



Économie publique/Public economics

02 | 1998/2

Économie des systèmes de santé

Préface

Laurence Hartmann et Alain Leroux



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/economiepublique/1859>
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

Laurence Hartmann et Alain Leroux, « Préface », *Économie publique/Public economics* [En ligne], 02 | 1998/2, mis en ligne le 09 février 2007, consulté le 30 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/economiepublique/1859>

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

Préface

Laurence HARTMANN et Alain LEROUX

CRIDESOPE – GREQAM, Aix en Provence

Allouer les ressources de façon efficace, produire de la santé au moindre coût, garantir l'égalité d'accès aux soins, tels sont les objectifs assignés aux systèmes de santé. Parce que ces objectifs sont inséparables et souvent conflictuels, ils constituent autant de questionnements qui traversent le champ de l'économie de la santé. La santé étant un bien économique difficile à quantifier, présentant les caractéristiques d'un bien privatif non marchand, ces questionnements mobilisent les développements récents des outils d'économie publique.

Pourquoi combiner régulation publique et concurrence dans un système de santé? Comment y parvenir? Dans quelle mesure les expériences étrangères sont-elles susceptibles de guider le choix d'un modèle d'organisation, et quelle appréciation peut-on porter sur l'organisation française du système de soins? Quel est l'impact des mécanismes de régulation sur le comportement des offreurs? La recherche de l'efficacité se réalise-t-elle au détriment de l'équité? Telles sont les questions auxquelles les présentes contributions, exploitant la littérature microéconomique récente et les outils d'analyse empirique, apportent des éléments d'éclairage particuliers.

L'article de D. Henriet et J.-C. Rochet s'interroge sur « Les justifications de l'intervention publique dans les systèmes de santé » en distinguant les deux fonctions qui leur sont attribuées : la production de soins et la fourniture d'assurance. En matière d'offre de soins, la présence d'effets externes et d'asymétries informationnelles justifie le recours à des mécanismes de régulation dont le problème central est de déterminer les « bonnes incitations », au niveau de la relation économique soit patient-assureur, soit assureur-producteur, soit encore les deux avec la mise en place d'une concurrence. Concernant la fonction d'assurance, l'asymétrie d'information entre assureur et assuré

peut déboucher sur un phénomène de risque moral *ex ante* se traduisant par l'absence d'incitation à la prévention. Le palliatif réside alors en la conception de mécanismes de responsabilisation (ou de coassurance) sans qu'il y ait de justifications quant au statut privé ou public de l'assurance, ni à l'intervention publique. Il en va différemment pour ce qui relève de la sélection des risques par les assureurs, qui aboutit nécessairement sur l'exclusion des hauts risques du marché. L'introduction de la concurrence sur le marché de l'assurance maladie – et donc du financement actuariel du risque – est en effet contradictoire avec la conception d'une assurance de long terme ou *ex ante*, analogue à une simple opération de redistribution. De plus, une procédure de taxation des bas risques serait peu soutenable d'un point de vue opérationnel. Dans ces conditions, seule l'intervention publique, et notamment la fourniture publique d'assurance maladie, peut être à même de résoudre le problème d'équité d'accès aux soins, tout en limitant les effets désincitatifs d'une simple redistribution fiscale : la redistribution complémentaire opérée grâce à la fourniture publique d'assurance maladie permet d'assurer que les arbitrages effectués par les agents seront plus avantageux du point de vue de l'efficacité et de l'équité.

