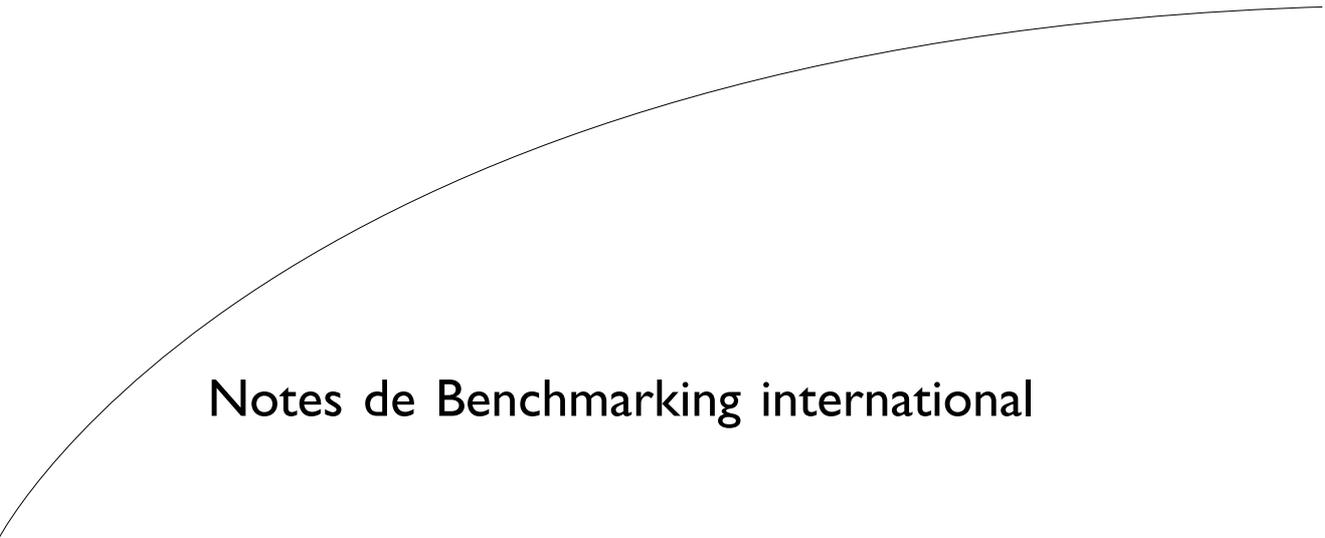
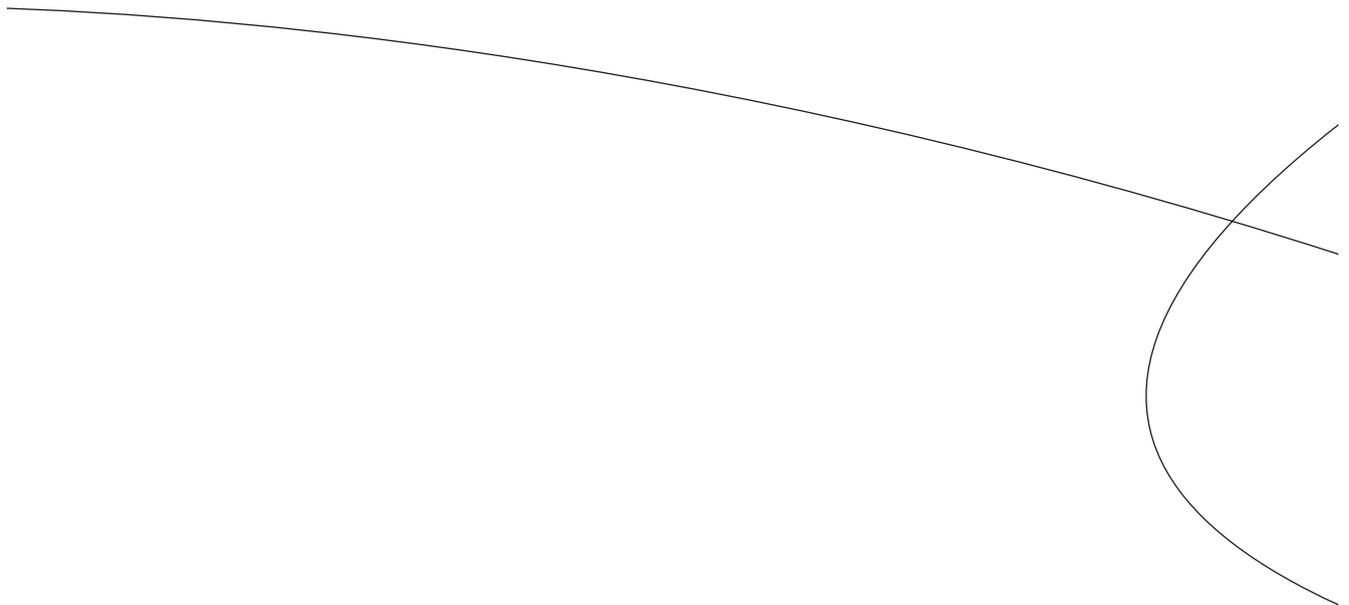


COMPARER LES SYSTÈMES DE SANTÉ



Notes de Benchmarking international



© Institut de l'Entreprise, 2002
Tous droits de reproduction, de traduction, d'adaptation et d'exécution
réservés pour tous les pays

Directeur de la publication : Jean-Pierre Boisivon, Délégué général de l'Institut de l'Entreprise

