pour RFF ? », Note pour la consultation de RFF, *Quelle politique tarifaire pour l'usage des infrastructures ferroviaires ?*
- Bureau D. (1997) : « Les recommandations du rapport Nora, trente ans après », annexe in *Secteur Public/Service Public*, Rapport du CAE n° 3, La Documentation Française.
- Bureau D. (1997) : « Le gouvernement des entreprises publiques », *Revue Française d'Économie*.
- Bureau D. (1996) : « Le chantier réglementaire des télécommunications à 400 jours de l'ouverture à la concurrence », *Actes des 18^{èmes} Journées de l'IDATE*.
- Henry C. (1997) : *Secteur public / Service public*, Rapport du CAE n° 3, La Documentation Française.
- Jenkins K. et alii (1998) : *Improving Management in Government: The Next Steps*, Rapport au Premier ministre, HMSO.
- Lacasse F. (1996) : « Budgets et politiques : questions, tensions et solutions », *Document Sigma*, n° 8, OCDE.
- Laffont J-J. et J. Tirole (1993) : *A Theory of Incentives in Procurement and Regulation*, MIT, Press.
- Newhouse J.P. (1996) : « Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiencies in Production Versus Selection », *Journal of Economic Literature*, vol. 34.
- OCDE (1997) : *Questions et évolutions dans la gestion publique*, Puma.
- Tirole J. (1996) : « La privatisation : dualité régulateur actionnaire ; impact sur la capacité d'engagement de l'État », *Actes du Séminaire sur l'Ouverture du capital des opérateurs publics*, Direction de la Prévision.

Annexe A

Évaluation de l'efficacité du système de soins français

Frédéric Rupprecht

Direction de la Prévision

Un système de santé doit remplir trois objectifs parfois difficilement conciliables. Il se doit, tout d'abord, de fournir des soins de santé de qualité. Ces soins doivent être accessibles à tous, quelle que soit leur situation vis-à-vis du risque maladie. Enfin, et il s'agit là d'un objectif relativement nouveau, il doit être le moins coûteux possible. C'est à l'aune de ces trois critères qu'il faut évaluer l'efficacité⁽¹⁾ du système de soins français.

Cette note se propose de fournir une première évaluation de notre système de soins. On comparera les résultats obtenus en France à ce que l'on pourrait attendre d'un système de soins répondant aux trois objectifs précités ainsi qu'à ceux obtenus par d'autres pays de l'OCDE. Cette évaluation reprendra des éléments du *Livre Blanc sur le Système de santé et d'assurance-maladie* (1994), qui avait dressé un constat relativement alarmant en insistant sur l'urgence d'une réforme. Les principaux axes de la réforme de l'assurance-maladie annoncée en novembre 1995 seront enfin étudiées.

(1) On distingue souvent les concepts d'efficacité et d'efficience. Par efficacité, on entend la capacité d'une structure de soins, ou d'une thérapie à produire l'effet attendu d'elle. L'efficience prend en compte simultanément l'efficacité et le coût d'une action de santé.

Des soins de qualité mais perfectibles

Des indicateurs de santé globalement satisfaisants malgré un taux de mortalité prématurée élevé

Bien que le système de soins ne constitue qu'un des facteurs contribuant à l'amélioration de l'état sanitaire général, les indicateurs de santé comme l'espérance de vie ou les taux de mortalité périnatale et infantile constituent des indicateurs pertinents de l'efficacité des systèmes de santé et de la qualité des soins fournis. À cet égard, leur amélioration au cours de ces dernières décennies est assez nette puisque l'espérance de vie des femmes par exemple est passée de 74 ans en 1960 à 82 ans en 1995. De même, l'espérance de vie sans incapacité des hommes a augmenté de trois ans entre 1981 et 1991 pour atteindre 64 ans.

1. Indicateurs synthétiques de santé (données 1995)

	Espérance de vie des femmes à la naissance	Gain d'espérance de vie des femmes depuis 1970	Espérance de vie des hommes à la naissance	Années de vie potentielles perdues	Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances)	Taux de mortalité périnatale
Allemagne	79,5	5,7	73,0	7035,6	5,3	5,8
Canada	81,3	4,9	75,3	5789,1	6,0	6,8
États-Unis	79,2	4,2	72,5	8503,9	8,0	8,5
France	81,9	6,0	73,9	7378,3	5,0	7,7
Italie	80,8	5,9	74,4	6699,9	6,2	9,4
Japon	82,8	7,2	76,4	4792,8	4,3	—
Royaume-Uni	79,7	4,7	74,3	5941,1	6,0	7,7

Note : Les années de vie potentielles perdues (données 1992) sont calculées en faisant le total des différences entre une longévité potentielle estimée à 69 ans et l'âge au décès pour tous les types de décès hormis les suicides (hommes et femmes confondus).

Source : Base Éco-Santé OCDE, 1997.

En revanche, l'état sanitaire de la population française ne semble pas meilleur que celui des autres pays développés (cf. tableau ci-dessus), malgré un niveau de dépenses de santé élevé. Si l'amélioration de l'espérance de vie des femmes place la France en deuxième position derrière le Japon, les résultats en matière de mortalité prématurée ne sont pas satisfaisants (120 000 personnes décédées avant l'âge de 65 ans en 1991 sur 525 000 décès) et plus de la moitié de ces décès sont considérés comme évitables. Ces décès proviennent en général de prises de risque individuelles, qui concerneraient plus les hommes que les femmes (alcoolisme, tabagie...) ou de dysfonctionnements de notre système de soins (organisation des urgences et risques iatrogènes, cf. *Livre Blanc sur l'Assurance-maladie*, 1994).

Le secteur du médicament fait partie des postes de consommation de soins où la qualité peut être améliorée, tout en générant des économies importantes. En effet, la France se distingue de ses partenaires européens par une surconsommation médicamenteuse importante dans de nombreuses classes thérapeutiques (Lecomte et Paris, 1998) sans justification médicale. La consommation de psychotropes est par exemple trois fois plus importante en France qu'en Allemagne ou en Grande-Bretagne. Cette surconsommation est dans de nombreux cas néfaste à la santé. La surconsommation d'antibiotiques (2 à 2,5 fois plus que dans les pays voisins) est un des facteurs expliquant l'apparition de résistances bactériennes aux antibiotiques. De même, selon une étude du système national de pharmacovigilance, près d'un malade sur trente est hospitalisé du fait de maladie iatrogène (conséquence de la consommation de produits pharmaceutiques incompatibles), ce qui représenterait près d'un million de journées d'hospitalisation par an.

La France se caractérise également par l'écart d'espérance de vie le plus grand entre les hommes et les femmes parmi les pays industrialisés : 8 ans en 1995. Les hommes sont particulièrement concernés par les décès dus aux tumeurs (cancers du poumon notamment) ou aux morts violentes : 88 000 décès en raison de tumeurs en 1995 pour les hommes contre 58 000 pour les femmes et 27 000 décès par mort violente pour les hommes contre 18 000 pour les femmes (données INSERM).

Par ailleurs, on observe de fortes inégalités régionales et sociales. Les personnes sans couverture complémentaire, les ouvriers non qualifiés et les chômeurs présentent ainsi une morbidité plus élevée que le reste de la population (CREDES, 1995). Les écarts entre régions en termes de mortalité prématurée sont également très importants : la surmortalité dans le Nord-Pas-de-Calais est de l'ordre de 30 % tandis que la sous-mortalité atteint 23 % dans la région Midi-Pyrénées. Cependant, le Haut Comité de la Santé publique estime que ces écarts seraient plus liés à des facteurs comportementaux qu'à des inégalités entre des régions liées directement au système de soins (HCSP, 1997).

Le développement de la prévention et de l'évaluation pourrait conduire à une amélioration de la qualité des soins fournis

La faible part des dépenses de santé consacrées à la prévention (2,1 % en 1996, soit 15 milliards de francs selon les Comptes de la Santé, qui ne prennent cependant pas en compte les actes de prévention de médecine libérale) explique pour partie ces résultats sanitaires aisément perfectibles. La définition d'une politique de santé publique centrée sur la prévention et sur l'éducation sanitaire semble désormais prioritaire⁽²⁾ (cf. rapports de la

(2) Elle pourrait en outre se faire à coût net faible ou nul puisque la prévention (et notamment les campagnes de vaccination) revient à un investissement.

dernière Conférence Nationale de Santé). L'évaluation des pratiques médicales doit également être renforcée car la France accuse un certain retard la matière, faute notamment d'un système d'informations performant. Ce manque d'évaluation est parfois nuisible à la qualité des soins fournis : multiplication des actes (dans le domaine de l'imagerie notamment), surprescription médicamenteuse — cf. ci-dessus —, développement de maladies nosocomiales.

Le plan de réforme de l'assurance-maladie comporte plusieurs éléments destinés à améliorer la qualité des soins fournis. La mise en place de procédures d'accréditation des établissements hospitaliers par l'Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Évaluation en Santé (ANAES) constitue un des axes de cette recherche d'une meilleure qualité des soins. L'extension des références médicales opposables devraient également y contribuer. La coordination des soins, via l'introduction de médecins référents et le développement de la carte santé devrait enfin permettre d'assurer un meilleur suivi des soins ainsi qu'une diminution des risques iatrogènes. L'amélioration de la prévention s'est également déjà traduite dans le domaine des soins dentaires lors de la signature d'une nouvelle convention entre les caisses d'assurance-maladie et les chirurgiens-dentistes, qui introduit un dispositif de prévention et de dépistage bucco-dentaire chez les jeunes âgés de moins de quinze ans.

Au total, si les résultats sanitaires de la France sont globalement satisfaisants, de nombreux aspects du système de soins pourraient être améliorés : risque iatrogène, maladies nosocomiales, prévention, coordination des soins notamment.

Le système de soins français ne répond pas de façon entièrement satisfaisante à l'objectif d'universalité et d'équité⁽³⁾

Plus de 99 % de la population française bénéficient aujourd'hui de l'assurance-maladie et seulement 0,3 % de la population environ ne bénéficiait ni de la Sécurité sociale, ni de l'aide médicale en 1991 (Enquête Santé, 1991-1992)⁽⁴⁾. Ce résultat positif masque en réalité des inégalités fortes lors de l'accès aux soins. Ces inégalités, liées essentiellement aux revenus, sont une conséquence de la baisse de la prise en charge des dépenses de santé suite à l'augmentation progressive du ticket modérateur. Le financement des dépenses de soins et de biens médicaux par les pouvoirs publics (Sécurité sociale, État et collectivités locales) est ainsi passé de

(3) Cet objectif associé à celui de redistributivité justifie le choix d'un système public d'assurance-maladie. Un système privé non régulé ne peut atteindre ces objectifs du fait des asymétries d'information liées à la santé (problèmes de sélection adverse notamment).

(4) Les personnes non couvertes sont pour une large part des personnes en situation transitoire entre deux procédures d'affiliation (chômeurs notamment).

79,4 % en 1980 à 74,4 % en 1996 (Comptes de la Santé). Le quart des dépenses de soins reste donc à la charge des ménages (ou, le cas échéant, des assurances complémentaires), ce qui constitue une atteinte forte au principe d'universalité.

La persistance d'une minorité mal assurée remet en cause l'universalité de notre système de soins

Cette fraction non négligeable des dépenses de soins non socialisée a permis l'émergence du marché de l'assurance complémentaire qui finance désormais 11,8 % des dépenses de santé. En effet, 85 % de la population environ bénéficie d'une assurance-maladie complémentaire, qui prend généralement en charge le ticket modérateur. Le taux de souscription à une assurance complémentaire varie fortement en fonction des revenus ou de la catégorie socio-professionnelle (Mormiche, 1995 et Blanpain et Pan Ké Shon, 1997). Une fraction importante de la population, cumulant de faibles ressources et des conditions de vie peu favorables à un état de santé satisfaisant, se trouve ainsi à l'écart du système de l'assurance complémentaire, ce qui constitue une atteinte importante aux objectifs d'équité et de redistributivité⁽⁵⁾. De plus, des disparités de recours aux soins importantes ont été constatées, notamment pour les soins où la prise en charge par l'assurance-maladie est moins importante (soins dentaires, médecins du secteur à honoraires libres, Mormiche, 1993). Les écarts de recours aux dentistes, qui génèrent des soins coûteux et mal remboursés, sont particulièrement importants : le nombre de séances par individu et par an dépasse de 30 % la moyenne chez les cadres et s'abaisse jusqu'à près de 15 % au-dessous de la moyenne chez les ouvriers. Les résultats pour 1996 de l'enquête annuelle sur les soins et la protection sociale du CREDES (ESPS) confirment ce phénomène : le pourcentage de consommateurs de soins dentaires augmentent nettement avec le revenu par unité de consommation. À l'inverse, les fréquences d'hospitalisation des salariés sont minimales pour les cadres et maximales pour les ouvriers. De même, les personnes bénéficiaires de l'Aide Médicale Gratuite sont beaucoup plus souvent hospitalisées que les autres malgré un âge moyen inférieur (CREDES, 1997).

Le volet « renoncement aux soins » de l'enquête sur les soins et la protection sociale du CREDES confirme ces inégalités lors de l'accès aux soins (cf. tableau 2). Le taux de renoncement aux soins, variable certes subjective, est notamment pour les 12 derniers de 31,3 % pour les ménages disposant d'un revenu mensuel par unité de consommation inférieur à 2 000 francs tandis qu'il n'est plus que de 12,1 % pour ceux bénéficiant d'un revenu

(5) Les personnes disposant de très faibles ressources (bénéficiaires du RMI notamment) bénéficient cependant de l'Aide Médicale Gratuite (AMG) qui prend intégralement en charge les dépenses de soins (cotisations d'assurance personnelle s'il y a lieu, ticket-modérateur, et éventuellement dépassement des tarifs de responsabilité).

par UC supérieur à 8 000 francs. Les chômeurs sont plus touchés que les actifs par les restrictions puisque 33,7 % d'entre eux déclarent avoir renoncé à des soins en raison de l'insuffisance des taux de remboursements au cours des douze derniers mois (contre 16,6 % pour les actifs)

2. Taux de protection par une couverture complémentaire et renoncement aux soins selon le milieu social

En %

	Taux de protection par une assurance complémentaire	Taux de renoncement aux soins au cours de l'année
Agriculteur	84,4	6,4
Ouvrier non qualifié	69,9	18,1
Ouvrier qualifié	82,1	17,7
Employé	79,4	24,4
Profession intermédiaire	92,1	17,8
Cadre supérieur	90,9	11,2
Artisan-commerçant	82	14,9
Ensemble de la population	86,4	16,5

Note : Le renoncement aux soins s'effectue pour des motifs financiers (avance de frais trop importante ou remboursement trop limité).

