



L'organisation du système de soins français : éléments de mise en perspective économique

Dominique Bureau et Jacques Eposito



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/economiepublique/1888>
ISSN : 1778-7440

Éditeur

IDEP - Institut d'économie publique

Édition imprimée

Date de publication : 15 décembre 1998
ISBN : 2-8041-3042-8
ISSN : 1373-8496

Référence électronique

Dominique Bureau et Jacques Eposito, « L'organisation du système de soins français : éléments de mise en perspective économique », *Économie publique/Public economics* [En ligne], 02 | 1998/2, mis en ligne le 12 février 2007, consulté le 01 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/economiepublique/1888>

public economics
économie publique

Revue de l'**Institut d'Économie Publique**

Deux numéros par an

n° 2 – 1998/2



© De Boeck & Larcier s.a. 1998
Département De Boeck Université
Paris - Bruxelles

Toute reproduction d'un extrait quelconque de ce livre, par quelque procédé que ce soit, et notamment par photocopie ou microfilm, est strictement interdite.

Imprimé en Belgique

D 1999/0074/138

ISBN 2-8041-3042-8
ISSN 1373-8496

économiepublique sur internet : www.economie-publique.fr

© Institut d'économie publique – IDEP

Centre de la Vieille-Charité

2, rue de la Charité – F-13002 Marseille

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

La revue **économie**publique bénéficie du soutien du Conseil régional Provence-Alpes-Côte d'Azur

ISSN 1373-8496

L'organisation du système de soins français : éléments de mise en perspective économique

Dominique BUREAU

C.A.E., Paris

Jacques ESPOSITO

GREQAM, Marseille

La croissance tendancielle des dépenses de santé après-guerre résulte principalement des cinq facteurs que sont : la réduction des rationnements dans l'offre de soins, le progrès technique, l'élargissement de l'accès aux soins, associé à l'extension de leur couverture par des systèmes d'assurance publics, l'élévation du niveau de vie et l'organisation, enfin, du système de soins. L'attention portée à ce dernier terme, pour en améliorer l'efficacité, motive les réformes engagées dans la plupart des pays développés (Bloch, Ricordeau (1996), Mac Farlan, Oxley (1995)).

La réforme engagée en Avril 1996 par le gouvernement Juppé s'inscrit dans ce mouvement général. Elle modifie, tout d'abord, l'organisation générale et le partage des responsabilités dans notre système de sécurité sociale, la révision constitutionnelle de février 1996 et la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, établissant un dispositif nouveau visant à y établir une cohérence financière. Les ordonnances du 24 avril 1996 définissent par ailleurs de nouvelles règles pour la médecine de ville et l'hôpital, et étendent la notion de maîtrise médicalisée :

- pour la médecine de ville, l'élément principal concerne l'encadrement des dépenses des médecins avec la « fermeture » de l'enveloppe les concernant, et la mise en place voulue de mécanismes de reversement en cas de dépassement. La

possibilité d'expérimenter des filières et réseaux de soins est aussi ouverte ;

- l'ordonnance relative à la maîtrise médicalisée prévoit le codage des actes et la transmission, à tous les organismes d'assurance-maladie concernés, des prescriptions et des pathologie diagnostiquées, via le réseau santé social mis en place en même temps que le nouvelle carte informatique d'assuré social Sésame — vitale. Ce nouvel instrument doit permettre l'évaluation, par le service de contrôle des caisses, de la qualité médicale et économique des prescriptions, la nature et le montant des prescriptions de chaque médecin pouvant être comparés avec les normes préétablies que sont les références médicales opposables (RMO) ou les indications médicamenteuses ;
- l'ordonnance relative à l'hospitalisation crée les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), qui regroupent les pouvoirs en matière d'hospitalisation, des services extérieurs de l'État et des Caisses Régionales d'Assurance-Maladie. Celles-ci doivent conclure avec les établissements publics ou privés des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Ces agences, placées sous la tutelle des ministres de la santé et de la sécurité sociale sont chargées de la planification et de l'allocation des financements aux établissements de la région. Elles fixent la carte sanitaire et le montant de la dotation globale annuelle de chaque établissement : sous forme de dotations globales aux Hôpitaux de la région, en fonction des besoins de la population traduits par le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale (SROSS) et l'activité de l'établissement ; après conventionnement et sous forme de paiement à l'acte, sous contrainte de respecter l'Objectif Quantité Régional (OQR), pour les établissements privés. L'Agence peut également demander à des établissements publics de santé de conclure une convention de coopération, ou la création de «groupements de coopération sanitaire», structure de coopération nouvelle permettant aux établissements publics et privés de mettre en commun certains moyens médico-techniques, médicaux et non médicaux dans le domaine des soins, tout en conservant leur autonomie. Cette ordonnance crée également un système d'accréditation des établissements de santé, sous la

responsabilité de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation Sanitaire (ANAES).

Dernier point de la réforme, la généralisation du Programme de Médicalisation des Systèmes Informatisés (PMSI), dans les cliniques privées comme dans les hôpitaux publics. Son utilisation doit permettre aux agences régionales de comparer la totalité des coûts des différents établissements publics et les prix facturés par les différentes cliniques pour un même type de pathologie traitée ou Groupe Homogène de malades (GHM).