L'article d'A. Couffinhal et de L. Rochaix, « Concurrence et anti-sélection en assurance maladie — L'expérience des Pays-Bas », prolonge la réflexion précédente relative à la fonction d'assurance du système de santé. Les auteurs discutent les effets de l'introduction d'une concurrence entre assureurs en termes d'efficacité (allocative et productive) et d'équité. Pour ce faire, une confrontation des attendus théoriques du fonctionnement concurrentiels du marché de l'assurance maladie aux effets observés de la concurrence entre assureurs aux Pays-Bas est proposée. Si la concurrence permet de satisfaire les objectifs d'efficacité, elle remet clairement en question l'équité de l'accès aux soins en raison des phénomènes d'antisélection justifiant ainsi l'intervention de l'État en tant qu'assureur. À cet égard, l'expérience des Pays-Bas illustre une forme de tentative progressive de dépassement de la tension entre concurrence et antisélection d'un côté, efficacité et équité de l'autre. Malgré la prise en compte du caractère assurable des risques et la taxation des bons risques au profit des mauvais dans un système d'assurance mixte, la régulation s'est d'abord traduite par des problèmes d'écroulement des risques, qui ont conduit l'État néerlandais à concevoir récemment un système d'assurance basé sur la capitation ajustée au risque. Le bilan est

encore précaire quant aux effets de l'introduction de la concurrence entre les caisses. La voie reste néanmoins ouverte à l'expérimentation des mécanismes de concurrence sur le marché de l'assurance santé avec intervention de l'État pour la mutualisation obligatoire des hauts risques.

Si les réformes actuelles de l'organisation du système de soins visent à en améliorer l'efficacité, les expériences étrangères montrent néanmoins qu'il est difficile de concevoir une organisation exempte d'effets pervers tant sur la qualité des soins, qu'en termes d'équité. En France, la réforme de 1996 s'est inscrite dans ce mouvement général. Dans leur approche, «L'organisation du système de soins français: éléments de mise en perspective économique», D. Bureau et J. Esposito procèdent à un état des lieux de la réforme, deux ans après sa mise en œuvre. Si l'organisation institutionnelle du système de soins français n'a pas connu de profond bouleversement, l'ensemble des acteurs a été soumis à la mise en œuvre de mécanisme de responsabilisation financière et d'instruments de contrôle. Cependant, la prise en compte des asymétries d'information est négligée — et donc des incitations —, alors même qu'elles sont au cœur de la problématique de la fourniture publique et privée des soins, que ce soit en termes de partage des risques ou en matière d'organisation du marché. Afin de réduire le coût induit par les asymétries d'information, une réflexion sur le rôle des incitations est nécessaire. Elle permettait notamment d'éclairer la nature des arbitrages à effectuer entre incitations et partage des risques d'une part (dans le cas de l'assurance maladie), incitations, rentes et qualité des soins d'autre part (dans le cas de la régulation de l'offre). Outre le souci d'efficacité, il importe de tenir compte de la répercussion de ces arbitrages en termes d'équité. Or, l'analyse montre les lacunes de la réorganisation hospitalière en termes d'efficacité allocative et productive, qui tiennent à l'absence de mécanismes micro-économique incitatifs dans la régulation de l'offre de soins, ainsi qu'à l'absence de reconnaissance des rôles de régulateur, d'acheteur, et de gestionnaire de l'offre.

La focalisation croissante des politiques de santé sur la régulation de l'offre de soins procède, sans doute, de la mise à jour des effets théoriques des incitations financières sur le comportement des prestataires. Il est alors intéressant d'apprécier empiriquement l'impact des règles de paiement en termes d'efficacité productive. Les études proposées d'une part, par G. Tonnaire, A. Paraponaris,

J.-P. Moatti, C. Chanut et R. Sambuc, et d'autre part, par V. Bonniol et L. Hartmann relèvent de ce même souci. Les incitations fournies par les systèmes de tarification des établissements de soins, selon qu'ils sont publics ou privés, semblent expliquer en partie la variabilité des pratiques médicales entre secteurs d'hospitalisation ou au sein d'un même secteur. D'un point de vue théorique, les incitations se traduisent par la formulation d'hypothèses de comportements « d'induction de la demande par l'offre », ou d'aversion au risque des prestataires de soins. Ce dernier point résulte alors de la prise en compte des caractéristiques des patients, des effets d'école et de l'arbitrage médical entre bénéfice du patient et bien-être collectif (considérations de santé publique).