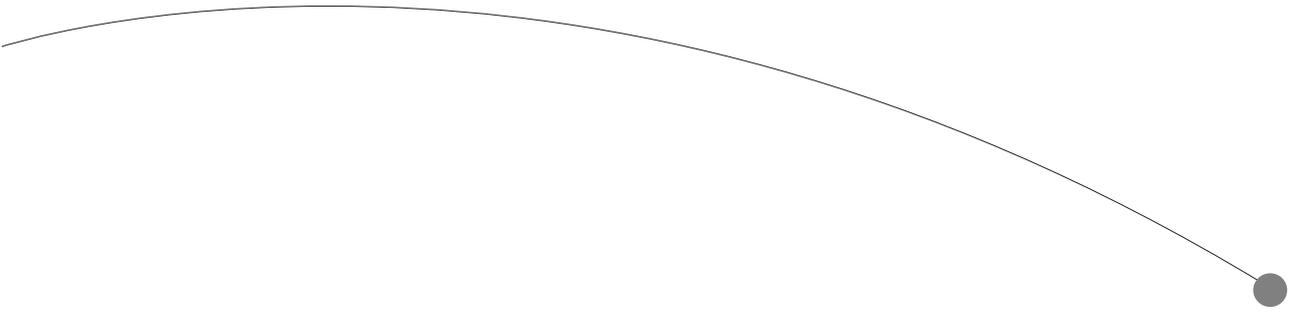
COMPARER LES SYSTÈMES DE SANTÉ

Par Michel Mougeot
Professeur de l'Université de Besançon

Notes de Benchmarking international
novembre 2002



institut de l'entreprise



INTRODUCTION

Toute comparaison internationale est délicate en raison des difficultés d'évaluation de la parité du pouvoir d'achat. Quand il s'agit de comparer des services non marchands, à ces problèmes traditionnels s'ajoutent ceux qui résultent de l'appréciation de la qualité et de la performance dans des secteurs dans lesquels l'absence de marché exclut l'évaluation correcte des besoins satisfaits. La comparaison des systèmes de santé et d'assurance maladie est ainsi confrontée à des difficultés inhérentes au caractère multidimensionnel de l'*output*, à l'incertitude qui est attachée à la mesure des composantes de l'*input*, à l'absence d'indicateurs rigoureux de performances, au caractère qualitatif et subjectif des critères pertinents et à la manipulabilité des informations. Dans ce contexte, il n'existe pas d'indicateur agrégé satisfaisant de l'état de santé d'un pays. De plus, cet état de santé ne dépend que partiellement des dépenses de santé. L'observabilité de celles-ci au plan macro-économique contribue alors à en faire la seule base sérieuse de comparaison même si la portée de celle-ci est très limitée. En effet, un pays peut avoir un niveau élevé de dépense parce qu'il fournit efficacement des soins de qualité élevée ou parce qu'il fournit de manière inefficace des soins de qualité basse. Ainsi les travaux de l'OCDE montrent que les disparités de dépense de santé par habitant s'expliquent sans ambiguïté par les disparités de PIB/habitant (les élasticités-revenus macro-économiques étant supérieures à 1, ce qui confère aux soins médicaux le caractère de bien de luxe) mais que les corrélations entre les dépenses de santé par habitant et des indicateurs de mortalité sont non significatives¹. Ainsi le pays qui consacre la part la plus importante de son produit intérieur à la santé - les Etats-Unis - est connu pour avoir des performances sanitaires médiocres.

Les indicateurs macro-économiques - quand ils existent - font en fait abstraction des mécanismes micro-économiques de financement et d'allocation des ressources qui conditionnent les décisions d'engagement des dépenses et de choix de la qualité des services. Dès lors, comparer les dépenses des pays développés, c'est comparer l'incomparable dans la mesure où l'organisation du système de soins varie considérablement d'une nation à l'autre. Certains pays ont un système national de santé, financé par l'impôt, des soins gratuits mais rationnés. D'autres ont un système relevant de l'économie de marché, caractérisé par des assurances privées et des prix variant selon les prestations fournies majoritairement par des producteurs privés. Enfin, un troisième groupe relève d'un système mixte avec une assurance maladie obligatoire, des prix fixes et une production émanant à la fois du secteur public et du secteur privé.

¹ Cf. Mougeot (1994).

COMPARER LES SYSTÈMES DE SANTÉ

Dans ces différents systèmes, le niveau de la protection, les modes de financement, les taux de remboursement, les conditions de fourniture des services et les conditions d'admissibilité varient. Par suite, les systèmes d'incitations à une modération des dépenses comme les incitations à l'utilisation des services de soins varient. La disparité des modes d'organisation est telle qu'une analyse macro-économique ne peut faire apparaître l'influence de ces facteurs. Ainsi le système du Royaume-Uni, modèle du système national de santé, dépense peu, l'arbitrage réalisé par les représentants de la collectivité entre les dépenses de santé et autres dépenses s'effectuant à un niveau relativement faible. En revanche, la Suède, qui possède aussi un système national de santé, quoique organisé à un niveau régional, dépense beaucoup, le même arbitrage étant réalisé à un taux élevé. Les préférences de la collectivité sont en cause. Dans ces organisations, elles s'expriment par l'intermédiaire de la représentation politique. Dans les systèmes libéraux, c'est-à-dire principalement aux Etats-Unis, elles s'expriment sur le marché. Le fait que ce pays dépense beaucoup peut s'interpréter comme le résultat d'un choix conscient des consommateurs supportant financièrement les conséquences de leurs décisions. Mais il faut se garder des explications trop simples que seule une analyse micro-économique permet d'éclairer. Un des éléments déterminants du niveau de la dépense est la marge de manœuvre que le mode d'organisation laisse aux usagers et aux producteurs quant aux dépenses engagées compte tenu des formes de remboursement. Il convient donc de mettre en évidence des modalités structurelles de différenciation des systèmes de santé pour mieux les comprendre.

Un des enjeux de la comparaison est évidemment lié à la possibilité de pratiquer le « *benchmarking* » et de mettre en évidence les mécanismes institutionnels les plus performants. Cependant, dans le secteur sanitaire, il faut se méfier des interprétations trop hâtives. Nous en connaissons tous. La subjectivité de certaines données conduit facilement à des discours idéologiques du genre « nous avons le meilleur système de santé du monde » ou « notre système est largement envié dans le monde ». Ainsi, le blocage de toute réforme du système de santé français a été conforté par une utilisation abusive d'une étude très contestée de l'OMS.