Cette réforme, dont la mise en œuvre est progressive, et plus ou moins avancée selon les secteurs (Plassart, Ruprecht, 1997) n'a pas levé toutes les incertitudes sur la régulation de notre système de santé. Beaucoup de débats demeurent ouverts. On se propose ici d'y apporter des éléments d'éclairage économique et comparatifs. Les problèmes rencontrés en France apparaissent en effet communs à l'ensemble des pays développés. Leur complexité explique cependant la diversité des solutions retenues dans les réformes étrangères, qui ne fournissent donc pas de solution miracle ou « optimale », directement transposable.

1. L'architecture d'ensemble de la régulation de l'assurance-maladie

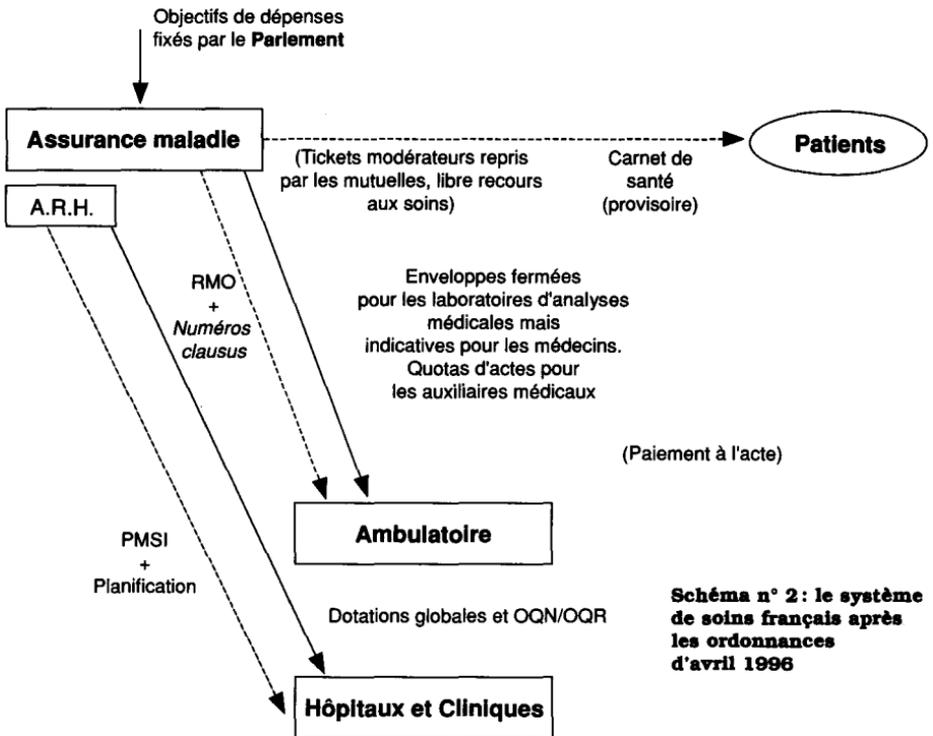
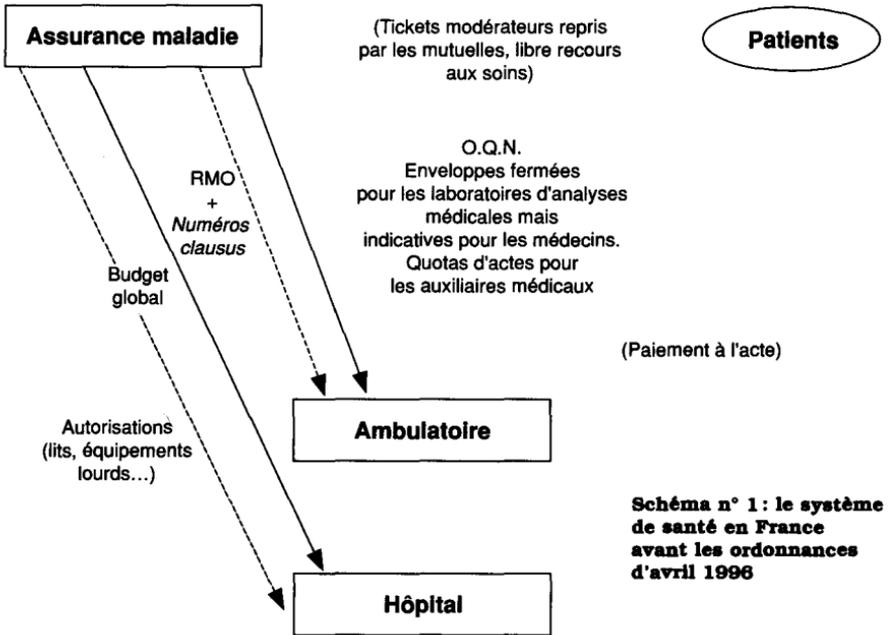
L'organisation institutionnelle des systèmes de santé ne se résume pas simplement, compte tenu de la diversité des intervenants concernés. On peut cependant mettre en lumière certaines de leurs caractéristiques principales en considérant deux dimensions : le partage des risques, et ses implications sur la formation de la demande de soins, entre patients et assurance maladie d'une part ; la structure du marché entre demande, offre de soins, de premier recours et de second recours d'autre part ; les schémas 1 et 2 décrivent, de manière synthétique, les modifications apportées par la réforme de 1996 au système de soins, suivant ces deux dimensions (assurance et demande dans l'axe horizontal, marché des soins verticalement). Ces schémas ne prennent en compte que les principaux acteurs à considérer : assurance-maladie, patients et offre, cette dernière étant décomposée entre médecine ambulatoire et hôpital, les autres soins de second recours appelant en effet des commentaires