Dans ce cadre, l'analyse « Hétérogénéité des pratiques médicales et régimes de tarification du système de santé », fondée sur une étude empirique de la prise en charge primaire du cancer du sein, tente de montrer les effets du régime de tarification des établissements de soins sur la nature (choix et administration) de la prescription des drogues de chimiothérapie. Les auteurs mettent en évidence que, dans le secteur public, soumis au régime de la dotation globale, les hôpitaux ont tendance à choisir les drogues les moins onéreuses et une durée de prescription réduite alors que, dans le secteur privé, régi par le système de tarification à l'acte/à la journée, on préfère administrer plus fréquemment les drogues, plus coûteuses, dont les effets indésirables en termes de confort du patient sont les plus faibles. L'hétérogénéité des pratiques médicales reflèterait, dans une certaine mesure, l'hétérogénéité des systèmes de tarification des soins.

Dans une perspective parallèle, l'étude de « La tarification des cliniques à la lumière du PMSI » se penche sur les causes de la variabilité de la facturation des établissements hospitaliers privés, appréciée à travers la base de données PMSI-privé, pour une prestation a priori identique. Le secteur privé, dont les établissements sont rémunérés sur la base d'une règle de type « cost-plus », est caractérisé par une forte hétérogénéité tarifaire. Grâce à l'exploitation des données de l'expérimentation PMSI-privé, l'étude montre que ce facteur ne suffit pas à expliquer la variabilité du coût pour l'assurance maladie du séjour d'un patient dans un Groupe Homogène de Malades (GHM). Une analyse comparative détaillée met en évidence l'importance d'un effet « pratiques médicales » à l'origine de l'hétérogénéité des

facturations, repéré à la fois par un effet « cotation médicale » et un effet « structure hospitalière ». L'influence des caractéristiques des patients et la présence d'un effet « d'école » brouille cependant une lecture claire des comportements en termes de facturation.

La priorité de la réforme du système de santé français est de trouver un équilibre entre les deux critères : efficacité et équité. Pour autant, il semble que l'accroissement des inégalités de santé soit une résultante des politiques de maîtrise des dépenses. Tel est le point de départ de l'analyse de JP Moatti, Y. Obadia et V. Perrin, « Systèmes et états de santé : l'équité introuvable ? ». Les auteurs proposent une analyse empirique des disparités de consommation médicale et de recours aux soins à travers une enquête régionale française (1991-1992), après avoir rappelé les difficultés posées par la définition et la mesure de l'équité. La notion d'équité renvoie en effet à une certaine conception de la justice sociale, qui justifie elle même le choix de tel ou tel instrument de mesure de l'équité. En abordant les multiples dimensions de l'équité en santé, les auteurs montrent, à l'aide d'études illustratives, qu'il est difficile à la fois de distinguer clairement ce qui relève des inégalités d'accès aux soins des facteurs d'offre et de demande de soins. Il est alors d'autant plus difficile de concevoir des mesures correctrices. Les critères d'équité de l'accès aux soins le plus couramment retenus sont l'équité horizontale, concept égalitaire pouvant se traduire comme « à besoin égal, prestation égale », et l'équité verticale, concept égalitariste prenant la forme d'une discrimination positive pour les plus défavorisés. Les résultats de l'étude empirique menée alors sur les différences de consommation de soins en région PACA remettent en cause la satisfaction des objectifs d'équité verticale et horizontale, en raison de barrières financières d'accès aux soins, en particulier le revenu et la couverture sociale.

Ce recueil d'articles propose un tour d'horizon des questions relatives à l'économie des systèmes de soins. Sans prétendre aborder toutes les facettes de la question sanitaire, l'intention de ce recueil a été de mettre en évidence le conflit de valeurs entre efficacité et équité, caractéristique de l'économie publique et particulièrement brûlant en économie de la santé.