Pour tenter d'éclairer un peu le débat, je présenterai d'abord les données disponibles sur les coûts et les performances des systèmes de santé avant d'évoquer l'arbitrage que toute société effectue entre les dépenses de santé et leur utilité. Je montrerai ensuite comment la différenciation de cet arbitrage et de ses modalités de décentralisation conduit à des disparités des systèmes de santé.

1 LES PERFORMANCES

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.

I.1 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 française s'est considérablement amélioré, comme en témoignent les indicateurs d'espérance de vie à la naissance des femmes (61 ans en 1935 ; 82,3 ans en 1997) et des hommes (55 ans en 1935 ; 74,6 ans en 1997), 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 ‰ en 1997) ou infantile (27,4 ‰ en 1960 ; 4,7 ‰ en 1997).
- 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, 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 caractériser la position relative du système français en termes de performances sanitaires. A 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 alors que la France a un niveau élevé de dépenses.

Les données de l'OCDE présentées dans le tableau I 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 et des résultats insatisfaisants en matière de mortalité prématurée, de mortalité maternelle et de mortalité périnatale. La France n'occupe que la vingtième place en matière de mortalité maternelle, la quinzième place pour la mortalité périnatale, la dix-huitième pour la mortalité prématurée masculine et pour la

COMPARER LES SYSTÈMES DE SANTÉ

Tableau I : INDICATEURS DE SANTÉ

	Femmes : espérance de vie à la naissance en années (1997)	Hommes : espérance de vie à la naissance en années (1997)	Mortalité périnatale (1997)	Mortalité infantile (1997)	Mortalité maternelle (1997)	Années de vie potentielles perdues (1995)	
						Hommes	Total
Australie	81,3	75,6	6,6	5,3	4,4	5428,7	4239,6
Autriche	80,6	74,3	6,5	4,7	2,4	6577,4	4882,6
Belgique	81,8	74,7					
Canada	81,4	75,8	6,6	5,5	5,4	5687,2	4467,2
Rép. tchèque	77,5	70,5	5,0	5,9	2,2	8803,0	6435,6
Danemark	78,4	73,3		5,3		6534,8	5326,2
Finlande	80,5	73,4	5,1	3,9	5,1	6844,9	4889,9
France	82,3	74,6	7,0	4,7	9,6	6848,1	4965,1
Allemagne	80,3	74,1	6,5	4,8	6,0	6483,5	4902,8
Grèce	80,6	75,3	9,5	6,4		6005,6	4481,9
Hongrie	75,1	66,4	9,0	9,9	20,9	14481,3	10130,6
Islande	81,3	76,4	5,8	5,5		5189,6	4379,2
Irlande				6,2	1,9	6092,8	4853,0
Italie	81,6	75,3			4,3	5842,6	4380,7
Japon	83,8	77,2	6,4	3,7	6,5	4742,5	3655,9
Corée	78,1	70,6				8776,1	6220,1
Luxembourg			6,9	4,2		6366,0	4683,7
Mexique	76,6	72,0	13,7	16,4	46,9	11658,7	9216,9
Pays-Bas	80,6	75,2	7,9	5,0	7,8	5067,7	4123,3
Nle-Zélande	80,1	74,9	6,5	6,8	5,2	6472,3	5348,0
Norvège	81,0	75,4	6,1	4,1	1,7	5256,2	4021,2
Pologne	77,0	68,5	10,5	10,2	5,8	11817,3	8339,6
Portugal	78,7	71,4	7,2	6,4	5,3	8801,0	6291,7
Espagne	82,0	74,6	6,3	5,0	2,2	6650,9	4774,1
Suède	81,8	76,7	5,4	3,6	3,3	4441,8	3536,0
Suisse	82,3	76,2	6,9	4,8	3,8		
Turquie	70,8	66,2	21,9	39,5	52,4		
Royaume-Uni	79,7	74,6	8,3	5,9	5,0	5599,2	4519,1
Etats-Unis	79,4	73,6	7,5	7,2	8,4	8293,5	6337,6

Source : Eco-Santé, OCDE, 2000

mortalité prématurée totale². Les décès avant 65 ans représentent une part importante du nombre total des décès (plus de 20 %). Selon le *Livre Blanc*, la moitié au moins de ces décès serait évitable 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 - voire médiocre - 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 montrent que la France est performante dans le domaine du cancer, des maladies cardio-vasculaires et des soins

² Le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) est un indicateur synthétique de la mortalité prématurée qui rend compte des décès survenant à un âge précoce, et qui sont donc a priori évitables. Le calcul de l'APVP consiste à additionner le nombre de décès pour chaque âge et à multiplier par les années qui restent à vivre jusqu'à une limite d'âge de 70 ans.

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. Elle 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).

L'ensemble de ces données globales fournies par les organismes internationaux conduit à une appréciation très mitigée des performances sanitaires de la France. Des indicateurs comme le taux de mortalité maternelle ou le taux de mortalité périnatale sont typiquement des indicateurs du fonctionnement du système de santé. Notre système fait donc incontestablement apparaître des zones de faiblesse.

1.2 LE COÛT DES SOINS

Le tableau 2 met en évidence le fait que la France occupe la cinquième place des pays de l'OCDE en matière de dépense de santé par tête (en \$ PPA).