similaires. Dans ces schémas, les flèches indiquent l'origine et sur quel acteur pèsent les contraintes, en distinguant les mécanismes de responsabilisation financière, et les instruments de contrôle plus « réglementaires », tels que le respect de normes ou l'agrément de prestataires.

La comparaison des deux schémas ne met pas en évidence de remise en cause de l'architecture d'ensemble, qui reste caractérisée par le principe d'une assurance publique, obligatoire, tendancielle-ment universelle ; et par le libre recours aux soins, et l'indépendance de leurs différents niveaux. En revanche, la réforme a développé les mécanismes d'encadrement financier et de contrôle, y soumettant pratiquement l'ensemble des acteurs, notamment les caisses et médecins.

Toutefois, le système français se distingue encore au niveau de la responsabilisation des assurés avec la possibilité pour les mutuelles de reprendre les tickets modérateurs de la sécurité sociale. Ceci va à l'encontre de la responsabilisation de la demande, notamment là où elle serait justement sensible. Certes, les prescripteurs déterminent l'essentiel des dépenses. Cependant les études expérimentales sur la demande de soins (Rand Experiment, Newhouse, 1993) montrent que, globalement, 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 (jusqu'à un certain seuil). Par ailleurs, la moitié de cet écart est obtenu en passant de la gratuité totale au ticket modérateur de 25 %. L'essentiel de la différence entre les montants de dépenses, qui n'affecte pas en général les indicateurs de santé (sauf pour des personnes cumulant faible revenu et handicap important en matière de vision, tension artérielle ou soins dentaires, mais qui peuvent être suivies par des programmes spécifiques) résulte de la fréquence des séances de médecin, puis dans une moindre mesure de celle des hospitalisations. Par contre, on n'observe pas de différence dans les montants de dépenses par visite. Le débat en France sur les niveaux de remboursement devrait donc appréhender différemment les séances de médecin, pour lesquelles les tickets modérateurs (effectifs) peuvent jouer un rôle incitatif, des dépenses mettant principalement en cause les prescripteurs qui renvoient à la régulation de l'offre.

Le schéma auquel on aboutit apparaît assez proche maintenant — ce qui n'était pas le cas auparavant — de l'organisation des soins



existant en Allemagne, et au Québec, qui recourent à des enveloppes fermées; dans une moindre mesure aussi, de Medicare aux États-Unis, (cf. Bureau, Esposito, 1996). En revanche on demeure dans le cadre d'une organisation « traditionnelle » où l'offre de soins de premier et second recours restent en particulier déconnectées.

D'autres réformes étrangères (cf. encadré) ont été beaucoup plus loin dans le recours à des mécanismes de mise en concurrence (Mougeot, 1994), soit au niveau de l'assurance elle-même (Plan Dekker aux Pays-Bas, loi fédérale Suisse de 1994), soit des soins de second recours (par le biais par exemple des médecins Fundholders britanniques qui gèrent l'achat de ces soins, suite à la réforme du NHS); où dans l'intégration verticale de l'offre de soins (dans les HMO et PPO américains, par exemple). Ces réformes sont intéressantes par la diversification des instruments d'incitations micro-économiques auxquels elles recourent, qui révèle en amont la nature économique des problèmes à résoudre pour maîtriser les dépenses de santé.

Éléments sur les réformes étrangères citées

L'idée-force de la réforme du NHS en Grande Bretagne a été la volonté de stimuler un véritable comportement d'acheteur pour les soins de second recours, en confiant aux médecins le rôle de faire jouer la concurrence. Les cabinets de médecins généralistes traitant plus de 7 000 patients ont pour cela la possibilité de recevoir en plus de leur rémunération par capitation, un budget global par patient, pour certains soins de second recours: consultations de spécialistes, examens médicaux et certains actes de chirurgie non vitale. Ces médecins prennent alors le statut de « fundholders ». Par ailleurs, les revenus des hôpitaux ne dépendent plus de budgets versés directement par l'État. Ils vendent leurs services, avec plusieurs sources de financement possibles: contrats avec les District Health Authorities, contrats avec les fundholders, et vente de service au secteur privé. Ces hôpitaux tendent à devenir des « fondations autonomes » à l'intérieur du NHS (NHS trust). Ils jouissent alors d'une grande indépendance en matière de recrutement de personnel, de contrats avec les « consultants » travaillant pour eux, et de gestion de leur patrimoine.