Source : CREDES, Enquête sur les soins et la protection sociale, 1996.

Le projet de couverture universelle, qui figure au programme gouvernemental de prévention et de lutte contre l'exclusion, devrait apporter une réponse à ces carences de notre système de soins. L'évolution du financement, assis sur la CSG, et l'harmonisation des taux d'effort contributif devraient permettre une amélioration du caractère redistributif de notre système de soins, et ce d'autant plus que les procédures d'ouverture de droits à l'assurance-maladie seront simplifiées. L'ouverture des droits devrait en effet être déconnectée de la vérification d'une contrepartie contributive. L'accès aux soins sera ainsi garanti selon un simple critère de résidence, ce qui devrait permettre à la fraction de la population encore sans couverture d'en bénéficier rapidement. Par ailleurs, les projets d'exonération du ticket modérateur pour les personnes disposant de faibles revenus dans le cadre de la loi sur l'exclusion devraient permettre de lutter contre les inégalités lors de l'accès aux soins. Cependant, un tel projet a nécessairement un coût⁽⁶⁾ qui ne doit pas mettre en péril l'équilibre financier de l'assurance-maladie (cf. ci-dessous).

(6) Ce coût ne doit cependant pas être surestimé car ce projet doit permettre de recycler les dépenses, des départements notamment, au titre de l'Aide Médicale Gratuite.

Les dépenses de santé, largement socialisées, sont trop élevées et entraînent des risques d'éviction, notamment d'autres dépenses sociales

La croissance des dépenses est restée vive en France...

Depuis plusieurs décennies, les dépenses de santé s'accroissent à un rythme rapide. Les déterminants de cette croissance ont été souvent étudiés tant sur données longitudinales (L'Horty, Quinet et Rupprecht, 1997 pour la France) que sur données transversales (OCDE, 1995). L'amélioration du niveau de vie principalement, l'élargissement de la couverture maladie, le progrès technologique et dans une moindre mesure les évolutions démographiques sont les facteurs généralement évoqués pour expliquer une croissance forte commune à tous les pays développés (cf. ci-dessous).

3. Contributions des facteurs explicatifs à la croissance des dépenses de santé

Évolution en pourcentage sur la période 1970-1995 et part dans le total

	Taux de croissance	Part dans l'ensemble
Croissance des dépenses de santé	122	100
Effet revenu	51	41
Effet prix relatifs	29	23
Taux de prise en charge	8	6
Progrès technique médical	32	26
Résidu	3	3

Source : L'Horty, Quinet et Rupprecht, 1997.

La France se distingue de ses partenaires européens par une croissance particulièrement vive de ses dépenses de santé entre 1980 et 1995 pour des résultats sanitaires analogues (cf. ci-dessous et encadré 1). Cette différence de croissance peut s'expliquer notamment par les spécificités de notre système de soins qui conjugue une offre libérale et une demande socialisée.

Les conséquences de cette croissance des dépenses de santé à la charge de l'assurance-maladie sont multiples. En premier lieu, elle génère une hausse des prélèvements obligatoires via la hausse des taux de cotisations maladies⁽⁷⁾ qui entraîne de fortes distorsions économiques en augmentant le coin fiscal-social. Par ailleurs, elle est à la source de phénomènes d'éviction importants. En effet, la croissance des dépenses de santé peut traduire un arbitrage implicite défavorable à d'autres dépenses publiques (éducation, sécurité routière) susceptibles de générer un bien-être supérieur, voire des conditions sanitaires meilleures.

(7) Les cotisations maladie au régime général sont passées de 15,31 % du salaire brut en 1970 (plafonnées) à 19,6 % en 1996 (déplafonnées).

4. Évolution de la part des dépenses de santé dans le PIB

	Dépenses de santé par personne ^(*)	Part des dépenses de santé dans le PIB			
	1995	1980	1990	1995	Évolution en moyenne annuelle 1980-1995
Allemagne	2134	8,1	8,2	10,4	1,68
Canada	2069	7,3	9,2	9,7	1,91
États-Unis	3644	9,1	12,7	14,2	3,01
France	1972	7,6	8,9	9,9	1,78
Italie	1507	7,0	8,1	7,7	0,64
Japon	1581	6,4	6,0	7,2	0,79
Royaume-Uni	1246	5,6	6,0	6,9	1,40

(*) En dollars, Parité de pouvoir d'achat.

Source : Éco-Santé OCDE, 1997.

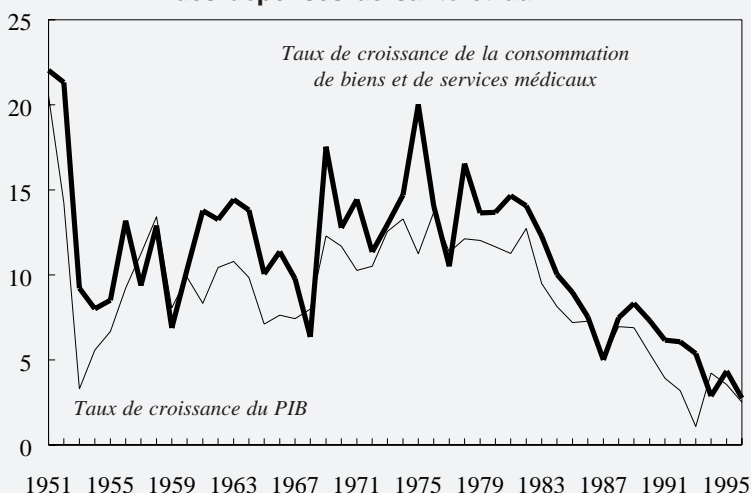
... malgré de nombreux plans de redressement fondés sur des instruments qui se sont révélés inefficaces

Le système de contrôle des tarifs dans le secteur de la santé associé à un système de rémunération à l'acte s'est traduit par une dérive des volumes particulièrement forte. Dans le cadre de la relation médecin-patient, le médecin est susceptible d'induire la consommation de son patient car il dispose d'un pouvoir discrétionnaire qu'il utilise afin d'atteindre un revenu cible (Evans, 1974). Ce sont les asymétries d'information en sa faveur qui lui confèrent ce pouvoir discrétionnaire. Bien que l'hypothèse de demande induite fasse l'objet de controverses importantes (Rochaix et Jacobzone, 1997), il semble que le système de rémunération des médecins adopté en France soit le plus propice à l'induction de la demande par l'offre, notamment celle des spécialistes qui est abondante et mal contrôlée (à nouveau faute d'un système d'informations performant). Le contrôle des prix des médicaments s'est également soldé par un échec : les volumes de consommation sont particulièrement élevés en France et la prescription des médecins est principalement orientée vers des produits récents donc plus onéreux suite aux efforts de promotion des laboratoires. La France se distingue par exemple de la Grande-Bretagne et de l'Allemagne par une consommation particulièrement élevée en volume de céphalosporines, classes d'antibiotiques qui a le prix moyen le plus élevé (Lecomte et Paris, 1998).

1. Croissance des dépenses de santé et du PIB

Depuis plusieurs décennies, les dépenses de santé augmentent plus rapidement que le PIB, quel que soit le taux de croissance de ce dernier. Ainsi, aucun plan de maîtrise des dépenses de santé n'est parvenu à contrôler la croissance des dépenses de façon durable. Les rares années où la croissance du PIB a été supérieure à celle des dépenses de santé correspondent à des années où des plans de grande envergure ont été mis en place (1976-1977 plans Barre-Veil, 1987 plan Séguin et 1994 suite au plan Veil de 1993).

Comparaison des taux de croissance en valeur des dépenses de santé et du PIB



Le contrôle quantitatif de l'offre, concernant principalement le secteur hospitalier, s'est révélé être un instrument de régulation peu efficace et surtout générateur d'inefficacités. La carte sanitaire, créée en 1970, est rapidement devenue un instrument de blocage de la croissance de l'offre hospitalière devenue globalement excédentaire, sans pour autant permettre des restructurations devenues nécessaires⁽⁸⁾ (Bloch et Ricordeau, 1995). De même, l'introduction des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) en 1991 n'a eu jusqu'à présent qu'un impact opérationnel limité. Depuis 1984, les hôpitaux sont financés selon le système du budget global qui a remplacé celui du prix de journée dont les effets inflationnistes (allongement des durées de séjour) avaient contribué à une forte hausse des

(8) Ces restructurations montrent par ailleurs que, parfois, les objectifs de qualité et d'efficacité se rejoignent. En effet, les décrets-normes définissant les taux d'activité en-deçà desquels il convient de fermer un établissement (les maternités par exemple) sont définis tant sur des critères de santé publique qu'économiques.

2. Résumé des principales réformes de l'assurance-maladie précédant le plan Juppé (1975-1995)

Depuis plus de vingt ans, les différents plans de réforme de l'assurance-maladie utilisent deux outils : l'augmentation des recettes via la création de nouveaux prélèvements ou la hausse de ceux existant déjà et une régulation de la demande via la hausse des tickets modérateurs (Lattès et Pauriche, 1997).

Plan Durafour Décembre 1975	<ul style="list-style-type: none"> • Déplafonnement de la base des cotisations salariales • Baisse de la TVA sur les médicaments
Plan Barre Septembre 1976	<ul style="list-style-type: none"> • Vignette automobile • Augmentation des tickets modérateurs
Plan Veil Avril 1977 et décembre 1978	<ul style="list-style-type: none"> • Hausse des cotisations • Baisse du taux de remboursement de certains médicaments de confort
Plan Barrot Juillet 1979	<ul style="list-style-type: none"> • Contribution exceptionnelle des pharmaciens • Retenue 26^{ème} maladie
Plans Bérégovoy Juillet-septembre 1982 et mars 1983	<ul style="list-style-type: none"> • Taxes spéciales affectées • Cotisations sur les chômeurs • Création du forfait hospitalier • Baisse du taux de remboursement de certains médicaments
1984	<ul style="list-style-type: none"> • Prélèvements exceptionnels
Plan Séguin Novembre 1986-1987	<ul style="list-style-type: none"> • Extension de révision des 25 maladies exonérantes • Limitation du champ de l'exonération • Suppression de la 26^{ème} maladie • Déremboursement des vitamines
Décembre 1990-1991	<ul style="list-style-type: none"> • Instauration de la CSG • Accroissement de la taxe sur la publicité pharmaceutique • Déremboursement des anti-asthéniques
Plan Bianco Juillet 1991	<ul style="list-style-type: none"> • Hausse des cotisations salariales • Hausse du forfait hospitalier • Déremboursement de médicaments
1992-1993	<ul style="list-style-type: none"> • Début de la maîtrise médicalisée RMO • Dossier du malade • Accords de régulation « prix-volumes »
Plan Veil Août 1993	<ul style="list-style-type: none"> • Hausse de la CSG • Réduction de 5 points des taux de remboursement • Hausse du forfait hospitalier

dépenses hospitalières. Les budgets sont déterminées à l'aide d'un taux directeur annuel, ce qui conduit *de facto* à prendre pour acquis les budgets alloués l'année précédente. Ce système revient donc à geler des rentes de situation acquises et il n'incite pas à la modération de l'activité par rapport à la recherche de l'activité. Ce système, dont les effets en termes de modération des dépenses sont indéniables, a ainsi conduit à une allocation des ressources hospitalières obsolète et n'a permis une évolution de l'offre adaptée à celle de la demande et aux éventuels gain de productivité des différents hôpitaux.

Le développement des mécanismes de co-paiement destinés à lutter contre les phénomènes d'aléa moral n'ont pu réduire la croissance des dépenses de santé en raison du développement des assurances complémentaires. Ces mécanismes ont de plus conduit pour les populations ne bénéficiant pas de ces assurances complémentaires à un déplacement des soins de la médecine de ville vers des soins hospitaliers plus coûteux (Lattès et Pauriche, 1997).

Une politique d'enveloppes globales qui permet de rendre plus flexible la régulation par les prix

La régulation de la médecine de ville repose désormais sur des objectifs prévisionnels liant prix et volumes, à l'instar des systèmes en vigueur depuis 1991 pour les laboratoires d'analyse biologique et les cliniques privées. L'introduction d'enveloppes fermées donnant lieu à des reversements individualisés en cas de dépassement et à des revalorisations tarifaires en cas de respect (conventions de mars 1997) devrait ainsi permettre de sortir de la logique inflationniste de ces dernières années, comme en témoignent les bons résultats de 1997 (croissance de la consommation médicale totale de 1,7 % en 1997 à rapport à 1996). Les médecins sont désormais au centre de la maîtrise des dépenses de soins de ville, dont ils sont considérés comme responsables. La formation médicale continue, les « références médicales opposables » et l'informatisation des cabinets sont autant d'outils qui doivent leur permettre de respecter les objectifs prévisionnels.

La politique du médicament comporte un volet spécifique au générique dont le développement est favorisé par un environnement juridique précis et par des engagements de prescription des médecins (dans le cadre de l'option conventionnelle « médecin-référent »). Depuis la signature du premier accord-cadre en 1994, la fixation des prix des produits remboursables est également fondée sur une logique « prix-volumes » dans le cadre de conventions signées par le Comité économique du médicament et les laboratoires pharmaceutiques. Néanmoins, la croissance encore importante des dépenses de médicaments en 1997, notamment par rapport aux autres postes de dépenses (+ 3,9 % en 1997 pour les dépenses de médicament contre 0,1 % pour les dépenses d'auxiliaire médicaux selon les Comptes de la Santé), montrent que cette politique demeure perfectible. L'évolution récente de la politique du générique (juin-juillet 1998) est susceptible de per-

mettre cette amélioration : nouvelle édition du guide des équivalents thérapeutiques de la CNAMTS, extension du répertoire des médicaments génériques de la CNAMTS et avancée des négociations sur le droit de substitution.