Tableau 2 : DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ/TÊTE (en \$ PPA)

	1998	1997	1996
Australie	2085	1932	1869
Autriche	1894	1820	1945
Belgique	2050	1972	2002
Canada	2360	2180	2108
Rép. tchèque	937	929	918
Danemark	2132	2031	2004
Finlande	1510	1495	1486
France	2043	1977	1994
Allemagne	2361	2335	2288
Grèce	1198	1181	1184
Hongrie	717	672	663
Islande	2113	1923	1912
Irlande	1534	1473	1332
Italie	1824	1735	1672
Japon	1795	1808	1703
Corée	740	771	723
Luxembourg	2246	2134	2182
Mexique	419	402	381
Pays-Bas	2150	2009	1928
Nle-Zélande	1440	1346	1267
Norvège	2452	2149	2042
Pologne	524	448	469
Portugal	1203	1149	1086
Espagne	1194	1155	1122
Suède	1732	1712	1716
Suisse	2853	2697	2549
Royaume-Uni	1510	1407	1410
Turquie	316	268	234
Etats-Unis	4165	4015	3846

Source : Eco-Santé, OCDE, 2000

COMPARER LES SYSTÈMES DE SANTÉ

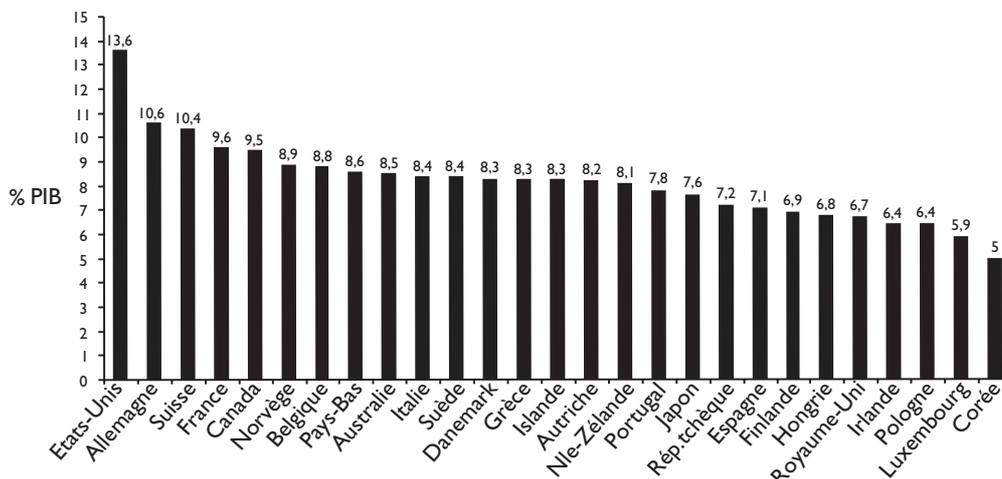
Ces données doivent naturellement être nuancées pour tenir compte du niveau du PIB. Si l'on considère (cf. tableau 3 et graphique 1) la part des dépenses de santé dans le PIB, la France occupe la quatrième position derrière les États-Unis, la Suisse et l'Allemagne. Or les données concernant celle-ci doivent 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 (alors que la moyenne de l'Union européenne est de 8).

Tableau 3 : DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ EN % DU PIB (1998)

Allemagne	10,6
Australie	8,5
Autriche	8,2
Belgique	8,8
Canada	9,5
Corée	5,0
Danemark	8,3
Espagne	7,1
Etats-Unis	13,6
Finlande	6,9
France	9,6
Grèce	8,3
Hongrie	6,8
Irlande	6,4
Islande	8,3
Italie	8,4
Japon	7,6
Luxembourg	5,9
Norvège	8,9
Nlle-Zélande	8,1
Pays-Bas	8,6
Pologne	6,4
Portugal	7,8
Royaume-Uni	6,7
Rép. Tchèque	7,2
Suisse	10,4
Suède	8,4

Source : Eco-Santé, OCDE, 2000

Graphique I : DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ (1998)
par ordre de grandeur décroissant



Le bilan global est donc peu satisfaisant. La France dépense plus que ses partenaires européens pour des résultats sanitaires très moyens. Le financement de ces dépenses a donc conduit l'Etat et l'assurance-maladie à augmenter 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. Les inefficacités inhérentes aux règles de fonctionnement de notre système sont probablement en cause, dès lors que ces mécanismes n'incitent ni à l'amélioration de la qualité, ni à la réduction des coûts.

Ces données apparaissent enfin en contradiction avec un stupéfiant classement effectué par l'OMS qui situait la France au premier rang parmi 191 pays (cf. *Rapport sur la santé dans le monde*, OMS, 2000). Cette hiérarchisation repose sur cinq critères : l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (poids 0,25), la distribution de cette espérance de vie (poids 0,25), la réactivité du système (poids 0,125) et sa distribution (poids 0,125), la distribution de la contribution financière (poids 0,25). Le tableau 4 indique le classement des pays européens et des États-Unis en fonction des différents critères³.

³ Le rang est en général indiqué par une fourchette en raison de l'incertitude sur les données. Ainsi le critère d'équité de la réactivité ne permet pas de discriminer entre les 36 pays classés du rang 3 au rang 38.

COMPARER LES SYSTÈMES DE SANTÉ

Tableau 4 : CLASSEMENT DES PAYS SELON L'OMS

Pays	Espérance de vie corrigée		Réactivité		Équité de la distribution financière	Classement	
	Moyenne	Distribution	Moyenne	Distribution		Final	Note
France	3	12	16-17	3-38	26-29	1-5	0,994
Italie	6	14	22-23	3-38	45-47	1-5	0,991
Espagne	5	11	34	3-38	26-29	4-8	0,972
Portugal	29	34	38	53-57	58-60	10-15	0,945
Grèce	7	6	36	3-38	41	13-19	0,933
Pays-Bas	13	15	9	3-38	20-22	14-21	0,928
Royaume-Uni	14	2	26-27	3-38	8-11	16-21	0,925
Belgique	16	26	16-17	3-38	3-5	18-24	0,915
Suède	4	28	10	3-38	12-15	20-26	0,908
Allemagne	22	20	5	3-38	6-7	22-27	0,902
Canada	12	18	7-8	3-38	17-19	27-32	0,881
Danemark	28	21	4	3-38	3-5	32-36	0,862
USA	24	32	1	3-38	54-55	35-44	0,838

Source : Rapport sur la santé, OMS, 2000

Comme le tableau le montre, le classement final de la France n'est dû qu'au rang obtenu en ce qui concerne l'espérance de vie corrigée de l'invalidité, indicateur qui reflète le niveau de vie d'un pays plus que celui de son système de soins. Pour les autres critères, la position de la France est médiocre. Son rang final est donc essentiellement dû au poids élevé accordé à l'espérance de vie⁴ dans le calcul de la note moyenne.