L'expérience engagée aux Pays-Bas par la réforme Dekker visait à conjuguer la mise en concurrence par les patients des assureurs publics ou privés (acheteurs de soins) et la mise en concurrence des offreurs de soins par les assureurs. Cette réforme envisageait la combinaison d'une assurance maladie obligatoire couvrant 85 % des dépenses, et d'une assurance complémentaire facultative pour les 15 % restants, les assurés étant libres de choisir leur assureur (public ou privé), avec cependant l'obligation de cumuler assurance de base et assurance complémentaire chez le même assureur. Pour l'assurance de base, l'idée était que les organismes

reçoivent par l'intermédiaire d'une caisse de péréquation des risques, un forfait de soins calculé en fonction de l'âge et du sexe de leurs assurés, financé par l'impôt et couvrant 75 % des dépenses, les 25 % restants provenant d'une cotisation individuelle.

Aux États-Unis, les « Preferred Provider Organizations » (P.P.O.) et les « Health Maintenance Organizations » (H.M.O.) offrent différentes versions de l'intégration verticale des soins ou de l'assurance maladie. Cette intégration ou « quasi intégration » concerne l'offre de soins pour les P.P.O. et le service de santé dans sa globalité (assurance et offre de soins) pour les H.M.O. Avec les P.P.O., les assureurs font jouer la concurrence entre offreurs de soins sur la base de propositions de prix, afin d'obtenir des fonctions préférentielles pour leur groupe d'assurés. Le fonctionnement des P.P.O. est en général celui d'une enchère, et leurs offreurs préférés sont retenus selon le critère de prix du moins disant. Si les patients décident de consulter un prestataire non agrémenté, ils subissent le coût d'un ticket modérateur plus élevé. Les H.M.O. offrent une gamme complète de services de santé en contrepartie d'un prépaiement forfaitaire, fixé annuellement en début de période, indépendamment du volume de service effectivement fournis. Le contrat peut être remis en cause chaque année. Le patient perd le libre choix de son médecin. Ce dernier étant associé au résultat financier de la H.M.O. est incité à fournir les traitements en tenant compte de leur coût.

2. Enjeux économiques

La reconnaissance du rôle essentiel des incitations est sous-jacent à l'ensemble de ces réformes des systèmes de santé, dont les acteurs sont sensibles en effet aux signaux économiques auxquels ils sont confrontés. Ainsi le décalage observé entre l'exercice quotidien de la médecine et les stratégies fondées scientifiquement, ne traduit pas toujours des comportements irrationnels des prescripteurs. Souvent il reflète simplement le fait que, pour ceux-ci, le coût d'un examen inutile est nul, et qu'il n'y a pas lieu pour eux de s'interroger sur l'ampleur des bénéfices obtenus en termes de gestion de l'incertitude diagnostique, par rapport à ce coût. Cette importance des incitations concerne les deux dimensions de l'analyse identifiées ci-dessus.

Sur le plan assurantiel, le problème rencontré avec la maladie est commun à l'ensemble des risques couverts par la protection sociale. Si les services et prestations offerts dans ce cadre constituent en effet des biens « essentiels », ils n'en demeurent pas moins déterminés par des comportements. Ce point a été négligé dans la

constitution de nos dispositifs d'État-Providence. Un volet important des réformes entreprises dans les systèmes de protection sociale des pays développés vise ainsi à y réintroduire des incitations plus satisfaisantes (Bureau, 1997, Mac Farland et Oxley, 1996). Pour la vieillesse et l'assurance chômage c'est principalement l'offre de travail qui est en jeu. Le cas de l'assurance-chômage montre cependant que l'assuré n'est pas le seul à responsabiliser, les comportements d'embauche et licenciement des entreprises étant aussi déterminants.

La spécificité de l'assurance-maladie est qu'elle ne verse pas seulement des revenus de remplacement. Elle fournit des services, dont l'offre doit de plus être régulée, car l'on ne peut dans ce cas laisser faire en général la concurrence sur le marché, compte tenu des risques sur la qualité que ceci impliquerait. À cet égard, les problèmes à résoudre sont similaires à ceux rencontrés dans l'ensemble de la gestion publique (Henry et al., 1997, Bureau, 1997) et dont l'analyse théorique a été développée notamment par Laffont et Tirole (1993). Si l'on veut être plus précis, il faut distinguer ici deux catégories de problèmes, les premiers que l'on qualifie d'économie politique, les seconds d'agence.

Comme l'observe Rochet (1996), la vision paternaliste d'un État bienveillant qui déciderait à la place des citoyens et dans leur intérêt a 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 pression se réclamant abusivement de l'intérêt général. Les mécanismes de contrôle établis par la réforme de 1996, qui confère notamment au Parlement un rôle d'orientation stratégique, et soumet l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale au contrôle de la Cour des Comptes, s'inscrivent dans cette perspective de meilleure gouvernance. Ils sont d'ailleurs unanimement considérés comme une bonne chose dès lors qu'ils vont dans le sens d'une meilleure répartition des tâches, et d'une responsabilisation de l'ensemble des acteurs concernés grâce au développement de contre-pouvoirs. Par problème d'agence, on entend le fait que les offreurs de soins, par exemple, disposent d'informations « privées », et peuvent ne pas agir dans l'intérêt collectif, ce qui nécessite de trouver des incitations adaptés pour orienter efficacement leur comportement.