La conjoncture récente montre cependant que rien n'est acquis dans le secteur de la santé. Si les objectifs prévisionnels — objectifs quantifiés nationaux des médecins et ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance-Maladie) — ont été respectés en 1997, la forte croissance des dépenses sur les quatre premiers mois de l'année (acquis de croissance de 5 % environ) conduit à penser que ces objectifs seront dépassés en 1998. En outre, l'annulation par le Conseil d'État des conventions médicales, auxquelles se substitue un règlement conventionnel minimal, témoigne de la fragilité juridique du système actuel. Le développement de pratiques coopératives entre offreurs du secteur ambulatoire mais aussi entre les secteurs hospitaliers et ambulatoires via des filières et des réseaux de soins constitue une alternative importante susceptible d'améliorer la qualité des soins (cf. première partie) et de sortir à moyen terme de cette politique d'enveloppes fermées non fongibles. Si cette politique a eu des résultats positifs en matière de maîtrise des dépenses, au moins jusqu'en 1997, sa pérennité sur le long terme n'est pas souhaitable, car elle constitue notamment un frein important à la coopération entre offreurs de soins

La restructuration de l'offre hospitalière et la réduction des inégalités régionales

Le dispositif introduit par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée vise à la réduction des disparités régionales. Il est fondé sur la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) et permet de rompre avec le système de budget global introduit en 1984 qui avait contribué à figer des situations non-optimales (cf. ci-dessus). Les ARH sont désormais responsables de la répartition des enveloppes régionales définies par la Direction des Hôpitaux à partir d'indicateurs de besoins (critère de demande) et d'indicateurs de productivité (fondées sur la valeur du point ISA, critères d'offre). Ce nouveau système de financement des hôpitaux devrait conduire à des réallocations budgétaires importantes et surtout à des restructurations nécessitant une mobilité accrue de la part des agents hospitaliers. Des primes à la mobilité ont ainsi été introduites en juin 1997 pour faciliter les restructurations à venir.

Références bibliographiques

- Blanpain N. et J-L. Pan Ké Shon (1997) : « L'assurance complémentaire maladie : une diffusion encore inégale », *INSEE Première*, n° 523.
- Bloch L. et P. Ricordeau (1996) : « La régulation du système de santé en France », *Revue Française d'Économie*, vol. XI, hiver, pp. 87-146.
- CGP (1994) : *Livre Blanc sur le système de santé et d'assurance-maladie*, Rapport au Premier ministre.
- Cour des Comptes (1997) : *La Sécurité sociale*, Rapport annuel au Parlement sur la Sécurité sociale.
- CREDES (1996) : « Santé, soins et protection sociale en 1995 », n° 1162.
- Haut Comité de la Santé Publique (1997) : *Rapport à la conférence nationale de santé 1997*.
- L'Horty Y., A. Quinet et F. Rupprecht (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.
- Lattès G. et P. Pauriche (1997) : « Dépenses de santé et réforme de l'assurance-maladie », in *France Portrait Social*, pp. 65-82.
- Lecomte T. et V. Paris (1998) : « Politique du médicament et consommation de pharmacie au Royaume-Uni, en France et en Allemagne », *Économie et Statistique*, n° 312-313, pp 109-124.
- Mormiche P. (1993) : « Les disparités de recours aux soins en 1991 », *Économie et Statistique*, n° 265, pp. 45-52.
- Mormiche P. (1995) : « L'accès aux soins : évolution des inégalités entre 1980 et 1991 », *Économie et Statistique*, n° 282, pp. 3-19.
- OCDE (1995) : « Nouvelles orientations dans la politique de santé », *Études de Politique de Santé*, n° 7.
- Rochaix L. (1997) : « Asymétries d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats », *Économie et Prévision*, n° 129-130, pp. 11-24.
- Rochaix L. et S. Jacobzone (1997) : « L'hypothèse de demande induite : un bilan économique », *Économie et Prévision*, n° 129-130, pp. 25-36.
- SESI (1998) : *Comptes Nationaux de la Santé 1995-1996-1997*, ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Annexe B

Le marché du médicament : évolutions depuis 1980⁽¹⁾

Frédéric Rupprecht

Direction de la Prévision

Depuis 1980, la consommation de produits pharmaceutiques a fortement augmenté (+ 8,5 % en moyenne annuelle sur la période 1980-1997), essentiellement en raison d'une forte croissance des volumes consommés. Cette croissance de la dépense pharmaceutique, qui est pour une large part socialisée (60 % environ) et financée par des prélèvements obligatoires, s'explique par un cadre réglementaire qui s'est avéré peu adapté à un marché aussi spécifique.

Du côté de l'offre, la régulation s'est concentrée sur le contrôle des prix afin de limiter la rente de monopole conférée par les brevets aux industriels. Depuis 1994, le contrôle de prix s'est assoupli et repose désormais sur un système de conventions « prix-volume » entre les laboratoires et le Comité Économique du Médicament. Cependant, compte tenu des coûts croissants de recherche et développement (R et D) dans ce secteur, cette politique a entraîné une forte croissance des volumes grâce à des dépenses de promotion importantes auprès des médecins afin d'amortir les coûts fixes de R et D et une désincitation à la recherche des laboratoires français au profit de la promotion. Si l'industrie pharmaceutique française est largement excédentaire vis-à-vis de l'étranger (+ 15 milliards de francs en 1997), elle est déficitaire dans des secteurs clés comme les échanges techniques.

(1) Cette note s'inspire pour une large part d'une étude réalisée avec Patrick Pauriche (SESI) ainsi que du numéro spécial de *Économie et Statistique* consacré au secteur pharmaceutique (1998, n° 312-313).

Du côté de la demande, trois catégories d'agents peuvent être identifiées : les patients, les médecins et les pharmaciens.

Afin de limiter les phénomènes d'aléa moral consécutifs à la prise en charge par la collectivité des dépenses de santé, un ticket modérateur a été introduit puis régulièrement augmenté. Outre son caractère anti-redistributif, ce mécanisme s'est avéré peu efficace en raison de la présence d'assurances complémentaires qui couvrent, dans la majeure partie des cas, les dépenses pharmaceutiques. Il n'a ainsi eu que des effets transitoires sur le rythme d'évolution des dépenses.

La régulation de la demande de médicaments a progressivement davantage impliqué les médecins à partir de 1993 avec l'introduction des premières Références Médicales Opposables (RMO) et surtout avec la mise en place des premiers Objectifs Quantifiés Nationaux (OQN). En application du plan de réforme de l'assurance maladie de 1995, ces OQN ventilés en enveloppes « honoraires » et « prescriptions » sont devenus opposables aux médecins afin de sensibiliser plus fortement la demande émanant des médecins au prix des médicaments notamment. Il faut cependant signaler que les premières conventions avec les généralistes et avec les spécialistes, conclues en application de cette réforme ont été récemment annulées par le Conseil d'État (juillet 1998).

Les pharmaciens sont aujourd'hui peu impliqués dans la régulation économique de la demande de médicaments. Contrairement à de nombreux pays, ils ne disposent d'aucun droit de substitution. Par ailleurs, leur rémunération est calculée selon le principe de la marge dégressive lissée, qui, s'ils bénéficiaient du droit de substitution, les inciterait à délivrer les produits les plus chers⁽²⁾.

Le maintien d'une croissance importante des dépenses tant en 1997 que depuis le début de l'année 1998 montre qu'une nouvelle impulsion à la régulation du secteur est nécessaire. Deux modes de régulation sont souvent invoqués : la définition d'une enveloppe « médicaments » opposable aux industriels — éventuellement en sus de l'enveloppe « prescriptions » et la mise en œuvre d'un système de prise en charge fondée sur des remboursements forfaitaires par groupes de produits équivalents destinés à favoriser l'essor des génériques. L'analyse économique tend à montrer que, malgré des difficultés techniques importantes, la seconde solution est préférable. Elle nécessite néanmoins des évolutions importantes dans la régulation du secteur : liberté des prix soumis au remboursement forfaitaire et mise en œuvre d'un droit de substitution pour les pharmaciens assorti d'une réforme de leur rémunération notamment.

(2) Les syndicats de pharmaciens viennent de signer un protocole d'accord avec le gouvernement devant leur donner le droit de substitution, qui a ainsi été inscrit dans le projet de Loi de financement de la Sécurité sociale pour 1999. Cette réforme devrait ainsi rapidement entraîner une réforme de la marge des pharmaciens.

Le médicament : des enjeux industriels pour une consommation socialisée

Un bien industriel au poids économique grandissant

Au cours des années quatre-vingt et quatre-vingt-dix, la croissance soutenue des dépenses de santé a permis une expansion rapide de la branche pharmaceutique. Ainsi, sur la période 1980-1996, le dynamisme de la consommation des ménages en produits pharmaceutiques (+ 7 % en volume, en moyenne annuelle) a entraîné une croissance régulière de la production : + 5,9 %. Cette demande intérieure soutenue depuis plusieurs décennies a permis à la France de développer une industrie pharmaceutique compétitive. Elle figure ainsi au troisième rang mondial des producteurs et elle est devenue en 1995 le premier producteur de l'Union européenne. Cette branche occupait environ 72 000 personnes en 1996. Le secteur pharmaceutique a par ailleurs connu une croissance sensible de l'emploi au cours des années quatre-vingt (+ 1 000 par an en moyenne), croissance qui a cependant tendance à ralentir (+ 0,4 % en 1996).

1. Le marché domestique du médicament de 1980 à 1996

	Valeur 1996 En milliards de francs	Évolution annuelle moyenne 1980-1996 En %		
		En valeur	En volume	En prix
Production	108,7	8,7	5,9	2,7
Importations	23,4	21,0	13,7	6,3
Exportations	36,2	12,5	5,7	6,5
Consommation	128,5	9,1	7,0	2,0

Note : (*) Pour compléter l'équilibre Ressources-Emplois, il faut ajouter, côté ressources, la marge des distributeurs et côté emplois, les consommations intermédiaires (consommations de médicaments à l'hôpital notamment) et les variations de stocks.

Source : Équilibre Ressources-Emplois, INSEE.

Le facteur déterminant le maintien de ces résultats positifs de l'industrie pharmaceutique est sa capacité à mettre sur le marché des molécules nouvelles. Depuis le début des années quatre-vingt, les coûts de la recherche ont explosé : commercialiser un nouveau produit coûte désormais de l'ordre de un à deux milliards de francs (Di Masi et *alii*, 1991). Les dépenses de R et D représentaient, en 1996, environ 13,5 % du chiffre d'affaires des entreprises contre 8 % en 1970. La position de la France en termes d'innovations est aujourd'hui difficile à cerner. Entre 1975 et 1994, elle occupait le troisième rang mondial. Cependant, depuis plusieurs années, la baisse du dynamisme des laboratoires français dans l'introduction de produits innovants est sensible : la France est désormais le cinquième pays pour les produits véritablement innovants et vendus au niveau international

(SNIP, 1998). Afin de compenser le double impact des coûts croissants de la recherche et de l'allongement des essais thérapeutiques nécessaires à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché qui réduisent la protection effective des brevets, les pouvoirs publics ont adopté un mécanisme prolongeant la durée de protection industrielle conférée par les brevets (le certificat complémentaire de protection) de 5 ans en moyenne.

Si le taux de marge de l'industrie pharmaceutique en France apparaît élevé par rapport à ceux d'autres secteurs industriels (4,7 % en 1995 contre 2,4 % pour l'ensemble de l'industrie hors énergie), les grands laboratoires français sont nettement moins performants que leurs principaux concurrents étrangers (Scherrer, 1998). En outre, de nombreux petits laboratoires bénéficient de taux de rentabilité élevés car leurs ventes sont centrées sur un seul produit dans une position de niche (c'est-à-dire peu concurrencés). Ainsi, en moyenne, les laboratoires présents sur le marché français réalisent la moitié de leurs ventes sur un seul produit (Iung et Rupprecht, 1998). La question de la pérennité de ces laboratoires risque alors de se poser lors de l'expiration du brevet de ces produits.

La pharmacie française dégage un solde commercial largement excédentaire : 15,2 milliards de francs en 1997. Néanmoins l'ouverture croissante du marché aux importations (cf. tableau 1) a contribué à la réduction du taux de couverture (exportations/importations) qui passe de 491 % en 1980 à 166 % en 1997. Le dynamisme à l'exportation des laboratoires français doit en effet être nuancé. L'implantation en France de nombreux laboratoires étrangers conduit *de facto* à une diminution des importations et aussi à une croissance des exportations dans le cas d'entreprises américaines par exemple qui choisissent la France comme point d'exportations vers les autres pays européens. Ainsi, 40 % seulement de la production française de produits pharmaceutiques est réalisée par des groupes à capitaux français. Par ailleurs, ces résultats globalement positifs cachent des déficits dans des secteurs clefs. La France importe notamment à des prix élevés des produits innovants à forte teneur en R et D et concernant des pathologies lourdes, comme le sida, les cancers. Par ailleurs, la France est déficitaire dans le domaine des échanges techniques (brevets et licences) et dans celui des principes actifs intégrés dans les médicaments.

Une consommation croissante malgré des plans de maîtrise des dépenses successifs

La consommation de produits pharmaceutiques (remboursables et non remboursables) a connu un taux de progression de 8,5 % en moyenne annuelle de 1980 à 1997, soit 6,6 % en volume et 1,9 % en prix.

Au cours de la période 1980-1997, l'évolution en valeur, comme en volume, a été très soutenue, à l'exception des années 1987, 1994 et 1996. Le ralentissement de 1987 est lié au plan Séguin de rationalisation des dépenses d'assurance maladie de fin 1986 qui comportait un important volet

pharmaceutique⁽³⁾. En 1994, l'introduction des références médicales opposables et l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses des médecins ont également eu un impact positif en termes de limitation des prescriptions notamment grâce aux effets d'annonce, souvent observés lors de l'introduction d'un nouveau mécanisme de maîtrise des dépenses. Le dérapage de 1995 a cependant montré que cet effet était fragile.

En 1997, la consommation pharmaceutique a connu une nouvelle accélération (+ 3,9 %) en dépit d'un ralentissement marqué de la consommation médicale totale (+ 1,7 % en 1997 contre + 2,8 % en 1996 et + 4,5 % en 1995). Cette croissance relativement forte des dépenses de médicament s'explique partiellement par l'effet de champ lié à la sortie de la réserve hospitalière des antirétroviraux qui, selon les Comptes de la Santé, explique à elle seule 0,8 point de croissance. L'évolution chaotique de la consommation pharmaceutique depuis plusieurs années témoigne de la nécessité d'un mécanisme de régulation qui assure une réelle maîtrise des dépenses de médicament et qui fournisse aux industriels une vision de moyen terme de l'évolution du marché.

2. Évolution de la consommation pharmaceutique de 1980 à 1997

En %

	Moyenne annuelle sur la période						
	1980-1985	1985-1990	1994	1995	1996	1997	1980-1997
Valeur	13,8	8,4	2,1	6,0	2,4	3,9	8,5
Prix	5,1	0,3	0,2	0,9	0,7	0,1	1,9
Volume	8,3	8,1	1,9	5,1	1,7	3,8	6,6

Note : La consommation pharmaceutique, en valeur, s'est accrue de 13,8 % (en moyenne annuelle) entre 1980 et 1985, de 6 % en 1995, de 9,1 % (en moyenne annuelle) entre 1980 et 1996.