On ne peut donc accorder un grand crédit à ce classement dont on peut regretter l'utilisation à des fins idéologiques pour stopper toute réforme du système français (notre système étant reconnu comme le meilleur du monde, pourquoi le réformer !), notamment dans le domaine de la maîtrise des dépenses.

⁴ La mesure des autres paramètres est très critiquable. Ainsi la réactivité (respect des personnes, attention portée au client) est évaluée à partir d'une enquête auprès de 50 informateurs dans chaque pays. Les caractéristiques de l'équité sont par ailleurs très contestables (cf. l'excellente critique de Pourvoirville (2000).

2 ARBITRAGE COLLECTIF ET DÉCENTRALISATION

Les performances - sanitaires et financières - sont le résultat des mécanismes de fonctionnement des systèmes de santé et des arbitrages effectués dans les différents pays. Le niveau de la qualité des soins et celui des dépenses qui caractérisent *ex-post* le bilan coût-utilité des ressources consacrées à la santé dépend des choix collectifs et des incitations auxquelles sont confrontés les acteurs.

Le premier choix collectif concerne le mode de gestion du système de santé. Si l'intervention de l'Etat est rarement contestée, ses modalités sont très variables d'un pays à l'autre, les formes anciennes de l'action publique - rationnement, planification centralisée - faisant place de plus en plus aux méthodes de régulation des marchés. Ainsi, tous les systèmes de santé sont caractérisés par un mélange de mécanismes de marché et de mécanismes de planification. Si tous les pays développés font face à un problème de maîtrise des dépenses de santé, la nature de ce problème varie considérablement d'un pays à l'autre.

1) La portée du problème diffère selon les pays : la question du poids des dépenses de santé dans le PIB n'est une question pertinente que dans le cas où ces dépenses sont financées par des prélèvements obligatoires générateurs de distorsions. Dans un système de marché où la population choisit librement des contrats d'assurance lui donnant accès à des prestations dont la qualité est liée aux primes, les dépenses effectuées révèlent les dispositions à payer. Leur niveau élevé traduit une préférence pour les biens de santé. En revanche, le problème se pose en des termes différents lorsque la socialisation de ces dépenses conduit à une déconnexion, d'une part des prix et des dispositions à payer, et, d'autre part, des prix et des coûts quand le financement repose sur des prélèvements distorsifs.

2) Le niveau des dépenses n'a pas de signification indépendamment de la qualité des prestations. Ce qui est en cause, c'est plutôt un bilan coût/utilité des dépenses de santé. L'absence d'indicateur synthétique sérieux de l'état de santé, de la qualité des soins ou des performances sanitaires rend délicate l'appréciation de ce bilan. Les données présentées montrent cependant que la situation de la France, qui dépense beaucoup pour des performances moyennes, peut être considérée comme préoccupante.

3) Dès lors que l'Etat intervient, dans la production de soins comme dans celle d'assurance maladie, la question de l'efficacité de cette intervention est posée de même que celle de la captation éventuelle de la régulation par les groupes de pression représentant les producteurs.

4) Quel que soit le mode de régulation choisi, tous les systèmes sont confrontés au fait que la mutualisation des risques par l'assurance maladie conduit à une inélasticité

COMPARER LES SYSTÈMES DE SANTÉ

de la demande des patients par rapport au prix. C'est donc la capacité des assureurs - ou de l'Etat - à bien gérer les contrats avec les producteurs et à gérer les excès de demande qui va différencier les systèmes de santé.

Avant d'exposer les modalités de différenciation, revenons sur les fondements de l'intervention publique et sur les difficultés de celle-ci en asymétrie d'information.

2.1 LA LÉGITIMITÉ DE L'INTERVENTION PUBLIQUE

Un système de santé réunit un système d'assurance maladie et un système de production de soins. Faut-il laisser le marché régir ces deux activités ? A cette question, la réponse des économistes est généralement négative, l'intervention publique étant légitimée à la fois par des raisons d'efficacité et d'équité.

Un premier argument renvoie à la fonction tutélaire de l'Etat. L'information insuffisante de la population concernant les conséquences de ses décisions en matière de santé conduit l'Etat à substituer ses préférences à celles des individus pour prendre en compte les externalités, positives ou négatives, associées aux états de santé individuels. Cet argument justifie cependant des obligations légales, des contrôles ou des politiques de taxation/subvention mais pas la fourniture publique de soins ou d'assurance maladie.

Un second argument est d'ordre allocatif. L'Etat intervient pour pallier les inefficacités du marché. Cela concerne le marché des soins dont l'efficacité est limitée par la mobilité limitée des patients, l'existence de monopoles géographiques, la possibilité de structures de monopole naturel dans la production hospitalière, la différenciation des produits ou la spécificité de certains soins. Cela concerne aussi le marché de l'assurance maladie dont l'efficacité est réduite par le phénomène d'antisélection. Dans ce contexte, face à une prime actuarielle uniforme, seuls, les individus à haut risque s'assurent, ce qui provoque un effondrement du marché. Les assureurs peuvent, certes, retenir des contrats discriminatoires pénalisant les hauts risques ou acquérir de l'information permettant de sélectionner les risques (et aussi d'évincer les hauts risques). Un problème particulier tient au fait qu'un assureur ne peut s'engager à long terme et peut donc exploiter son acquisition d'information pour imposer des primes prohibitives aux risques élevés. Comme le risque de devenir un mauvais risque n'est pas assurable, sur un marché libre de l'assurance maladie, la sélection des risques est la stratégie optimale des assureurs. Pour l'éviter, l'Etat doit imposer une assurance universelle à des conditions de prime et de couverture indépendantes de l'état de santé.