Les asymétries d'information entre les différents acteurs sont au cœur des trois problèmes évoqués ci-dessus. Le développement des systèmes d'information (PMSI, carte Vitale) vise à les alléger. Quelques éléments de cadrage économique à ce sujet peuvent cependant éclairer

utilement la réflexion, et aider à sortir du faux débat entre maîtrise médicalisée et maîtrise comptable.

Tout d'abord les asymétries d'information ont nécessairement un coût, dont la forme la plus immédiate réside dans la complexité des systèmes d'information sur lesquels la réforme de 1996 compte s'appuyer. Bien évidemment ce coût ne peut servir d'excuse aux lacunes actuelles de notre système d'observation, qui demeure incapable de fournir les indications minimales sur l'activité et la structure des coûts des différents offreurs de soins pour qu'une véritable gestion puisse s'exercer.

En revanche, il faut évaluer rigoureusement les possibilités et limites d'une maîtrise des dépenses, qui reposerait essentiellement sur l'observation de la conformité des actes à des pratiques de référence normalisées, alors même que le problème (beaucoup plus simple) d'ajustement « en moyenne » d'enveloppes ou de forfaits sur les risques semble déjà difficile à bien résoudre. En effet, la variabilité des pratiques médicales mesure aussi la façon dont les médecins ajustent leurs décisions à l'hétérogénéité de leurs patients. Par ailleurs, il n'est pas possible de couvrir l'ensemble des pratiques par des connaissances scientifiques. L'idée suivant laquelle il suffirait de bien définir, et de faire appliquer, les bonnes pratiques médicales est ainsi séduisante mais beaucoup moins praticable qu'il n'y paraît.

Comme toute démarche réglementaire, la normalisation et le contrôle des pratiques génèrent inévitablement des « coûts », car une telle approche ne peut être assez flexible pour s'adapter à la grande dispersion des situations thérapeutiques dont les conditions précises peuvent souvent ne pas être observées de l'extérieur. Cette diversité des situations rend par ailleurs difficile la prise en considération d'éléments économiques dans l'élaboration des normes, qui risque donc de dériver vers le haut du fait de la crainte légitime de trop restreindre les examens, par exemple, dans certaines indications. En d'autres termes, alors que la bonne articulation entre normes et incitations économiques est en général que les premières fournissent des bornes minimales, traduisant les seuils à ne jamais dépasser, les seconds orientant les choix au delà, la réglementation tendrait là à déterminer les choix effectifs.

On peut certes imaginer multiplier les références, pour coller à la diversité des indications. Mais on bute alors, outre sur des coûts de gestion, sur le risque classique d'utilisation « à l'envers » des références,

entre lesquelles le prescripteur peut choisir en fonction de ses besoins. Enfin, il faut se rappeler qu'une simplification excessive dans l'évaluation des performances d'agents dont l'activité comporte de multiples dimensions aura comme corollaire une focalisation de ceux-ci sur les seuls éléments pris en compte dans ces mesures, au détriment d'autres objectifs, éventuellement plus difficiles à traduire sous forme d'information « dure », attention à la prévention par exemple. Admettant que la « bonne pratique » ou le « bon médecin » sont peut-être faciles à reconnaître, mais difficiles à identifier en termes statistiques, l'approche économique consistera à rechercher plutôt les incitations permettant que le prescripteur prenne les bonnes décisions, par ce qu'il en supportera en partie le coût social.

Cette approche ne supprime pas tout coût dû aux asymétries d'information, mais permet de rendre transparents les arbitrages à réaliser (qui existent d'ailleurs quel que soit le type d'instrument de régulation privilégié, et quelle que soit l'organisation générale du système d'assurance-maladie). Ces principaux arbitrages peuvent être illustrés dans le cadre des schémas utilisés ci-dessus :

- dans la dimension assurantielle, l'arbitrage est entre partage du risque et incitations. La prise en charge complète du risque supprime en effet les incitations des assurés à faire des efforts de prévention par exemple. Ceux-ci ne peuvent être suffisants que si l'assuré conserve à sa charge une certaine part du risque.
- dans la dimension de régulation de l'offre, en dehors des cas où la qualité du bien ou service considéré est assez homogène pour autoriser la concurrence pure par les prix (médicaments, programmes de dépistage), l'arbitrage principal est entre rentes, incitations à l'efficacité, et qualité. Concrètement, les formules de remboursement des coûts, par le biais du paiement à l'acte, n'incitent pas à maîtriser les coûts. En revanche, la forfaitisation, comme elle existe dans le NHS britannique, où le médecin est rémunéré par capitation et perçoit (s'il est « Fundholder ») une enveloppe pour les soins de second recours, pousse le prescripteur à minimiser les coûts, mais lui laisse la rente ainsi dégagée. Dans ce cas, le contrôle des pratiques doit pas ailleurs se focaliser sur la qualité — car le médecin peut avoir intérêt à relâcher ses efforts — et non sur les coûts, qui sont spontanément minimisés.