Source : Comptes de la Santé (SESI).

Après avoir fortement décliné en 1987 sous l'effet notamment du plan Séguin, le taux de couverture des médicaments par la Sécurité sociale était ensuite remonté aux environs de 60 % jusqu'en 1992. Le taux baisse fortement à la suite du plan Veil de redressement de l'assurance maladie de l'été 1993 (hausse de cinq points du ticket modérateur). Sur la fin de la période, le taux de couverture augmente à nouveau, en raison de la diminution de la part des médicaments non remboursables dans le total de la consommation et surtout du report de la consommation de médicaments vers des médica-

(3) Suppression du remboursement pour certains produits, mise en place du système des 30 maladies (pour définir les affections de longue durée et de longues maladies) et suppression de la couverture à 100 % pour les maladies non liées à la pathologie principale.

ments mieux remboursés (déformation de la structure des médicaments remboursés de 35 vers 65 %). Par ailleurs, ce taux de couverture est plus faible qu'en Allemagne (71 %) et en Grande-Bretagne (64 %), en raison notamment de la part encore importante de produits remboursés à 35 % (17 % environ ; Lecomte et Paris, 1998).

Tout au long de la période, la part des assurances complémentaires croît, celles des mutuelles a notamment augmenté de 3,7 points entre 1980 et 1997. Cette part croissante des assurances complémentaires pallie la baisse de la couverture publique mais risque de déresponsabiliser les patients qui, lorsqu'ils sont couverts par une assurance complémentaire, bénéficient en général de la quasi-gratuité des soins. Elle est en outre source d'inéquités (cf. infra).

3. Le financement de la dépense de médicament de 1980 à 1997

En %

	1980	1987	1990	1992	1994	1996	1997
Sécurité sociale	63,6	59,4	60,1	61,2	59,3	60,6	60,8
État et collectivités locales	1,1	0,9	0,8	0,7	0,8	0,8	0,9
Mutuelles	8,5	12,1	12,1	11,4	12,2	12,2	12,3
Sociétés d'assurances	—	—	—	4,2	4,7	4,8	4,5
Institutions de prévoyance	26,8	27,6	27,0	2,1	2,2	2,3	2,3
Ménages	—	—	—	20,4	20,8	19,3	19,2
Total	100	100	100	100	100	100	100

Source : Comptes de la Santé (SESI).

Les instruments de régulation concernent tant la demande que l'offre

Le marché du médicament en France constitue un marché particulier à de nombreux égards. De très nombreuses imperfections de marché justifient l'intervention de la tutelle qui a pris des formes diverses. Ces distorsions au schéma traditionnel de concurrence pure et parfaite concernent aussi bien l'offre (l'industrie) que la demande qui demeure difficile à identifier. Du côté de l'offre, les laboratoires disposent d'une part d'un pouvoir de monopole lorsqu'ils disposent d'un produit innovant et d'un pouvoir discrétionnaire vis-à-vis des médecins qu'ils utilisent par l'intermédiaire de leurs visiteurs médicaux⁽⁴⁾. La régulation de l'offre s'est ainsi centrée sur le contrôle des prix et de la promotion avec la mise en place d'une taxe sur les dépenses de promotion. L'analyse de la demande s'avère complexe

(4) Plus du tiers des effectifs de l'industrie pharmaceutique est employé dans le secteur de la commercialisation et de la diffusion.

en raison de la multiplicité des acteurs concernés. Si les patients, de par leurs pathologies, « consomment » des médicaments, ils ne constituent qu'une des composantes aux côtés des médecins et, pour une moindre part, des pharmaciens. En raison des incitations économiques qui leur sont données par le contexte institutionnel, le comportement de ces acteurs n'est pas conforme à celui qu'ils adopteraient sur un marché traditionnel : le prix des médicaments constitue une variable peu pertinente pour les patients, la dépense étant socialisée, et pour les médecins, le coût de leurs prescriptions ayant peu de conséquences sur leurs revenus. Quant aux pharmaciens, le mode de calcul de leur marge les incite à délivrer⁽⁵⁾ les produits les plus chers.

Le ticket modérateur : effet limité et équité contestable

Le ticket modérateur représente la part du prix du médicament remboursable non pris en charge par la Sécurité sociale et restant à la charge des patients ou des assurances complémentaires le cas échéant. Outre des économies strictement comptables, cet outil est destiné à lutter contre le phénomène d'aléa moral. Les individus « bien couverts » risquent d'une part de limiter leurs efforts de prévention (aléa moral *ex ante*) puisqu'ils seront remboursés en cas de maladie, et d'autre part de « consommer » plus de produits pharmaceutiques via notamment des consultations plus nombreuses (aléa moral *ex post*). L'impact de la participation aux frais des assurés sur le niveau de leur consommation a fait l'objet de nombreuses controverses en raison de la difficulté à isoler des effets prix « purs ». Selon l'étude de la Rand réalisée sur données américaines, un ticket modérateur de 25 % réduirait la demande d'un quart et au-delà l'instrument perdrait beaucoup de son efficacité (Manning et alii, 1987). L'analyse de la nature de ces dépenses évitées montre que la mise en place d'un ticket modérateur plus élevé conduirait à la baisse de dépenses nécessaires, traduisant en réalité la présence d'un effet-revenu pour certaines populations (Rochaix, 1995).

En 1996, le taux de remboursement moyen des médicaments remboursables par la CNAMTS s'établit à 71,5 %⁽⁶⁾. Ainsi, un peu plus du quart des dépenses de médicaments remboursables ne sont pas couvertes par l'assurance maladie. La hausse récurrente de la consommation de médicaments montre que le ticket modérateur ne constitue pas un instrument efficace de maîtrise des dépenses, ce qui corrobore, pour partie, les résultats de l'étude sur données américaines cités précédemment. Cet échec relatif s'explique par la montée en puissance des assurances-maladie complémentaires qui

(5) Cette incitation ne peut se traduire aujourd'hui que par des discussions avec les prescripteurs car les pharmaciens ne disposent pas encore du droit de substitution.

(6) La différence entre ce taux et le taux de couverture des Comptes de la Santé provient des médicaments non remboursables (soit 9 % du marché officinal environ selon le SNIP) et des médicaments acquis sans prescription et ne pouvant donc donner lieu à un remboursement de l'assurance-maladie.

prennent en général en charge le ticket modérateur. En effet, près de 85 % des français sont couverts par une assurance maladie complémentaire. Toutefois, le ticket modérateur est un instrument dont l'équité est contestable puisque le taux d'adhésion à une assurance maladie complémentaire est d'autant plus bas que le revenu est faible (CREDES, 1996). Des mécanismes d'exonération ont été cependant instaurés, notamment pour les patients affectés par des pathologies graves de longue durée.

La régulation de la dépense s'efforce de sensibiliser les prescripteurs au coût de leurs prescriptions

Dans le cadre d'avenants annuels à la convention médicale de 1993, les partenaires conventionnels négociaient un objectif prévisionnel à l'échelle nationale pour les dépenses de soins de ville. Depuis 1997, l'objectif est opposable aux praticiens : un dépassement peut désormais donner lieu à des reversements l'année suivante. Les généralistes et les spécialistes disposent aujourd'hui de conventions spécifiques ; chacune d'entre elles définit des objectifs prévisionnels de dépenses d'honoraires et de dépenses de prescriptions pour lesquelles les médicaments constituent le poste le plus important. Ce système cherche ainsi à sensibiliser les praticiens au coût de leurs prescriptions et de fait au prix des médicaments. Les praticiens sont en effet incités à limiter le coût de leur prescription, et en particulier de médicaments, afin de bénéficier d'une marge de manœuvre plus importante sur leur activité. Les conventions médicales de mars 1997 ayant été récemment annulées par le Conseil d'État, la pérennité de ce système n'est pas garantie.

Ce mécanisme de régulation comporte de nombreuses limites, le calcul des sanctions à appliquer en cas de dépassement étant particulièrement délicat. Des sanctions collectives sont susceptibles de donner lieu à des phénomènes de « passager clandestin » : un praticien non vertueux pourrait reporter la sanction consécutive aux dépenses qu'il engendre sur les autres praticiens. Des sanctions individuelles soulèvent, quant à elles d'importants problèmes méthodologiques, la définition de critères d'individualisation ne pouvant être pleinement satisfaisante et consensuelle. En effet, des critères de sanctions individuelles demandent par exemple une connaissance précise de la clientèle des médecins et de la concurrence à laquelle ils sont soumis : les médecins âgés prescrivent plus que leurs confrères plus jeunes car ils ont une clientèle plus âgée ; la pratique médicale, notamment en matière de prescription médicamenteuse, s'harmonise au niveau local (Lancry, 1997).

En 1997, les généralistes ont respecté leurs objectifs (dépenses inférieures de 565 millions de francs à l'objectif) tandis que les dépenses des spécialistes ont été supérieures de 310 millions de francs à l'objectif fixé. Les premiers ont bénéficié d'un reversement de l'assurance-maladie de 9 000 francs environ par médecin et d'une revalorisation de 5 francs de l'acte en C (de 110 à 115 francs) tandis que le dépassement des seconds a

été imputé à l'objectif 1998 sans donner lieu à des reversements. L'encaissement des dépenses de médecine de ville s'est donc soldé par des résultats globalement favorables, qui cependant ne reflètent pas l'évolution des dépenses pharmaceutiques, dont la croissance est demeurée vigoureuse. Les dépenses de remboursement du régime général atteignent en effet 63,7 milliards de francs (en prix public toutes taxes comprises), soit une augmentation de 5,4 %⁽⁷⁾. Si les médecins généralistes ont respecté leur objectif, c'est en raison d'une modération particulière de leurs dépenses d'honoraires et non d'un effort particulier sur leurs dépenses de prescriptions, qui se sont révélées conformes à l'objectif. En d'autres termes, les omnipraticiens n'ont pas bénéficié de la fongibilité des enveloppes « honoraires » et « prescriptions », qui auraient dû se traduire par une sensibilisation nouvelle des médecins au coût de leurs prescriptions.

4. Les dépenses « remboursables » de médecine libérale en 1997^(*)

	Objectifs 1997	Constats 1997	Écarts (en dépenses remboursées)	Évolution en % constat 97 / base 96
Généralistes	180 673	179 938	- 565	1,1
Honoraires	36 729	35 458	- 594	0,3
Prescriptions	143 944	143 981	29	1,3
Spécialistes	80 985	81 364	310	1,5
Honoraires	49 352	49 520	140	1,8
Prescriptions	31 633	31 844	170	1,2
Ensemble	261 568	260 303	- 255	1,2
Honoraires	86 081	84 978	- 454	1,3
Prescriptions	175 577	175 325	199	1,2

Note : (*) Les objectifs des conventions médicales sont négociés en dépenses remboursables, en revanche le montant de dépenses donnant lieu à un reversement ou à une revalorisation est calculé à partir de données en dépenses remboursées.

Depuis 1993, la régulation de la demande de médicaments émanant des médecins s'appuie également sur les outils de la maîtrise médicalisée. Se fondant notamment sur les études réalisées dans le cadre de la délivrance de l'AMM, l'Agence du médicament établit des références médicales qui sont ensuite rendues opposables aux praticiens dans le cadre des conventions médicales. Entrées en vigueur en mars 1994, les références médicales opposables (RMO) sont essentiellement des règles de bonne pratique médicale : elles proscrivent les prescriptions qui s'avèrent superflues. Les RMO concourent donc à la fois à l'amélioration de la qualité des soins, en induisant une baisse des prescriptions et des actes inutiles et à la maîtrise des

(7) Le rapprochement avec le taux d'évolution de la consommation de médicaments selon les Comptes de la Santé s'avère délicat en raison d'effets de champ importants.

dépenses de santé. En 1997, 77 RMO sur un total de 243 concernaient le médicament, contre seulement 17 en 1994. Les sanctions, consécutives à leur non respect, sont d'ordre financier et leur montant est fonction d'une échelle de retenues financières tenant compte de la gravité de la faute, de son coût pour l'assurance maladie et de sa fréquence. En pratique, le contrôle du respect des RMO s'avère délicat faute d'une informatisation du système de soins suffisamment avancée.

Une estimation de l'impact économique des RMO s'avère difficile car elle suppose le calibrage d'une situation fictive « hors RMO ». Les phénomènes de substitution d'une classe thérapeutique concernée par une référence vers une autre proche sur un plan thérapeutique mais hors du champ des RMO ne sont pas réellement quantifiables. Néanmoins, les études disponibles concluent à un impact non négligeable au moins à court terme et elles encouragent l'extension du domaine couvert par ces références opposables (Le Fur et Sermet, 1996 et Cavalie, 1998).

Aujourd'hui, près d'un tiers des généralistes sont informatisés et les aides financières prévues dans le cadre des conventions médicales de mars 1997 devraient permettre un développement plus rapide du parc informatique au sein de la profession. Outre une meilleure gestion des dossiers médicaux des patients, une accélération des liquidations via la télétransmission, l'informatisation des cabinets médicaux devrait donner lieu à la diffusion d'outils d'aide à la prescription permettant de fournir aux patients les traitements les plus efficaces aux meilleurs coûts. L'introduction d'un réseau informatique permettra également des échanges rapides d'informations entre professionnels de la santé. Les pouvoirs publics pourront enfin directement diffuser auprès des médecins, individuellement ou collectivement, des informations sur leur activité ou des indications de prescription.

Les pharmaciens : une rémunération directement liée au prix des médicaments délivrés

Depuis 1990, la marge des pharmaciens n'est plus proportionnelle au montant des ventes, mais est calculée selon le principe de la marge dégressive lissée (taux de marge décroissant par tranche de prix de chaque unité vendue (cf. tableau 5). En raison notamment d'efforts de promotion des laboratoires sur des produits innovants dont les frais de R et D doivent être amortis au plus vite, les médecins ont tendance à remplacer des produits anciens par d'autres nouveaux plus chers, sans par ailleurs que leur apport thérapeutique ne justifie complètement ce changement. La prescription est ainsi structurellement orientée vers des produits chers au sein de classes thérapeutiques où d'autres produits moins coûteux sont également disponibles. Ce phénomène, appelé effet-structure, constitue, par son ampleur, une spécificité du marché français, qui se distingue des marchés britannique et allemand par une plus forte consommation de produits récents et plus chers (Lecomte et Paris, 1998). Dans un système de rémunération des pharmaciens selon une marge fixe, l'effet-structure conduit à une hausse de la

marge des pharmaciens sans réelle amélioration de leur service et se traduit par un surcroît de dépenses de l'assurance maladie. La marge dégressive lissée permet alors de freiner la croissance de la marge en déconnectant partiellement son niveau du prix du produit prescrit (cf. tableau 5b).