Un troisième argument est une conséquence du précédent. Dans un système dans lequel les primes payées sont indépendantes des coûts actuariels, des patients parfaitement assurés ont des demandes de soins inélastiques. Compte tenu de l'avantage informationnel des offreurs, les décisions d'engagement des dépenses de ceux-ci peuvent conduire à des inefficacités (surconsommation, surqualité) que l'Etat doit chercher à éliminer en réglementant les paiements.

Une dernière justification relève de l'équité. Une norme d'équité dans l'accès aux soins est universellement admise. Elle tient à la fois à un argument de justice distributive (sous le voile d'ignorance, chaque individu choisirait un système assurant à tout citoyen un accès à un niveau minimal de soins indépendamment de son revenu) et à un argument d'égalité des opportunités (l'égalité de l'accès aux soins impliquant la compensation de différences indépendantes de la volonté individuelle). Aussi une assurance fondée sur des primes et une couverture indépendantes des risques individuels introduit une solidarité entre classes de risques conforme à l'équité.

2.2 LES MODALITÉS DE L'ACTION PUBLIQUE

Si ces arguments en faveur de l'action publique sont largement partagés dans les pays développés, la mise en œuvre des principes généraux de cette intervention fait, en revanche, l'objet de politiques extrêmement différentes conduisant *ex-post* à des arbitrages coût/utilité à des niveaux très différenciés.

Aussi dans le domaine de l'assurance maladie, l'intervention peut prendre la forme d'une production par un monopole public financé par l'impôt ou par des cotisations sur le travail, d'une réglementation des contrats ou d'une régulation des marchés. Dans le domaine de la production de soins, elle peut prendre la forme d'une planification quantitative reposant sur des règles rigides de rationnement des budgets ou des capacités de production. Elle peut consister aussi dans la mise en œuvre de quasi marchés, ou de mécanismes de concurrence par comparaison, ou de concurrence pour le marché.

Dans les faits, il n'existe pas de systèmes purement libéraux ou de systèmes de planification pure. Les mécanismes hybrides sont la règle générale. Cependant, dans tout système, les décisions d'engagement des dépenses restent décentralisées au niveau du colloque singulier réunissant le patient et le praticien. Dès lors, les organisations relevant principalement d'un modèle centralisé posent des problèmes de nature différente compte tenu de l'asymétrie d'information sur les caractéristiques des patients (état de santé, degré de gravité, etc...) et des praticiens (qualité des soins, compétence, coût, etc...) :

- dans les systèmes à dominante « planification », le niveau des dépenses est fixé de manière exogène (par un vote du parlement ou un choix gouvernemental) : la déconcentration de cette décision impose nécessairement une restriction des possibilités de choix des agents décentralisés pour que l'objectif de dépense soit atteint ;
- dans les systèmes à dominante « marché », le niveau de dépense devient endogène, la liberté de choix s'exerçant dans le cadre de mécanismes de responsabilisation des acteurs.

Si les instruments de l'action publique diffèrent dans les deux approches, l'asymétrie d'information reste leur propriété commune primordiale. Ni les caractéristiques des acteurs (qualité des prestations ou productivité pour les offreurs, état de santé pour

COMPARER LES SYSTÈMES DE SANTÉ

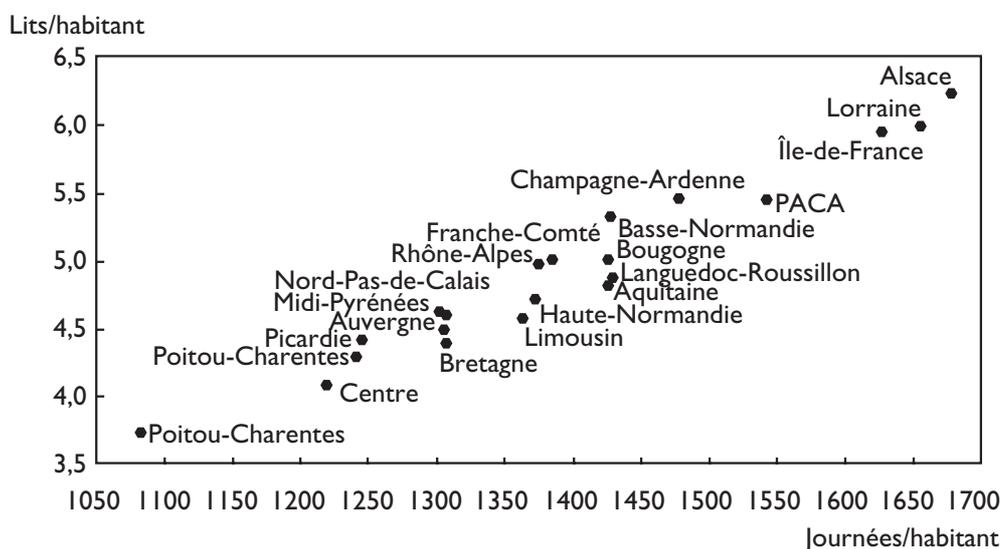
les patients/assurés), ni les comportements de ceux-ci (efforts des patients en matière de prévention ou d'exécution des traitements, efforts des offreurs pour fournir des traitements efficaces, accroître la qualité des soins ou réduire les coûts) ne sont observables. Il y a à la fois une situation d'antisélection et d'aléa moral. Ces deux phénomènes sont source d'inefficacité d'autant plus que l'incertitude médicale est grande. Rares sont les cas dans lesquels la constatation de symptômes conduit à un diagnostic unique conduisant incontestablement à un traitement spécifique. Ces asymétries existent entre médecins et patients mais aussi entre assureurs et patients, entre assureurs et producteurs de soins et entre l'Etat régulateur et les producteurs ; Elles ont une conséquence importante : en fonction de leur intérêt, les acteurs vont exploiter l'asymétrie d'information en réagissant aux règles d'allocation et de paiement auxquelles ils font face. La qualité des soins, les performances sanitaires et les dépenses de santé sont donc des variables endogènes dépendant des mécanismes d'allocation des ressources et de paiement mis en œuvre.