- enfin l'articulation entre les deux dimensions précédentes engendre un arbitrage spécifique à la régulation de la santé, entre efficacité de l'offre de soins et sélection des risques (Newhouse, 1996). Celui-ci peut être illustré à propos des HMO, qui permettent des gains d'efficacité productive dans la mesure où l'intégration verticale entre assureurs et offreurs de soins permet de responsabiliser ceux-ci aux coûts induits par leurs prescriptions, et où la concurrence entre filières discipline leur comportement. Mais le risque est que cette concurrence génère des phénomènes de sélection ou d'écrémage néfastes. Ce problème est en fait de portée générale. Dans le contexte hospitalier français, il peut prendre la forme par exemple de transferts de malades, visant à s'affranchir des cas les plus lourds de manière à respecter plus facilement la contrainte budgétaire.

L'existence de ces arbitrages à réaliser n'empêche pas que beaucoup peut-être fait, en diversifiant les instruments d'incitations, pour réduire ces conflits d'objectifs, et alléger ainsi le coût des asymétries d'information, entre l'assurance maladie d'un côté, et les prescripteurs et assurés d'autre part.

Typiquement, l'arbitrage entre risque et incitations peut-être facilité par l'introduction des mécanismes de coassurance. Leur fonctionnement peut-être illustré à propos de la responsabilisation de l'assuré aux coûts engendrés par son comportement, par le biais de tickets modérateurs ou de franchises. Mais l'analyse est symétrique pour le comportement des prescripteurs, (Ellis et Mc Guire, 1993), étant rappelé que, compte tenu de leur rôle dans la formation des dépenses, la responsabilisation de ceux-ci est essentielle. Elle apparaît ainsi naturellement au cœur des réformes étrangères évoquées.

Du point de vue de l'équité, la franchise présente l'intérêt de laisser jouer les incitations tant que la charge financière qui en résulte est supportable, avec une borne garantissant que les risques financiers supportés par les ménages à cause de leurs problèmes médicaux demeurent tolérables. Mais les deux instruments peuvent être combinés, ce qui permet d'élargir l'étendue des incitations.

L'analyse est identique pour la forfaitisation des rémunérations du côté des prescripteurs qui pousse ceux-ci à minimiser les coûts. De plus, les mécanismes appliqués au « Fundholders » dans le NHS illustrent la possibilité, de ce côté aussi, de combiner les

instruments puisque, dès que les frais entraînés par un patient dépassent 5 000 livres par an en traitements hospitaliers, les coûts supplémentaires sont pris en charge par le district.

En d'autres termes, la régulation du système de soins ne pose pas uniquement un problème de choix polaire entre public et privé. Quelle que soit la solution privilégiée, l'efficacité des instruments micro-économiques de régulation est importante, et elle conditionne la soutenabilité des solutions retenues pour l'architecture d'ensemble du système. En revanche, les atouts et inconvénients a priori des différents modes d'organisation ne sont pas les mêmes. Dans cette perspective, le tableau 1 établi par Marchand et Pestiau (1996), qui dresse une comparaison synthétique des avantages comparés des assurances publiques et privées, permet de mieux identifier les éléments qui constituent les avantages potentiels de notre organisation de l'assurance-maladie en France, et leurs contreparties, dont il faut contenir les inconvénients.

Tableau 1: **Avantages comparés des assurances publiques et privées**

	Assurance Publique	Assurance Privée
Antisélection	Non	Oui (génér.)
Redistribution entre classes		
1. de risque	Oui	Non (génér.)
2. de revenu	Oui	Non
Accessibilité aux soins de santé	Oui	Non
Risque moral	Oui	Oui
Type de contrats	Collectif; termes fixés politiquement	Individuel; termes sujets à renégociation
Adéquation aux préférences	Non	Oui
Frais administratifs	Faibles	Élevés
Passage clandestin	Non	Oui
Discipline de la Concurrence	Non	Oui

(source Marchand et Pestiau, 1996)

Dans ce tableau, l'assurance publique est créditée de l'avantage d'écarter la tentation pour certains de ne pas s'assurer. Mais ceci n'est pas déterminant dans la mesure où une alternative consiste à rendre simplement certaines assurances obligatoires. Les deux justifications principales à la mise en place d'une assurance sociale sont ainsi :

- l'impossibilité pour le marché d'offrir des contrats individuels de longue durée, écartant la tentation pour l'assureur de

modifier le contrat en fonction de l'évolution de l'état de santé de l'assuré, ou de l'évolution des coûts des thérapeutiques par exemple.

- l'impossibilité de réaliser des subventions croisées entre classes d'assurés, soit parce que l'assurance-maladie a des propriétés redistributives intéressantes (Henriet et Rochet, 1997), soit parce qu'en l'absence de telles subventions l'assurance des risques liés à la santé, soumise à des effets de sélection adverse, serait inefficace ou instable (Drèze, 1997).

Les inconvénients potentiels de cette organisation se situent du côté de l'adéquation de l'offre aux préférences, et de la maîtrise des coûts, en l'absence de la discipline de la concurrence.