5. La marge des pharmaciens

a. Taux de marge des pharmaciens^(*)

	Tranche de prix producteur (en francs)					
	0-5	5-10	10-17	17-30	30-70	+ de 70
Taux de marge sur la tranche	0,9	0,56	0,38	0,26	0,12	0,1

Note : (*) Pour un produit dont le prix fabricant hors taxe est de 9 francs, la marge du pharmacien vaut : $(5 \times 0,9) + (4 \times 0,56) = 6,74$ francs.

b. La marge dégressive atténue l'impact de l'effet-structure

	Prix fabricant hors taxe	Prix public hors taxe
Médicament initial	10,00 francs	18,37 francs
Médicament substitut	50,00 francs	71,21 francs
Différence de prix rapportée au prix initial	4	2,88

Source : Arrêté du 2 janvier 1990 relatif aux prix et marges des médicaments remboursables.

Contrairement à d'autres pays européens comme la Grande-Bretagne, les pharmaciens français ne disposent pas du droit de substitution et doivent délivrer les médicaments prescrits par le praticien même s'ils possèdent en stock des produits équivalents et moins chers que ceux prescrits. La volonté de promouvoir les médicaments génériques affichée par les pouvoirs publics dans le cadre des ordonnances d'avril 1996 a relancé le débat autour de la substitution.

La régulation porte enfin sur les industriels : l'accord-cadre, une action sur les prix et les volumes

Si les prix des médicaments destinés à l'hôpital et des médicaments non remboursables sont libres depuis respectivement 1986 et 1987, ceux des médicaments remboursables sont encore administrés. Le secteur pharmaceutique est ainsi le dernier grand secteur industriel où les prix sont régulés par les pouvoirs publics. Les prix des produits non remboursables sont fixés par les laboratoires qui « conseillent » un prix de vente aux pharmaciens, ces derniers ayant le choix de suivre ce prix conseillé ou de choisir un tout

autre prix. À l'hôpital, les prix sont le résultat de négociations entre les hôpitaux et les laboratoires dans le cadre de procédures de marchés publics.

La régulation du prix des médicaments remboursables a considérablement évolué en 1994 avec la signature du premier accord-cadre entre l'État et les représentants de l'industrie pharmaceutique, le Syndicat national de l'industrie pharmaceutique. Désormais, les prix des médicaments remboursables sont fixés par le Comité économique du médicament dans le cadre de conventions passées individuellement avec les laboratoires et concernant l'ensemble du portefeuille de produits des laboratoires : ces conventions fixent des objectifs de volumes de ventes et de dépenses de promotion qui, s'ils sont respectés, peuvent conduire à des hausses de prix. Dans le cas contraire, le Comité économique du médicament peut baisser le prix du médicament de façon autoritaire. Cette régulation est désormais globale et quasi systématique (environ 95 % du marché est concerné par ces conventions). Dans ces conventions, les laboratoires s'engagent donc à diminuer leurs dépenses de promotion et à modifier les pratiques de leurs visiteurs médicaux, dont l'influence sur le comportement de prescription des médecins n'est pas négligeable. Ils auront désormais pour tâche de promouvoir une information en faveur du bon usage du médicament et de diffuser les fiches de transparence établies par la Commission de la transparence.

Ce système de fixation des prix comporte par ailleurs une certaine continuité avec la politique précédente. Ainsi, le prix, fixé in fine par le comité économique du médicament, tient toujours compte de l'amélioration du service médical rendu établi par la Commission de la transparence mais aussi des objectifs prévisionnels de vente des laboratoires. La qualité du médicament est ainsi prise en considération, ce qui constitue une incitation forte à l'innovation avec tous les gains en terme de santé que l'on peut en espérer.

L'accord de 1994 constitue ainsi un premier pas vers la sortie de la fixation administrative du prix des spécialités remboursables et de la course aux volumes par l'intermédiaire de dépenses promotionnelles trop importantes par rapport aux dépenses de recherche. Mais les conventions prix-volume risquent d'aboutir à une gestion administrée du marché qui ne refléterait pas nécessairement le jeu plus dynamique de la concurrence (Jacobzone, 1998). En effet, les objectifs de volumes témoignent aussi du pouvoir de négociation des laboratoires et peuvent alors être considérés comme des planchers et non comme des plafonds.

Références bibliographiques

- Cavalié Ph. (1998) : « Les références médicales opposables : quel impact sur la consommation de médicaments », *Économie et Statistique*, n° 312-313, pp. 85-100.
- Di Masi A., R-W Hansen, H-G Grabowski et L. Lasagna (1991) : « Cost of Innovation in the Pharmaceutical Industry », *Journal of Health Economics*, vol. 10, n° 2, pp. 107-142.
- Grandfils N., P. Le Fur, An. Mizrahi et Ar. Mizrahi (1996) : « Santé, soins et protection sociale en 1995 », *CREDES*, n° 1162.
- Iung N. et F. Rupprecht (1998) : « Le marché pharmaceutique français : la prépondérance des produits-phares », *Économie et Statistique*, n° 312-313, pp. 21-34.
- Jacobzone S. (1998) : « Le rôle des prix dans la régulation du secteur pharmaceutique », *Économie et Statistique*, n° 312-313, pp. 35-54.
- Lancry P.-J. et V. Paris (1997) : « Âge, temps et norme : une analyse de la prescription pharmaceutique », *Économie et Prévision*, vol. 3/4, n° 129-130, pp. 173-188.
- Le Fur P. et C. Sermet (1996) : « Les Références Médicales Opposables : impact sur la prescription pharmaceutique », *CREDES*, n° 1116.
- Manning W., J. Newhouse, N. Duan, E.B. Keeler, A. Leibowitz et S. Marquis (1987) : « Health Insurance and the Demand for Medical Care : Evidence from a Randomized Experiment », *American Economic Review*, juin, vol. 77, n° 3.
- Martin E. et F. Rupprecht (1998) : *Les enjeux du médicament générique*.
- Mougeot M. (1994) : *Systèmes de santé et concurrence*, Economica.
- Pauriche P. et F. Rupprecht (1998) : « Le secteur pharmaceutique, un secteur aux multiples enjeux », *Économie et Statistique*, n° 312-313, pp. 7-20.
- Rochaix L. (1995) : « Le financement par les particuliers : la boîte de Pandore », *Revue d'Économie Financière*, n° 34, pp. 197-228.
- Scherrer S. (1998) : « L'industrie pharmaceutique », *Note de la Direction de la Prévision*, n° 98-C1-005.
- Stasse F. (1998) : *Rapport de la mission de concertation sur l'avenir de la médecine de ville*.
- Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique (SNIP) (1998) : *L'industrie pharmaceutique : ses réalités*, SNIP, rapport annuel.

Annexe C

Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé Théorie et bilan des expériences étrangères^(*)

**Agnès Bocognano, Agnès Couffinhal,
Michel Grignon et Dominique Polton**

CREDES

Ronan Mahieu

INSEE

La « privatisation de la Sécurité sociale » est entrée dans le débat social en France, avec l'annonce du projet AXA de mise en concurrence de l'assurance-maladie.

D'autres pays européens envisagent ou expérimentent des réformes qui accroissent la concurrence entre caisses ou assureurs. On cite souvent en exemple les réformes menées aux Pays-Bas, en Allemagne et en Suisse.

Qu'attend-on de telles réformes ? Une plus grande efficacité dans la gestion ? À quel prix en termes d'équité et de solidarité ?

Dans ce débat sur les conséquences de la mise en concurrence dans l'assurance-maladie, les arguments échangés font en général peu de place aux données objectives. Qu'en est-il dans les faits ? Quels enseignements peut-on tirer des expériences étrangères ? L'efficacité attendue est-elle au rendez-vous ? La sélection des risques peut-elle être évitée ?

Ce sont ces questions que le travail réalisé ici cherche à documenter, à partir de la description et de l'analyse de quelques expériences réelles de fonctionnement au moins partiellement concurrentiel de l'assurance-maladie.

^(*) Étude commandée par la Direction de la Sécurité sociale du ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

La concurrence dans l'assurance-maladie : deux notions à distinguer

Pour analyser les expériences étrangères, il faut tout d'abord bien clarifier l'objet de la concurrence, qui varie d'un pays à l'autre :

- La concurrence peut porter sur l'assurance elle-même : c'est-à-dire que chacun s'assure sur un marché privé et paye des primes pour se couvrir sur le risque maladie.

Les États-Unis sont une illustration, largement documentée en France, de ce modèle de concurrence. Des expériences radicales ont été également tentées en Amérique latine. Une version extrême est représentée par Singapour, où il n'y a pas de mutualisation des risques et où chacun épargne individuellement pour financer ses frais médicaux.

- La deuxième version de la concurrence consiste à placer les assureurs en tant qu'opérateurs intermédiaires entre le système de financement public d'une part, et les usagers et professionnels de soins d'autre part. L'assureur se fait en quelque sorte « acheteur de soins » pour le compte de l'assuré, ou l'on pourrait dire encore « entrepreneur de soins » : c'est-à-dire qu'il organise un réseau de médecins, paramédicaux, établissement de soins, etc. pour prendre en charge un patient « abonné » chez lui, et pour qui il reçoit une rémunération forfaitaire du financeur public.

En réalité, beaucoup plus que la concurrence sur la fonction d'assurance, c'est cette version restreinte (que nous avons appelée « concurrence entre acheteurs » ou « concurrence entre entrepreneurs ») qui est objet de débats et d'expérimentations dans le contexte européen. La réforme Dekker aux Pays-Bas illustre — du moins en théorie, car la pratique reste très modeste — ce modèle de concurrence entre caisses sur la gestion des soins.

Ces deux formes de concurrence — qui peuvent être réunies dans un même système, c'est le cas par exemple avec les réseaux de soins (HMO) aux États-Unis —, sont analysées successivement.

La concurrence entre assureurs

La forme la plus radicale de concurrence dans l'assurance-maladie consiste à laisser l'assuré choisir son niveau de couverture sur un marché privé. La prime que paye chaque individu doit alors être fonction du risque qu'il représente et du niveau auquel il souhaite se couvrir. L'idée sur laquelle repose cette concurrence entre assureurs est que le jeu des préférences des individus conduira au niveau souhaitable de dépenses de santé, et que les sanctions des consommateurs à l'encontre des producteurs inefficaces ou de mauvaise qualité sont le meilleur moyen d'améliorer la production de soins.

À l'évidence, cette idée est totalement antinomique des conceptions européennes, puisqu'elle est la négation de deux principes fondateurs de

nos systèmes de protection sociale que sont la solidarité entre bien portants et malades, et la solidarité entre riches et pauvres.

C'est bien en effet, en premier lieu, la question fondamentale de l'équité que pose un système concurrentiel de ce type. Ce qui est moins évident en revanche, et mérite d'être souligné, c'est que la contrepartie attendue en termes d'efficacité (domaine dans lequel on crédite *a priori* les systèmes concurrentiels de meilleures performances) est, lorsque l'on analyse les expériences étrangères, souvent décevante.

La concurrence entre assureurs, sur la fonction d'assurance, conduit à une situation moins équitable que les systèmes socialisés

Par construction, dans un système totalement concurrentiel :

- un malade chronique devra payer, par exemple, cent fois la prime d'assurance d'une personne en bonne santé au même âge ; la logique même de la concurrence conduit à utiliser ce genre d'informations pour discriminer les tarifs des assurés. L'assureur qui ne le ferait pas perdrait ses « bons risques ».
- la prime d'assurance étant par hypothèse indépendante du revenu (puisque'elle est déterminée en fonction du risque et du niveau de couverture choisi), elle pèsera plus lourd dans un budget restreint, et l'accès aux soins sera différent selon la situation sociale.

Le fonctionnement spontané d'un marché de l'assurance conduit même à exclure des populations de l'accès à l'assurance, qu'elles soient trop pauvres pour payer les primes, ou trop malades pour pouvoir s'assurer à un coût supportable, ou appartenant à des groupes à risque que les assureurs refusent de couvrir. On peut rappeler que les États-Unis comptent 40 millions de non assurés, et que cet effectif est en augmentation rapide.

La concurrence complète entre assureurs n'est pas non plus une garantie d'efficacité sur le marché de l'assurance-maladie

En premier lieu, le risque « maladie », pour être assurable, doit être individuel et aléatoire. Or d'une part le risque n'est pas toujours individuel (cas des épidémies), d'autre part il peut devenir certitude, lorsqu'une pathologie lourde et chronique génère pour un individu une dépense quasi-prévisible. Le marché privé ne peut assurer ce type de risque : et l'on observe que dans tous les pays où tout ou partie de l'assurance-santé est privatisée, le champ de cette dernière est limitée, et les risques les plus lourds — qui représentent d'ailleurs une part importante des dépenses totales — restent pris en charge, de manière universelle et obligatoire, par des programmes publics (Medicare aux États-Unis, assurance pour les risques catastrophiques et mutualisation obligatoire des risques lourds entre assureurs privés aux Pays-Bas, Medishield et Medifund à Singapour (système dont la conception libérale est la plus extrême).

Ensuite, la tarification au risque, qui est une condition du fonctionnement d'un marché efficace de l'assurance, est particulièrement difficile pour le risque maladie. Les analyses approfondies menées aux Pays-Bas ou aux États-Unis montrent que les caractéristiques individuelles facilement disponibles expliquent une très faible part de la dispersion des dépenses (moins de 3 %). Dès lors, la stratégie logique d'un assureur sera, au sein d'une classe de tarif, d'éliminer les mauvais risques par des stratégies d'écrémage indirectes (ciblage de la publicité vers des populations particulières, combinaison de l'offre d'assurance avec une offre pouvant intéresser des personnes ayant des niveaux de risque faible, jeu sur les garanties et les services offerts, etc.).

On peut même arriver au paradoxe que l'assureur le plus efficace pour contrôler les coûts des producteurs et offrir de la qualité se verra pénalisé en attirant à lui les plus gros consommateurs de soins.

Au passage, le résultat sur la faible part de variance expliquée par des critères simples est important à souligner car il relativise l'idée, répandue en France, qu'un forfait calculé en fonction de l'âge et du sexe suffirait à éliminer toute tentation de sélection des risques.

La concurrence ne conduit pas forcément à la maîtrise des dépenses de soins

Les exemples, certes extrêmes, du Chili ou de Singapour, et, plus proches de nous, des États-Unis, montrent que la responsabilisation financière de l'assuré n'entraîne pas automatiquement de gain sur les coûts de la santé ou sur le poids des dépenses médicales dans la richesse nationale.