Les données de la section précédente - et leur grande dispersion - sont donc la résultante de ces modes d'organisation des systèmes de santé. Ainsi, le recours aux services hospitaliers varie d'un pays à l'autre. Cela se traduit par des durées moyennes de séjour très variées allant de 7 jours ou moins (Etats-Unis, Irlande, Autriche) à 55 jours (Japon), la moyenne s'établissant à 17 jours. Ces différences globales se retrouvent au niveau des pathologies. La composition de la population par âge, les variables climatiques, les variations de la morbidité et les modes d'organisation expliquent certaines de ces différences. Toutefois, à un niveau plus détaillé, la différenciation des pratiques médicales apparaît considérable. Selon Phelps (1992), d'un Etat à l'autre aux USA, la durée de séjour varie de 5,1 à 9 jours. Ces différenciations de pratique médicale se retrouvent aussi à un niveau désagrégé, notamment à celui des actes eux-mêmes et du recours à ces actes pour des populations de mêmes caractéristiques. Ainsi, l'étude de F. Notzon, P. Placek et S. Taffel (1987) fait apparaître que le nombre de césariennes pour 100 accouchements varie de 5 (Tchécoslovaquie) à 18 (Etats-Unis). Des différences du même ordre se retrouvent selon Mc Pherson *et alii* (1981), lorsque l'on compare les taux d'hystérectomie, de prostatectomie, d'amygdalectomie, de cholécystectomie aux Etats-Unis, en Angleterre et au Canada. Selon Wayda *et alii* (1985), des disparités analogues apparaissent d'un comté à l'autre dans la province de l'Ontario, le taux moyen de césariennes variant de moins de 4 ‰ à plus de 16 ‰, le taux d'amygdalectomie de 2 ‰ à plus de 8 ‰ et le taux d'hystérectomie de 2 ‰ à 8 ‰. D'après Wenberg, Mc Pherson et Capor (1984), les motifs d'admission dans 30 circonscriptions hospitalières du Maine variaient de 1 à 8,5 ou plus pour la ligature des trompes, la biopsie du sein, l'amygdalectomie, l'opération du genou, l'opération transurhérale mais aussi pour le traitement de l'hypertension, de l'athérosclérose, du diabète etc... En France, le recours à l'accouchement par césarienne est beaucoup plus développé dans le secteur privé que dans le secteur public. Au-delà des différences d'école, le mode de rémunération des actes joue un rôle essentiel : dans les pays - ou les secteurs - caractérisés par un paiement à l'acte, il y a une incitation à la surproduction d'actes alors que dans ceux qui recourent à des règles de budgétisation globale, il y a une incitation inverse. Ainsi en France, de 1983 à 1998, le nombre de

médecins rémunérés à l'acte a augmenté de 50 % et le nombre d'actes par habitant de 37 % pour les généralistes et 94 % pour les spécialistes. En revanche, pour des budgets hospitaliers augmentant de 50 % à prix constants, le nombre de journées produites dans la cadre d'un financement par budget global a diminué de 25 %, l'ordre de ce qui équivaut à une hausse du prix unitaire de 100 %.

Le niveau des dépenses est une variable endogène dépendant des règles de financement mais aussi des capacités de production. A titre d'exemple, le graphique ci-dessous illustre la liaison entre le recours aux soins hospitaliers et les capacités d'accueil par région en France.

Graphique 2 : RECOURS AUX SOINS ET OFFRE HOSPITALIÈRE



Source : Direction des Hôpitaux

Pour revenir aux comparaisons internationales précédentes, on peut d'abord les expliquer par la grande diversité des règles d'organisation des systèmes de santé des différents pays. Il n'existe pas de norme mais une variété infinie de combinaisons de mécanismes de marché et de planification. Or la cohérence globale de la conjonction de mécanismes relevant de logiques différentes est douteuse. La logique de la planification est simple : le contrôle par l'Etat doit s'accompagner d'une limitation des possibilités des acteurs et donc de leurs libertés ainsi que d'une forte capacité de contrôle des actions décentralisées. A l'opposé, la logique du marché repose sur la liberté des acteurs, ceux-ci étant responsabilisés par des mécanismes leur faisant supporter le coût de leurs actions. Il est rare que des mécanismes hybrides arrivent à concilier la liberté des choix décentralisés avec une fixation autoritaire du niveau des dépenses.

3 LA DIFFÉRENCIATION DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Pour comprendre les différentes performances des systèmes de santé, il faut donc considérer les mécanismes d'allocation et les modes d'organisation des rapports entre les acteurs.

L'articulation entre les niveaux micro et macro-économiques constitue la principale source de différenciation des systèmes de santé. Alors que certains fixent un niveau de dépenses au niveau macro-économique et instaurent des mécanismes d'allocation permettant de le réaliser au niveau des choix micro-économiques, d'autres ne font du montant global de dépenses que la résultante de ces choix sur des marchés régulés. Considérons donc successivement les différentes possibilités.

3.1 CHOIX DU NIVEAU DES DÉPENSES DE SANTÉ

Les systèmes nationaux de santé - inspirés par le N.H.S. (*National Health Service*) anglais - fonctionnent selon le principe d'un mode de détermination *ex-ante* des dépenses financées par l'impôt. Un budget national est voté par le parlement puis décomposé par fonctions (dépenses hospitalières, médecine ambulatoire, prévention, ...) et par zones géographiques.