3. La régulation de l'offre de soins en France

Notre système d'assurance maladie a été établi en privilégiant l'objectif de solidarité. Ce parti-pris est un choix politique. Mais il n'est soutenable, — comme le montrent les débats suscités par les propositions de réseaux d'assistance santé — que si l'on mesure bien qu'un tel système est intrinsèquement fragile du côté de la maîtrise des coûts, ou de l'adéquation aux préférences, et que l'on trouve des solutions satisfaisantes en ces domaines. Plus que son bilan instantané, qu'il ne faut peut-être pas noircir à l'excès, l'élément le plus inquiétant pour sa pérennité est donc que ce choix se conjugue jusqu'à présent avec l'absence de mécanismes micro-économiques incitant à une plus grande efficacité de l'offre de soins.

On a déjà évoqué pour la médecine de ville les enjeux à cet égard, de la rémunération à l'acte, du libre recours aux différents types de soins, et de l'absence de mécanisme de coassurance, au niveau des consultations notamment. L'option médecin « référent » ne modifie pas la donne à cet égard, et risque en fait d'accroître les coûts. Si l'idée de filtre d'accès est bonne en effet, et a démontré son efficacité à l'étranger, celle-ci n'est efficace qu'associée à des rémunérations assises principalement sur des formules de capitation, et que si les patients doivent consulter ce médecin en premier recours (ou y sont fortement incités), éléments qui demeurent ignorés.

En matière hospitalière, la définition d'Indices Synthétiques d'Activités (points ISA) a essentiellement été envisagé comme un moyen de réduire les disparités régionales. Ce processus n'a pas été conçu comme un instrument de concurrence par comparaison, visant à rapprocher l'ensemble des hôpitaux de la « frontière d'efficacité ». En l'état, les plus performants sont incités à demander plus ; les mieux dotés à trouver des justifications au maintien de cet état de fait ; et la procédure d'allocation des budgets reste fondamentalement une procédure budgétaire classique de « services votés », dans laquelle il faut éviter de révéler des gisements de productivité, car les objectifs futurs qui seront fixés deviendraient plus contraignants.

Enfin, on rappellera que les ordonnances de 1996 ne traitaient pas de la politique du médicament, à l'exception de la définition du générique. L'idée d'un remboursement sur la base du produit le moins cher — indépendamment de savoir si c'est un générique ou un princeps — pour un même principe actif avait alors été écarté.

Dans ce panorama, le refus de recourir à des mécanismes de marché, sous une forme ou sous une autre, apparaît caractéristique. Se limiter à cette observation risque cependant de caricaturer le problème, en le ramenant à un choix entre public et privé, alors que l'enjeu est d'introduire des mécanismes plus concurrentiels, et non le statut des offreurs : en médecine de ville ceux-ci sont déjà privés, et des réseaux de soins privés sans concurrence, n'auraient qu'un intérêt limité. Par ailleurs, ceci met l'accent sur le débat instrumental, alors que la lacune sous-jacente est plus générale : il manque dans notre système de soins la reconnaissance des rôles de régulateur et d'acheteur (au moindre coût à qualité donnée). L'absence de régulation des prix du secteur II procède ainsi de la même lacune.

Ces fonctions sont d'autant plus importantes dans le cas de la santé que non seulement la discipline de la concurrence pure « 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 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 (Bureau, Esposito, *op. cit.*).

Les incertitudes qui demeurent sur le rôle des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) sont ici illustratives. La définition de leurs missions entremêle en effet les deux logiques d'acheteur

et de gestionnaire de l'offre, qui en théorie renvoient à des questions différentes, la première ne devant considérer que les performances prix-qualité du service, et non l'organisation des moyens pour les atteindre qui relève de la seconde. Or, les ARH doivent réduire les inégalités de dotations et s'assurer que la structure des soins réponde aux besoins locaux, et passer des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les hôpitaux (qui doivent définir leurs orientations stratégiques à moyen terme et programmer l'évolution de leurs activités et organisation).

Privilégier la logique « acheteur » conduirait par exemple à envisager des procédures d'appels d'offre, y compris pour la réalisation de missions de service public telles que d'assurer le maintien d'une bonne accessibilité dans des zones peu denses ; ou à fusionner les deux enveloppes du public et du privé. En revanche, le décision de fermeture d'un établissement en fonction de son activité, ou la recherche de complémentarités entre établissements relèveraient du gestionnaire de l'offre.

Certes, la création des ARH permet d'unifier la tutelle et de la rendre ainsi plus efficace. Aussi bien l'expérience des autres secteurs du service public, que des réformes étrangères de la santé, suggèrent cependant que l'on ne peut se passer d'identifier les rôles d'acheteur et de régulateur et de bien séparer ces fonctions des autres, notamment de celle gestionnaire de l'offre. D'une part, l'acheteur est intrinsèquement faible dans ce cas puisque ce rôle n'est pas exercé par le patient mais délégué à l'assureur. D'autre part, il faut favoriser une concurrence efficace entre public et privé et dans certains cas réguler les prix, ce qui ne peut être fait que par une instance spécifique ayant suffisamment d'indépendance et de focalisation sur l'objectif d'efficacité pour éviter le piège qui consiste à essayer de piloter la structure du marché, qui conduit inévitablement à sa capture. Une telle clarification des rôles ne peut par ailleurs qu'accélérer le processus de modernisation de la gestion hospitalière qui suppose l'émergence de véritables responsables disposant - tant vis à vis de l'extérieur que de l'intérieur de - l'autonomie de gestion de, la maîtrise des moyens et de l'horizon, permettant d'engager des réformes. Ceci ne remet pas en cause la poursuite de missions de service public, qui peuvent recourir par exemple à des fonds spécifiques, mais pousse à la transparence dans leur mise en œuvre (cf. rapport du CAE sur Service Public et Secteur Public, CAE, 1997).