Il est en outre illusoire de penser qu'on puisse corriger les effets pervers en termes d'équité

À la question « peut-on apporter des solutions aux problèmes d'équité et d'exclusion tout en maintenant un marché de l'assurance, dont on escompterait des bénéfiques, même s'il faut les relativiser, en termes d'efficacité ? », la réponse est clairement négative. Les aménagements de la concurrence que l'on peut voir à l'œuvre dans les différents pays semblent peu adaptés :

- ils peuvent conduire à renforcer les pratiques d'écrémage s'ils imposent des tarifs trop uniformes ;
- quand ils imposent la solidarité de manière coercitive, ils vident la concurrence de ses incitations positives à l'efficacité.

Un exemple particulièrement illustratif est celui de l'assurance privée (pour les personnes dont le revenu est supérieur au plafond) aux Pays-Bas. L'État a été amené à réglementer de façon croissante ce marché afin de tempérer les effets pervers de la concurrence en termes d'accès. En particulier, les assureurs sont obligés d'offrir un contrat dont la prime est plafon-

née à des personnes à haut risque et la loi impose aux autres assurés du privé une contribution supplémentaire destinée à financer le déficit sur ces contrats. Ceux-ci couvrent à l'heure actuelle environ 15 % de la population qui s'assure auprès d'une compagnie privée, et génèrent 45 % de leurs dépenses de santé. Dans les faits donc, près de la moitié du marché échappe à l'assurance privée tarifée au risque. Cette intervention de l'État a abouti à ce que les assureurs, qui couvrent une population aisée, n'assurent de surcroît que les bas risques au sein de cette population. Ils ne sont donc guère motivés à gérer de manière coût-efficace le risque des personnes couvertes puisque, si le niveau de risque d'un assuré évolue, ils sont déchargés de leur responsabilité.

Des problèmes d'équité et d'exclusion insolubles, pour une efficacité non garantie compte tenu de la nature particulière du bien santé : la privatisation de l'assurance-santé apparaît une piste peu prometteuse. En France, en tout état de cause, on relève une large convergence autour de l'idée que ce type de concurrence serait néfaste. Les débats se concentrent en réalité sur la seconde forme de concurrence évoquée, dans lequel le rôle de l'assureur est restreint à une fonction « d'acheteur » ou « d'entrepreneur de soins ».

La concurrence entre « acheteurs-entrepreneurs de soins »

Dans cette version de la concurrence entre assureurs, le paiement de la prime et le choix de l'assureur sont déconnectés. Le système continue à être financé par des contributions collectées par la puissance publique, fondées sur les revenus (et non pas liées au risque de l'individu), afin de garantir l'équité du système. L'assureur est un opérateur intermédiaire, qui organise la prise en charge des patients abonnés chez lui au sein d'un réseau de médecins, d'établissements de soins, ... Pour assurer cette prise en charge, il reçoit une rémunération forfaitaire du financeur public, reflétant le mieux possible le coût actuariel de l'individu.

Plus que la concurrence complète entre assureurs, c'est cette forme de concurrence restreinte qui est considérée, dans certains pays européens, comme une voie de réforme possible du système de santé.

La concurrence restreinte est-elle en mesure d'améliorer le fonctionnement de notre système de soins, sans tomber dans les travers de la concurrence complète entre assureurs, à savoir la discrimination entre riches et pauvres, et entre bons et mauvais risques ?

La fonction d'entrepreneur de soins

On peut reformuler la question différemment en s'interrogeant sur ce que l'on attend d'assureurs en concurrence dans un tel cadre.

La conviction est aujourd'hui largement répandue qu'au-delà des comportements individuels des médecins et des patients, les sources d'inefficience renvoient à des problèmes d'organisation, de coordination,

de gestion des processus de soins. La complexité de la prise en charge des patients, la multiplicité des intervenants et leur spécialisation croissante, les cloisonnements institutionnels, la relative inorganisation de notre système (très grande liberté tant du côté des producteurs que des consommateurs) ne conduisent pas spontanément à optimiser les processus de soins, tant en termes de qualité (continuité et coordination des soins) que de coût (soins inutiles, redondants...). Cette idée n'est pas neuve et on la retrouve à l'œuvre dans les projets de réseaux ou de filières.

La difficulté, c'est en effet que dans notre système, aucun acteur n'est responsabilisé sur la prise en charge globale d'un patient donné.

C'est donc bien ce rôle d'opérateurs intermédiaires que proposent de jouer les assureurs, ce rôle « d'entrepreneurs de soins », incités à la fois à réduire les coûts et à améliorer la qualité pour gagner des adhérents, et mettant en œuvre pour ce faire l'ensemble des outils de la gestion du risque entendue au sens large, c'est-à-dire tous les outils du « managed care » américain.

Dès lors la question n'est pas « la concurrence est-elle souhaitable ? », mais bien : « les assureurs en concurrence sont-ils mieux à même que le monopole public d'exercer cette fonction d'entrepreneur de soins ? Avec quels risques ? Y a-t-il d'autres formes organisationnelles possibles ? ».

Au passage, plus d'organisation et d'ingénierie dans le système de soins signifie nécessairement, d'une manière ou d'une autre, plus de contraintes pour les producteurs de soins et/ou pour les patients ; l'idée avancée par les promoteurs de la concurrence entre acheteurs en France selon laquelle cette concurrence se ferait sans conséquence pour les médecins et les patients n'est pas tenable, sauf à considérer que les opérateurs ne jouent qu'un rôle de tiers payeur passif, auquel cas on ne voit guère l'avantage de cette formule.

Rappelons également qu'il faut comparer des choses comparables, donc des formes organisationnelles (concurrence ou monopole) disposant potentiellement des mêmes outils.

Bilan des expériences étrangères

Que nous apportent les expériences étrangères ? En premier lieu, l'introduction de la concurrence aux Pays Bas et en Allemagne est encore embryonnaire en termes de capacité des caisses à peser sur l'offre de soins et donc à jouer ce rôle d'entrepreneur. La principale expérience reste donc celle des HMOs aux USA, dont on a vu qu'elle mêlait concurrence entre entrepreneurs et concurrence entre assureurs. De cette unique expérience on peut tirer que :

- Les assureurs opérant avec des réseaux de soins — et surtout des réseaux fermés de type HMOs — ont indéniablement obtenu des résultats en termes de réduction des coûts, notamment sur l'hospitalisation et les traitements et examens coûteux, grâce à l'organisation de filières de soins, à

l'utilisation de référentiels de pratique médicale, à la sélection des médecins (mais la tendance est aujourd'hui à l'élargissement des réseaux), à l'ajustement des capacités d'offre aux besoins. Ils ont fait preuve également d'une capacité à peser sur les tarifs des producteurs, et à gérer le « capital santé » des patients en investissant plus souvent dans la prévention. En revanche rien n'indique cependant que la concurrence puisse brider l'inflation médicale sur le long terme.

- La dégradation de la qualité des soins, souvent évoquée comme prix à payer pour cette élimination des dépenses inutiles, ne semble pas être une conséquence générale de l'introduction du managed care. Les résultats sont en effet mitigés : lorsque l'on compare des HMOs à des systèmes d'assurances traditionnelles, on a selon les cas des résultats favorables ou défavorables aux uns ou aux autres. On peut cependant noter que les mauvaises performances des HMOs concernent notamment les populations les plus vulnérables (personnes âgées, patients atteints de troubles psychiques) qui sont moins à même d'exercer un rôle de consommateur averti et exigeant et reçoivent plus souvent des soins de qualité dégradée. La question de l'information du consommateur, que l'on pourrait croire spontanément mieux organisée dans un système concurrentiel, reste posée (les développements récents conduisant à un foisonnement peu lisible pour l'assuré).

- L'impact de la concurrence sur les coûts des soins dépend fortement du contexte dans lequel elle s'exerce.

Tout d'abord, le rapport de forces existant au sein du système de soins conditionne la capacité des assureurs à peser sur les coûts unitaires des services fournis par les prestataires : des offreurs très excédentaires peuvent effectivement réduire leurs coûts unitaires face à des assureurs concurrentiels, mais, en revanche, une offre très cartélisée et puissante pourrait profiter de la concurrence entre assureurs pour augmenter sa rémunération.

Ensuite, la forme du HMO, à savoir un réseau de soins coordonnés avec contrat exclusif (le médecin ne soigne que des patients du réseau, l'assuré n'est pris en charge que s'il consulte dans le réseau), est la forme sur laquelle porte l'essentiel des études empiriques sur les performances du managed care. Or cette forme est en perte de vitesse : sous la pression de la demande, on assiste à un recul de l'intégration verticale et des réseaux fermés, au profit du développement de formes plus souples de « managed care ».

Il y a donc un certain décalage entre les résultats observés et la configuration actuelle de la concurrence. Or pour autant qu'on puisse en juger sur quelques exemples, les réseaux plus souples ont des performances moins bonnes que les réseaux fermés, ce qui est d'ailleurs conforme aux attendus théoriques (exemple de l'accouchement avec une durée de séjour réduite à un jour pour 80 % des femmes dans les HMOs et 40 % dans les autres plans).

On assiste même, dans les zones où la concurrence est la plus vive, à une évolution extrême, peu prévue par les promoteurs du « managed care », dans laquelle tous les plans conventionnent le plus grand nombre possible de producteurs de soins. On a peu de recul sur ces évolutions mais il est clair que les gains éventuels deviennent alors indépendants du contrôle exercé par l'assureur et ne peuvent provenir que d'actions au niveau des groupes de médecins : l'assureur assume de moins en moins sa mission d'entrepreneur de soins

Ce phénomène est renforcé par la tendance croissante des assureurs à transférer le risque financier sur les groupes médicaux avec lesquels ils contractent : dès lors, ce sont les groupes de médecins qui assurent alors cette fonction « d'entrepreneur de soins », l'assureur devenant un simple intermédiaire.

La concurrence entraîne en outre des coûts importants, de transaction et d'échelle, qui peuvent menacer les gains réalisés par la gestion du risque. Pour contrer cette menace, les assureurs ont recours à l'intégration horizontale, comme le confirme l'expérience américaine de ces dernières années ; cette intégration horizontale menace à son tour l'exercice même de la concurrence, en laissant finalement l'offre d'assurance aux mains de quelques compagnies géantes, dont la capacité à gérer le risque sans diminuer la qualité n'est pas nécessairement supérieure à celle du monopole public.

- Les coûts de régulation de la concurrence sont également très élevés (contrôle de la qualité, tarification ajustée au risque, réglementation), comme le montre l'expérience américaine mais aussi celle des Pays-Bas. Il est illusoire de croire que la compétition se substitue à la régulation : il s'agit d'une autre forme de régulation, largement aussi complexe.

- La concurrence entre des assureurs, même restreinte au sens ici évoqué, entraîne toujours un risque de sélection et, partant, de discriminations : en fait, dès que l'assureur est rémunéré par un paiement prospectif forfaitaire pour fournir des soins, il est incité financièrement à ne les fournir qu'aux bons risques et donc à pratiquer l'écémage.

Il est totalement illusoire de croire, comme il arrive souvent en France, qu'une pondération des forfaits sur un ou deux critères simples, comme l'âge et le sexe, suffit à éliminer ce problème. Toutes les études montrent que ces critères ne capturent qu'une très faible part de la dispersion des coûts, et les exemples concrets aux Pays-Bas et dans le système Medicare aux États-Unis montrent que ce problème de la sélection des risques n'a rien de théorique. À âge et sexe identiques, les patients Medicare qui choisissent les HMOs sont en meilleure santé que ceux qui restent dans le système traditionnel. Qu'il s'agisse d'ailleurs de pratiques volontaires d'écémage de la part des assureurs ou de phénomènes d'auto-sélection spontanée de la part des assurés, le résultat est de créer une rente pour les assu-

reurs, qui ne dépend en rien des efforts qu'il font pour mieux gérer, ce qui est socialement contre-productif.

Ce risque de sélection ne concerne pas que les assureurs. Il existe dès lors qu'il y a paiement prospectif, par exemple pour un médecin ou un hôpital (cf. les débats sur ce thème suscités par les projets de tarification par groupe homogène de malade pour les cliniques privées). Mais il existe un risque spécifique aux assureurs : si une part non négligeable de la dépense de soins échappe au régime de base, l'assureur pourra réintroduire les mécanismes et les défauts de la fonction d'assurance, en liant des rabais sur les primes de ses complémentaires à l'inscription dans son réseau de couverture de base. C'est ce que font les plans en concurrence sur Medicare.

On peut donc au total, sur la base de l'expérience américaine, s'interroger sérieusement sur le rapport bénéfice-risque d'une mise en concurrence des assureurs. Des bénéfices existent mais ils dépendent du contexte de mise en concurrence, et la dynamique actuelle du marché conduit à s'interroger sur leurs limites. Des dangers existent pour les populations les plus vulnérables ; ces dangers sont inévitables en matière de sélection des risques, problème pour lequel aucune régulation du marché, même complexe, n'a trouvé de solution satisfaisante.

Le généraliste entrepreneur de soins

Mais les assureurs sont-ils les seuls opérateurs possibles ? Ne peut-on trouver d'autres formes organisationnelles pour développer cette fonction « d'entrepreneur de soins » ? L'expérience britannique fournit, dans le contexte concurrentiel même, une alternative intéressante de développement de la fonction d'entrepreneur de soins à partir des producteurs de soins eux mêmes : les généralistes gestionnaires de budget (General Practitioners Fundholders, GPFH). En effet, en choisissant les prestataires de second recours (spécialistes, examens complémentaires, hospitalisation), en négociant les prix et la qualité des services qu'ils achètent, en organisant non pas seulement leur propre pratique mais l'ensemble de la filière de soins du patient, sur laquelle ils sont responsabilisés financièrement, ils exercent bien une fonction de coordination et de gestion des soins pour le compte du patient, ils jouent ce rôle d'entrepreneurs décrit ci-dessus.

De cette expérience, on tire les enseignements suivants, qui ne sauraient être définitifs, tant le recul de l'expérience est faible. Il est notamment difficile de séparer, dans les résultats constatés, ce qui ressort de la sélection des généralistes (seuls les « meilleurs » ou les plus chers font partie de l'expérience) et ce qui ressort de la capacité d'ensemble du système à évoluer.

La réforme a effectivement poussé les généralistes à mieux gérer leur budget de prescription. En effet, les GPFHs ont réussi à diminuer les dépenses en médicaments, en augmentant la part de génériques, et en rédui-

sant les volumes globaux consommés. Comme dans le cas des HMOs, il s'agit là aussi d'un gain une fois pour toutes et non d'un infléchissement de l'inflation.

Le système semble moins coûteux en termes d'équité et de qualité que la concurrence entre HMOs. De premiers indices semblent montrer que le système du GPFH n'a pas donné lieu à l'écroulement systématique des mauvais risques, et que les médecins bénéficiaires ont réinvesti leurs gains en qualité et en services supplémentaires. En outre, par construction, le généraliste gestionnaire de budget ne peut porter la concurrence sur les produits d'assurance complémentaire et réintroduire les effets néfastes de la concurrence entre assureurs, comme le font les HMOs (par exemple sur Medicare).

Le paiement prospectif joue un rôle aussi important que la concurrence pour faire évoluer un système vers plus d'efficacité productive : ces effets ont été obtenus alors que les GPFH sont soumis au paiement prospectif, mais à une menace concurrentielle somme toute assez faible.

Par ailleurs, les évolutions récentes tant aux États-Unis qu'au Royaume-Uni semblent montrer l'émergence d'une forme organisationnelle alternative, celle de réseaux de producteurs responsabilisés financièrement et assurant cette fonction « d'entrepreneurs de soins ».

- Aux États-Unis, il est frappant de constater que le mode émergent et innovant de HMO est constitué par les « Provider Sponsored Organizations » (PSOs), qui sont des réseaux de producteurs traitant directement avec les acheteurs que sont les employeurs d'une part, Medicare d'autre part ; il y a beaucoup de débat pour savoir si ces formes organisationnelles ont la capacité gestionnaire nécessaire, mais certains exemples semblent montrer qu'elles ont des résultats parfois spectaculaires en matière de maîtrise des coûts.

- Au Royaume-Uni, il est intéressant de noter qu'à partir d'un système reposant sur la responsabilité individuelle des producteurs (GPFH), dans certaines zones les fundholders ont créé des groupes pour fonctionner en réseau et mettre en commun une partie de leur capitation pour se bâtir des outils de contrôle de la qualité ; on retrouve donc, à partir d'une dynamique inverse, le résultat de réseaux de producteurs.

- En Allemagne, des réflexions ont lieu semble-t-il également sur la possibilité de passer du système des budgets individuels actuels (qui avait lui-même succédé à une enveloppe collective) à un paiement forfaitaire à des réseaux, donc un niveau intermédiaire.

Cette formule de coordination, émanant des professionnels, pourrait être porteuse d'une meilleure organisation du processus de soins, et d'un meilleur rapport coût/qualité du système. Il faudrait bien entendu des réseaux beaucoup plus structurés que ne le sont aujourd'hui les réseaux expérimentaux, responsabilisés financièrement par un paiement prospectif par patient. Mais

on peut penser qu'alors une contractualisation, éventuellement peut-être au niveau régional plutôt que national, pourrait être envisagée sans que l'intermédiaire d'un opérateur de type assureur soit nécessaire (au passage, si, comme le montre l'évidence empirique, l'assureur transfère de plus en plus le risque sur les producteurs, on peut s'interroger sur son utilité : c'est d'ailleurs le raisonnement qui a abouti à l'émergence des PSOs aux États-Unis).

Cependant, la concurrence entre des réseaux de producteurs pose elle aussi des problèmes, d'équité, d'organisation et de capacité :

- elle n'exonère pas du problème de la sélection des risques, inhérent à toute « responsabilisation financière » par paiement forfaitaire, et de sa nécessaire régulation. Ceci pose également le problème de la taille du réseau, qui ne doit pas être trop restreint, car alors la tentation de l'écramage est forte, mais ne doit pas non plus être trop vaste pour éviter la dilution des responsabilités ;

- organiser et gérer les soins suppose une capacité à extraire et traiter l'information, ce qui requiert d'une part des capitaux financiers pour s'équiper en moyens, d'autre part des compétences et du temps à consacrer à l'organisation.

Conclusion

À l'issue de ce passage en revue des arguments théoriques et de quelques expériences étrangères, nous tirons les enseignements suivants :

- La concurrence est une des solutions organisationnelles possibles à l'élaboration d'une fonction d'entrepreneur de soins. L'expérience américaine montre qu'il est possible d'engranger des gains de productivité sur les processus de soins, sans dégradation systématique de la qualité (mais avec un risque pour les populations les plus vulnérables). Mais la dynamique actuelle de l'évolution du marché, avec des réseaux de plus en plus larges, des concentrations massives, des transferts du risque financier sur les médecins, conduit à douter que dans les formes les plus évoluées de concurrence, les assureurs continuent à exercer réellement leur rôle d'entrepreneur de soins. Le recul est faible sur l'expérience britannique et les résultats moins spectaculaires, mais l'on observe là aussi une dynamique de réduction des coûts et d'amélioration de service. Dans les deux cas, les gains sont semble-t-il de court terme.

- L'introduction de la concurrence ne suppose nullement un moindre degré de la régulation du système de soins par la puissance publique : l'établissement et le contrôle d'entrepreneurs de soins intermédiaires requiert, de la part du régulateur, la définition des biens et services couverts, l'évaluation de la capitation payée aux entrepreneurs de soins, le contrôle de la qualité du service rendu, l'admission de nouveaux entrepreneurs et les sanctions contre les entrepreneurs déficitaires.

- La concurrence n'est théoriquement pas la seule forme organisationnelle permettant d'envisager l'élaboration de cette fonction d'entrepreneur de soins, même si elle est la seule à avoir été sérieusement essayée, et donc étudiée dans le présent travail : il n'est pas certain que la concurrence réalise un choix optimal sur les trois objectifs, partiellement contradictoires, que doit viser une réforme du système de soins : amélioration de la gestion du risque, diminution des coûts y compris de gestion, équité. Il conviendrait notamment, avant de se prononcer, de simuler les conséquences de formules d'aménagement du monopole, encore peu expérimentées, telles que le marché interne contestable ou la concurrence simulée (« yardstick competition ») qui consiste à maintenir des monopoles publics locaux en les responsabilisant financièrement.

- Au sein même de l'option concurrentielle, il existe de notables différences entre la concurrence entre assureurs d'une part, et la concurrence entre des généralistes gérant les soins secondaires de leurs patients d'autre part. La différence principale est que la concurrence entre assureurs, même restreinte, peut poser des problèmes d'équité plus graves, pour peu que la couverture de base ne couvre qu'une partie des dépenses de soins : des assureurs vendant simultanément de la couverture complémentaire et les prestations de base ont plus de latitude que des réseaux de producteurs pour faire jouer la concurrence sur le montant total de la prime d'assurance-maladie. Ce problème se pose aussi en dynamique : un système de concurrence restreinte entre assureurs peut dériver vers la concurrence complète pour peu que les prestations couvertes par la sécurité sociale représentent une part de plus en plus faible de l'ensemble des biens disponibles dans le domaine des soins.

- Les évolutions récentes tant aux États-Unis qu'au Royaume-Uni semblent montrer l'émergence d'une forme organisationnelle alternative, celle de réseaux de producteurs responsabilisés financièrement et assurant cette fonction « d'entrepreneurs de soins ». Cependant, la concurrence entre des réseaux de producteurs pose aussi des problèmes d'équité, d'organisation et de capacité des professionnels à assumer ce rôle.

« Managed care », gestion du risque Quelques précisions sur les définitions

L'expression « managed care » est devenue si usitée qu'elle n'est souvent même plus traduite. Elle désigne aux États-Unis le développement d'une concurrence entre réseaux de soins organisés, qui mettent effectivement en œuvre des techniques de « gestion des soins », pour reprendre la traduction littérale.

La traduction littérale de « managed care » serait « gestion des soins ». Nous lui avons préféré le terme « gestion du risque », car il est utilisé en France, mais il convient de lever une certaine ambiguïté.

En effet ce terme recouvre aujourd'hui en France l'ensemble des instruments et des actions mises par les caisses d'assurance-maladie pour optimiser les dépenses remboursées, qu'il s'agisse d'instruments anciens (contrôles individuels des professionnels et d'assurés) ou plus récents (référentiels de pratique, actions plus systémiques de sensibilisation, ...), au niveau local ou national (conventions avec les professionnels).

Dans l'esprit de ce rapport, nous donnons au vocable de gestion du risque un sens plus large, qui englobe tous les leviers d'action imaginables, qu'ils soient ou non actuellement du ressort des caisses d'assurance-maladie françaises : sélection des professionnels, négociation des tarifs, des modes de rémunération, référentiels de pratique et protocolisation des soins, éducation sanitaire, organisation de filières de soins, contrôle du bien-fondé des hospitalisations, objectifs de durées de séjour, innovations organisationnelles portant sur les processus de soins et de prévention, etc.

Singapour a mis en place les Medical Savings Accounts, compte d'épargne santé. Chacun paye une cotisation obligatoire d'assurance-maladie, qui sert à acheter une couverture avec une franchise élevée ; on doit verser le reste de sa cotisation sur un compte bancaire, sur lequel on peut tirer pour se soigner, soi même ou les membres de sa famille. L'assurance a donc disparu pour les dépenses en deçà de la franchise. La médecine d'urgence gratuite est maintenue, des fonds spéciaux (obligatoires) couvrent les pauvres et les risques catastrophiques.

Chili : en 1980, la réforme du système de santé prévoit que chacun continue à verser une cotisation obligatoire, fonction du revenu, mais peut ensuite choisir librement son opérateur ; les assureurs ont le droit d'appliquer des tarifs actuariels. Les pauvres et les malades restent dans le système public, les riches et les bien portants optent pour l'assurance privée, qui traite 12 % des Chiliens et recueille 50 % des cotisations.

États-Unis : l'assurance privée concerne les salariés, qui s'assurent par l'intermédiaire de leur entreprise. Dans les années soixante-dix, les employeurs prenaient en charge généreusement les primes d'assurance, et celles-ci variaient peu en fonction du risque au sein de l'entreprise. Aujourd'hui, la tarification au risque (par âge au moins) se développe au sein même des entreprises, et les employeurs contribuent forfaitairement, à hauteur du plan le moins cher. En outre, les entreprises trop petites, ou jugées à risque, ne sont pas acceptées par les assureurs. Les salariés ont souvent le choix entre plusieurs plans, l'un, dit HMO, qui est un réseau de soins coordonnés fermé, l'autre, dit PPO, qui paye à l'acte, et laisse une plus grande liberté de choix au patient. Cependant, tous les plans contrôlent aujourd'hui les processus de soins et les consommations médicales des assurés.

Les salariés disposent de peu de moyens d'information pour prendre leurs décisions, et le marché semble très opaque ; on constate notamment que, plus la concurrence est dense, plus les primes varient à couverture donnée.

Pour les non salariés, l'État fédéral a mis en place des systèmes « gratuits » : les plus de 65 ans et certains handicapés sont couverts par Medicare, qui prend en charge 60 jours d'hospitalisation par an et 60 % des dépenses de séance de médecin. Le médicament n'est pas couvert, et fait l'objet d'un marché de l'assurance privée. Certains assurés Medicare, généralement les mieux portants dans une classe actuarielle, choisissent un HMO pour gérer leurs soins et leur assurance complémentaire.

Les pauvres avec enfants bénéficient de Medicaid, prise en charge gratuite de dépenses de base. Certains États achètent à des HMOs la prise en charge complète de la population bénéficiaire d'une zone géographique.

Allemagne : 9 % de la population (parmi les plus riches) sont couverts par le système privé, les autres relèvent de caisses publiques en concurrence. Le système de soins reste géré au niveau national, par les négociations entre unions de caisses et unions de médecins. Les caisses publiques agissent très peu en entrepreneurs de soins, pour peser sur les tarifs ou organiser les soins. Les assurés sont peu mobiles d'une caisse à l'autre. L'élément essentiel de la réforme jusqu'à présent, en termes d'assurance, a été de mettre en place un mécanisme de compensation des risques, abondamment critiqué, mais qui a permis de réduire notablement les écarts de primes.

Pays Bas : 37 % de la population (les plus riches) sont couverts par le système privé, pour le petit risque. Tout le risque catastrophique est socialisé. Les deux tiers les moins riches payent une cotisation proportionnelle au revenu, et choisissent, pour une durée d'un an, une caisse, qui gère leurs remboursements de frais de soins. Les caisses n'agissent pas réellement comme entrepreneurs de soins, car l'offre est peu dense, très puissamment organisée, et les pouvoirs publics n'ont pas renoncé à la maîtrise des outils de contrôle (tarifs notamment). En revanche, les Pays Bas ont mis en place un système à la fois complexe, et, semble-t-il, efficace, pour contrer les tentatives d'écroulement du risque de la part des caisses.

Résumé

Le rapport rédigé par Michel Mougeot, Professeur à l'Université de Franche Comté, ainsi que le complément de Béatrice Majnoni d'Intignano, Professeur à l'Université de Paris XII, dressent le bilan du système français de santé, et identifient les instruments économiques susceptibles de l'améliorer. La France consacre en effet près de 10 % de sa richesse à la santé, contre 8 % en moyenne dans les pays de l'Union européenne. Mais ce coût relativement élevé de la santé en France ne peut être considéré isolément, et doit au contraire être mis en relation avec les performances sanitaires et l'équité dans l'accès aux soins.

Ce sont là des problèmes difficiles, car la caractéristique économique fondamentale de la santé réside en effet dans les asymétries d'information entre demandeurs et offreurs, les premiers n'ayant pas la capacité d'évaluer la qualité des soins qui leurs sont prodigués par les seconds. Un tel contexte fournit certes de fortes justifications à l'intervention publique, mais selon des modalités dont le choix reste délicat.

En face du coût des soins, le rapport de Michel Mougeot met en évidence des performances sanitaires de la France dans la moyenne des grands pays industrialisés, avec quelques zones d'excellence comme l'espérance de vie des femmes, et des résultats insatisfaisants en matière de mortalité avant 65 ans. Le complément de Béatrice Majnoni d'Intignano affine ce diagnostic et souligne la priorité implicite du système de santé français en faveur de la médecine curative, qui permet d'obtenir de bons résultats dans des domaines comme les cancers, les maladies cardio-vasculaires ou les soins aux personnes âgées, mais au détriment de la prévention, d'où des performances médiocres dans certains domaines (morts maternelles, caries dentaires...).