Conclusion

La réforme de 1996 va dans le sens d'une meilleure responsabilisation des acteurs de l'assurance maladie, grâce à l'établissement des lois de financement de la sécurité sociale, à la fermeture de l'enveloppe des médecins et au développement de systèmes d'information visant à réduire les asymétries d'information entre assurance-maladie et prescripteurs. L'architecture de notre système de soins se rapproche ainsi d'autres exemples étrangers.

Cependant, notre système se caractérise encore par la faible responsabilisation de la demande, et surtout l'absence d'incitations micro-économiques à une plus grande efficacité de l'offre de soins. Différentes formes de concurrence ou quasi-concurrence peuvent pourtant être utilement mobilisées dans cette perspective. Plus fondamentalement, il manque encore l'affirmation de fonctions de régulation et d'acheteur qui devraient être séparées de la gestion de l'offre publique de soins.

Bibliographie

- BLOCH L. et RICORDEAU P., La régulation du système de santé en France, *Revue française d'économie*, 1996, vol. XI, 1, pp. 87-146.
- BUREAU D. et ESPOSITO J., La régulation économique des dépenses de santé: réflexions sur la réforme britannique, *Revue française d'économie*, 1996, vol. XI, pp. 147-182.
- BUREAU D., Le remodelage de la protection sociale, Note pour le groupe protection sociale du C.A.E.
- BUREAU D., Le gouvernement des entreprises publiques, *Revue française d'Économie*, 1997, Vol XII, 2, pp 57-95.
- DRÈZE J.H., Sur la spécificité économique des soins de santé, *Économie et Prévision*, 1997, n° 129-130.
- ELLIS R., Mc GUIRE T., Supply-side and demand side cost-sharing in healthcare, *Journal of Economic Perspectives*, 1993, vol. 7, n° 4.
- HENRIET D., ROCHET J.-C., Régulation et intervention publique dans les systèmes de santé, Note pour le CAE, 1997.
- HENRY C. et Al., *Secteur public - service public*, Rapport au CAE, 1997.
- LAFFONT J.-J. et TIROLE J., *A theory of Incentives in Procurement and Regulation*, MIT, Press, 1993.
- MARC-FARLAN M., OXLEY M., Transferts sociaux: structure des dépenses, cadre institutionnel et réforme des systèmes, *Revue économique de l'OCDE*, 1996, n° 27.
- MAC FARLAN M. et OXLEY M., Réforme des systèmes de santé: maîtriser les dépenses et accroître l'efficacité, *Revue Économique de l'OCDE*, 1995, n° 24, pp. 7-62.
- MARCHAND M., PESTIAU P., l'État ou le marché dans l'assurance maladie, *Revue française d'Économie*, vol. XI, 1, 1996
- MOUGEOT M., *Systèmes de santé et concurrence*, Economica, Paris, 1994.
- NEWHOUSE J.-P., *Free for all? Lessons from the Rand health insurance experiment.*, Cambridge - Harvard. U. Press, 1993.

NEWHOUSE J.-P., Reimbursing Health Plans and Health Providers : efficiency in production versus selection, *Journal of Economic Literature*, 1996, vol. 34.

PLASSART A. et RUPPRECHT F., L'assurance maladie, deux ans après les réformes de novembre 1995, Note interne D3-97/200, Direction de la Prévision.

ROCHET J.-C., Les atouts et les limites des systèmes publics d'assurance maladie, *Revue française d'économie*, 1996, vol XII, pp. 183-189.

Résumé

La réforme engagée par le Gouvernement Juppé s'inscrit dans un mouvement général de réformes des systèmes de santé visant à mieux en maîtriser les dépenses. Cependant, les instruments pour atteindre efficacement cet objectif sont encore loin d'être en place. Les risques d'une approche abordant la question exclusivement en termes de planification ou de réglementation des comportements sont sous-estimés. Notre système se caractérise encore par la faible responsabilisation de la demande, et surtout l'absence d'incitations micro-économiques à une plus grande efficacité de l'offre de soins. Différentes formes de concurrence ou quasi-concurrence peuvent pourtant être utilement mobilisées dans cette perspective. Plus fondamentalement, il manque encore l'affirmation de fonctions de régulation et d'acheteur qui devraient être séparées de la gestion de l'offre publique de soins.

Abstract

Government Juppe's reform, based on global budget caps, aims at a better control of health expenditures. However centralized planning procedures and « rational healthcare management » are still favoured to achieve an efficient allocation of resources. The role of microeconomic incentives remains ignored. Cost-sharing or competition mechanisms should be reintroduced in both supply-side and demand-side. A systematic identification of the purchaser function is also needed.

Mots-clés

Réforme des systèmes de santé, Régulation de l'offre publique de soins, Asymétrie d'informations, Maîtrise des dépenses

Keywords

French health care reform, Regulation of health care supply, informational asymmetries, Budget caps

JEL

I11, I18