En équité, le bilan du système de santé français est favorable, si on en juge par les écarts entre groupes sociaux dans le recours aux soins, qui se sont sensiblement réduits au cours des dernières années et sont aujourd'hui faibles. Toutefois, les décennies quatre-vingt et quatre-vingt-dix ont été marquées par le maintien de faibles taux de remboursement de certains biens médicaux (dentisterie, optique...) et par la mise en place du secteur à honoraires libres en médecine ambulatoire, qui ont entraîné un accroissement des inégalités dans ces domaines. Ces inégalités sociales se doublent

d'importantes inégalités entre régions dans les équipements hospitaliers, les dotations financières et les pratiques médicales.

La France n'est pas parvenue, contrairement à d'autres pays (Belgique, Canada, Danemark, Finlande, Italie, Norvège ou Pays-Bas), à infléchir significativement la part des dépenses de santé dans le PIB au cours des dernières années. Michel Mougeot remarque que les mécanismes d'allocation des ressources et de paiement des actes médicaux qui reposent pour l'essentiel en France sur des procédures centralisées — portant tant sur les quantités que sur les prix et les budgets — n'ont pas empêché la croissance rapide des dépenses de santé. Les procédures de budget global et de prix administrés ont eu pour effet de réduire les quantités produites et d'accroître les prix unitaires dans le premier cas (hôpital public), de pousser à la croissance des volumes dans le second (médecine de ville). Dans un contexte où l'offre de soins est excédentaire, les politiques de santé ont échoué à provoquer une baisse des prix unitaires et à résorber les capacités excédentaires.

À la lumière des développements récents de la théorie économique et des expériences étrangères, le rapport explore d'autres procédures de régulation. Il met d'abord en évidence, et de façon non ambiguë, la légitimité d'une intervention publique dans le domaine de l'assurance-maladie et de la production de soins, à la fois pour des raisons d'efficacité et d'équité. Il suggère cependant un meilleur équilibre des modalités de cette intervention entre les procédures centralisées et ce qui devrait être le fait de mécanismes incitatifs décentralisés.

Ce partage des instruments pourrait conduire ainsi à faire relever de la gestion centralisée :

- la définition des principes fondamentaux du système (refus de la sélection des risques, universalité de la couverture maladie, santé publique) ;
- la définition des normes (accréditation, règles de qualité, de sécurité et de bonnes pratiques médicales, évaluation économique des innovations, prévention) ;
- la diffusion de l'information en matière de coût et de qualité des offreurs de soins.

En revanche, il conviendrait de mettre en place à l'échelon décentralisé des mécanismes stables et crédibles d'allocation des ressources et de paiement, qui incitent les patients et les offreurs à réaliser des arbitrages coût/efficacité plus conformes aux intérêts de la collectivité. Les expériences étrangères montrent que la régulation des dépenses de santé gagne en efficacité à recourir davantage à des mécanismes de prix, dans le cadre d'une « concurrence organisée sur un marché réglementé ».

Michel Mougeot préconise notamment de recourir pour l'hospitalisation à des mécanismes de « concurrence par comparaison », comme des

tarifications forfaitaires par pathologie, ou de « concurrence pour le marché » au moyen d'appels d'offres. Dans le domaine de la médecine ambulatoire, il souligne les inconvénients de la rémunération des médecins à l'acte, qui pousse à multiplier les actes et les prescriptions, mais observe que la rémunération à la capitation, qui incite certes les praticiens à limiter le nombre d'actes, risque de diminuer la qualité des soins. Il propose la mise en concurrence des prestataires pour certains actes, comme l'échographie et la petite chirurgie, et une tarification des actes médicaux dégressive avec leur nombre. Il mentionne enfin la possibilité d'introduire à titre optionnel la formule du « médecin référent », tout en notant qu'elle ne prend son sens qu'accompagnée d'un mode de paiement à la capitation et d'une possibilité de gérer les actes induits (laboratoire, radiologie...).

Ces propositions constituent une alternative à la libéralisation du secteur, mais consistant à organiser un marché réglementé qui permette à l'assurance-maladie de jouer davantage le rôle d'un acheteur de soins. La mise en œuvre de telles règles suppose une plus forte responsabilisation des praticiens et donc une plus forte autonomie de gestion des hôpitaux. La même logique conduirait à fixer pour les produits pharmaceutiques des prix de référence en fonction du médicament le moins cher dans une classe thérapeutique donnée.

Yves Dimicoli, en introduction de la discussion, souligne son adhésion à l'objectif d'une régulation efficace des dépenses de santé, mais met en garde contre l'automatisme intellectuel qui résume le coût de la santé au poids des dépenses de santé dans le PIB, et néglige le rôle de l'insuffisance de la croissance dans le poids élevé de ces dépenses en France. Il insiste sur la nécessité d'une approche « systémique » de la santé qui, considérant la santé comme un des facteurs de la productivité du travail, ne « sépare pas la question de la régulation du système de soins de celle des rapports sociaux ». Ceci le conduit notamment à soulever la question de l'élargissement de l'assiette des cotisations patronales à la valeur ajoutée, sous la forme d'une modulation des taux.

Jean-Jacques Rosa partage globalement l'analyse de Michel Mougeot, mais en pondère différemment les arguments. Les individus sont ainsi selon lui moins irrationnels qu'on ne le pense généralement, comme le montre la corrélation très forte entre le niveau élevé des dépenses pharmaceutiques et le prix relativement bas des médicaments. À l'inverse, il estime que les coûts de la gestion publique de la santé, notamment de l'hôpital public, sont plus importants que ne le dit le rapport. Ces deux observations le conduisent à préconiser une séparation plus nette, dans la gestion de l'assurance-maladie, entre les fonctions d'assurance et de redistribution : une séparation entre le versement des cotisations d'une part, et la fourniture du service d'assurance d'autre part, laquelle devrait faire largement appel à la concurrence, permettrait de réduire les coûts actuels de la santé.

Tony Atkinson met en garde contre les conclusions hâtives que l'on peut tirer des données agrégées, qui ne renseignent pas directement sur l'origine d'un écart entre les coûts de la santé dans deux pays distincts. Ce dernier peut résulter des différences de prix ou de quantités consommées. De plus, il estime que l'argument général « d'asymétrie d'information » entre patients et médecins n'est peut être pas aussi décisif qu'on l'estime généralement. Il insiste enfin sur la dimension européenne des politiques de santé, la comparaison des coûts entre pays pouvant notamment aider à la régulation des différents systèmes de soins.

Summary

Regulation of the Health Care System

The report written by Michel Mougeot, Professor at the University of Franche Comté, and the analysis presented by Béatrice Majnoni d'Intignano, Professor at the University of Paris-XII, offer a precise evaluation of the French health care system, and indicate the economic mechanisms likely to improve it. France spends almost 10% of its wealth on health care, compared to an average of 8% for other countries of the European Union. This relatively high figure cannot however be considered in an isolated context. It must be viewed in conjunction with performances in health care and should also take into account the principle of equity in people's access to health care.

The problems involved are of course considerable, since the fundamental economic characteristic of health provision is that there is an asymmetry of information between those who are asking for health care and those who provide it. The former are not able to evaluate the quality of the care which is provided by the latter. Such a situation justifies the intervention of the public authorities. The form that such an intervention should take is a rather delicate subject.

Michel Mougeot's report points out that performances in France lie within the average range of those of the large industrialized countries with a few exceptions: some successful, such as the life-expectancy of women and some unsatisfactory, such as the death-rate before sixty-five. Further analysis submitted by Béatrice Majnoni d'Intignano specifies this diagnosis, emphasizing the fact that the French health care system implicitly gives priority to therapeutic medicine, thus managing to achieve some good results in areas such as cancer, cardio-vascular illnesses or care for the elderly, but

at the expense of prevention, where the results are poor in certain areas, such as maternal mortality during child birth or dental cavities.

As far as equity is concerned, the assessment of the French health care system is favorable, if one judges by the differences in the number of people belonging to different social groups using health care; these differences have shrunk significantly in the past years and are today quite small. The eighties and the nineties have however been decades marked by the continued existence of poor levels of reimbursement for certain branches of medical care, such as dentistry or ophthalmology, and by the emergence of a sector of private medical practice operating on the basis of the payment of non-regulated fees by patients, a development which has resulted in a widening of the inequalities in this area. Alongside the inequalities affecting different social groups, there has also been a significant rise in regional disparities, regarding the quality of hospital facilities, levels of funding, and the numbers of those engaged in medical practice.

Unlike other countries (such as Belgium, Canada, Denmark, Finland, Italy, Norway or Holland), France has not in recent years significantly modified the percentage of GDP spent on health care. Michel Mougeot points out that the mechanisms governing both the allocation of resources in health care and also the remuneration of the specific acts carried out by practitioners, mechanisms which in France are largely based on centralized procedures –bearing both on the number of health care suppliers and on the pricing and budgeting of the health care acts– have failed to prevent a rapid rise in health care expenditure. With regard to public hospitals, the procedures of global budgeting have produced a quantitative reduction in health care acts, and a consequent increase in the unit price. With regard to private practice, the fact that prices are fixed by the administration has encouraged an increase in the number of health care acts performed. In a context characterized by a surplus in the supply of health care, health care policies have failed to bring about a fall in unit prices and to eliminate the existing surplus capacities of health care supply.

In the light of recent developments in economic theory and of experiences in other countries, the report looks at other regulation mechanisms. It first of all clearly highlights the legitimacy of public intervention in the area of health insurance and that of health care, for reasons both of efficiency and of equity. The report does however suggest that the form taken by such an intervention should achieve a better balance between centralized procedures and the role which ought to be played by decentralized incentive mechanisms.

Such a reallocation of responsibilities could result in a system whereby centralized management would assume responsibility for the following policy areas:

- the definition of the fundamental principles governing the system: that there should be no selection of risks; universality of entitlement; the establishment of priorities in public health.

- the definition of standards relative to the following issues: the certification of the providers of care; quality, safety and proper medical practice controls; the economic evaluation of proposed innovations; issues in the field of preventive medicine.
- the circulation of information relative to the cost and quality of services offered by suppliers of medical care.

On the other hand, it would be appropriate to introduce at a decentralized level, stable and trustworthy mechanisms for resource allocation and for payments; indeed, patients and suppliers of health care would thus be inclined to decide about cost and efficiency in a way which would be more in accordance with the interests of the community. Experiences in other countries show that regulation of health care expenditure becomes more efficient whenever price mechanisms are more broadly applied within the framework of «competition based on the existence of a regulated market».

For care in hospitals, Michel Mougeot advocates either «yardstick competition», (for example, flat rates for various pathologies), or competition through tenders and auctions. As for ambulatory medical practice, Michel Mougeot underlines the drawbacks of a system in which doctors' fees are determined by the number of specific acts of health care which they perform because it favors a multiplication of consultations and prescriptions. He does however point out that payment by capitation, while it encourages practitioners to reduce the number of acts which they perform, does risk to deteriorate the quality of medical care. He advocates introducing competition for certain medical acts, such as ultra-sound and certain minor branches of surgery, and a scale of decreasing rates for payment of medical acts according to their number. Lastly, he mentions the possibility of having «referent general practitioners» as an option but considers that it would only make sense if it were associated with a capitation payment system and with the possibility for the «referent general practitioner» to manage and supervise subsequent medical acts (laboratory tests, X-rays, etc.)

Such proposals offer an alternative to the liberalization of the health sector. They imply organizing a regulated market in which health insurance would be allowed to perform more effectively its role as a purchaser of health care. Implementing such procedures would imply that medical practitioners be given a greater degree of responsibility and, consequently, that hospitals be managed with a greater degree of autonomy. This same logic would also lead the administration to fix the rates of pharmaceutical products according to the lowest-priced medicine in a given therapeutical class.

Yves Dimicoli, opening the discussion, states that he strongly agrees with the objective of promoting an effective regulation of health care expenditure, but warns against a sort of intellectual reflex which evaluates the cost of health care as a proportion of health care expenditures within the GDP, while neglecting the responsibility of the inadequacy of the country's

growth rate (so far as the increasing burden which health care represents in France is concerned). He insists on the need to adopt a «systemic» approach to health care, which, by considering health as a factor in the productivity of labor, «refuses to separate health care regulation from relations in the workplace and in society in general». He then raises the question of widening the base upon which employers' Social Security contributions are calculated so as to include value added, for instance.

Jean-Jacques Rosa agrees, on the whole, with Michel Mougeot's analysis but emphasizes the arguments differently. He considers that individuals are less irrational than they are usually said to be; for instance, there is a strong correlation between the high level of expenditure for pharmaceuticals and the relatively low price of drugs. On the other hand, he believes that the cost of the public management of health care, and in particular of the public hospital system, is greater than what is stated in the report. These two observations lead him to advocate a clearer separation in the management of health insurance between those functions which come under the heading of insurance and those which are redistributive in their intent: in other words, that a separation be made between, on the one hand, the payment of insurance contributions and, on the other, the provision of the particular service for which one is insured; the latter ought to be broadly opened up to competition, thus leading to a reduction in the current costs of health care.

Tony Atkinson warns against drawing conclusions from aggregate data which does not provide any direct information as to the origin of a disparity between health care costs in two different countries. It can be the result of differences in prices or in quantities consumed. Furthermore, he reckons that the general argument postulating the existence of an «informational asymmetry» between patients and doctors might not be as great as is generally estimated. Lastly, he insists on the European dimension of health care policies, pointing out that the comparison of costs in different countries could, in particular, help regulate the various systems of health care.

PREMIER MINISTRE

Conseil d'Analyse Économique

Hôtel de Broglie 35 rue Saint Dominique 75700 PARIS
Télécopie : 01 42 75 76 46

Cellule permanente

Pierre-Alain Muet

Conseiller auprès du Premier ministre
Représentant du Premier ministre au Conseil d'Analyse Économique

Hélène de Largentaye

Secrétaire Générale

01 42 75 76 13

Dominique Bureau

Conseiller scientifique
Membre du CAE

*Fiscalité
Politiques structurelles*

Gilbert Cette

Conseiller scientifique
Membre du CAE

*Conjoncture
Réduction du temps de travail*

Laurent Caussat

Conseiller scientifique

*Santé
Protection sociale*

Sylvie Hel-Thelie

Chargée de Mission

*Questions européennes et
internationales*

Laurence Tubiana

Chargée de la Mission
'Développement durable'
par le Premier ministre

*Environnement
Négociations commerciales
multilatérales*

Olivier Davanne

Membre du CAE
Chargé de la Mission
'Système financier international'
par le Premier ministre

*Retraites
macroéconomie*

Christine Carl

Chargée des Publications

01 42 75 77 47
c-carl@cab.premier-ministre.gouv.fr

Katherine Beau

Documentation

01 42 75 77 40
k-beau@cab.premier-ministre.gouv.fr