Depuis les ordonnances de 1996, la France a adopté un principe analogue : le parlement vote chaque année un « objectif national d'évolution des dépenses d'assurance-maladie » (ONDAM). Les objectifs annuels définis pour les différentes catégories de dépenses sont ensuite répartis au niveau régional et au niveau des spécialités, les agences régionales d'hospitalisation répartissant ensuite leur enveloppe entre les différents hôpitaux.

Ces procédures, dites d'« enveloppes fermées », constituent en France le dernier avatar des politiques de rationnement. Elles présentent l'avantage de l'affichage clair des objectifs. Ceux-ci reflètent le montant des ressources que les représentants des citoyens souhaitent attribuer au secteur de la santé. Ce montant est donc choisi. Il peut être « plutôt bas » (comme au Royaume-Uni) ou « plutôt élevé » (comme en France). Ainsi au Royaume-Uni, le gouvernement de Tony Blair a récemment annoncé simultanément un relèvement substantiel du niveau des dépenses de santé et des impôts permettant de financer cette augmentation.

Ces politiques reposent cependant sur la crédibilité des mécanismes qui en assurent *ex-post* la réalisation. Au Royaume Uni, comme dans d'autres pays

ayant adopté ces procédures, la déconcentration du rationnement s'effectue par déduction des déficits éventuellement enregistrés en $t-1$ des budgets attribués en t . En revanche en France, chaque année, les dépenses réalisées dépassent l'ONDAM et l'objectif de l'année suivante est établi sur la base de ces réalisations. La non-crédibilité du mécanisme le rend donc inopérant. Ce qui est en cause, c'est la nature des instruments mis en œuvre pour rendre exécutoires au niveau décentralisé les objectifs déconcentrés. Il s'agit donc d'organiser un rationnement de la demande en agissant sur les patients - par des incitations en termes de prix ou des restrictions d'accès - et/ou sur les offreurs dès lors que ceux-ci sont en mesure de déterminer le montant de leurs prestations. Nous allons revenir sur ces modalités de rationnement.

3.2 LE FINANCEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ

L'assurance maladie doit-elle être publique ou privée ? Cette question est fondamentale. Les Etats-Unis ont retenu une réponse mixte : une partie importante de la population - les pauvres, par l'intermédiaire de *Medicaid* et les personnes âgées, par l'intermédiaire de *Medicare* - relèvent de programmes publics financés par l'impôt alors que le reste de la population peut souscrire une assurance auprès de compagnies privées ou s'adresser à des organismes privés fournissant une gamme complexe de services de santé en contrepartie d'un pré-paiement forfaitaire (H.M.O.). Cette organisation distingue clairement ce qui relève de la redistribution, et donc de l'action publique, et ce qui relève du marché. D'autres pays ont fait des choix différents reposant sur la socialisation des dépenses d'assurance maladie et la fourniture d'un contrat de base par un monopole public. Si cette organisation est dominante en Europe, d'autres formes faisant une place plus grande au marché réglementé sont apparues dans les années récentes. Considérons successivement ces différentes modalités d'intervention publique.

a) 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 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.

b) 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 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'Etat 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 supplémentaires en contrepartie d'une prime plus élevée. Compte tenu de la gestion au premier franc de ces assurances privées, l'externalité négative des assurances complémentaires à la française est réduite.

c) 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'Etat consiste à séparer la collecte des primes (effectuée par l'Etat 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 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 hollandaise qui 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. Par ailleurs, la comparaison des organisations fondées sur un monopole public et de celles qui reposent sur des marchés

réglementés doit tenir compte des coûts de production (existence de rendements croissants), des possibilités de sélection des risques, des modalités de la délégation de l'arbitrage économique à l'assurance maladie et de l'impact de celle-ci sur la répartition des revenus (et de son rôle éventuel en tant qu'instrument de redistribution).

En tout état de cause, il convient aussi de souligner la différence fondamentale entre le financement par des primes (qui sont des prix d'un bien particulier vendu sur un marché) et le financement par des impôts et des cotisations obligatoires (qui diffèrent du prix et dépendent de l'assiette choisie et de la forme de la fonction d'imposition).

3.3 LE CONTRÔLE DE LA DEMANDE ET LA LIBERTÉ DE CHOIX DES PATIENTS

Dès lors qu'une assurance parfaite rend les patients insensibles au coût que leur traitement entraîne, il n'existe que deux moyens pour agir sur les excès de demande potentiels que cette inélasticité peut provoquer :

- restreindre les possibilités d'accès c'est-à-dire rationner les quantités ;
- limiter la couverture garantie par l'assurance.

Ces deux procédés sont utilisés dans les différents pays développés.

En ce qui concerne les soins ambulatoires, le rationnement de la demande s'effectue par l'obligation d'inscription auprès d'un seul médecin généraliste auquel on doit recourir pour les soins de premier recours et qui est le passage obligé pour un accès à des soins de second recours (médecins spécialistes, hospitalisation). La liberté d'accès des patients est donc réduite : d'une part, ils ne peuvent consulter plusieurs médecins et, d'autre part, ils ne peuvent s'adresser directement à des médecins spécialistes. Ce système est, en général, couplé avec un mode de rémunération des médecins généralistes à la capitation, déconnecté du nombre d'actes fournis, ce qui réduit l'incitation des offreurs à multiplier les actes et peut, en revanche, les inciter à offrir des soins de qualité pour conserver les patients sur leur liste. Comme on le sait, ce mécanisme contribue à la faible dépense de santé du Royaume-Uni.

Dans le domaine de l'hospitalisation, l'ajustement de l'offre et de la demande peut s'effectuer par un rationnement de celle-ci sous forme de files d'attente pour les soins non urgents. Au Royaume-Uni, ce procédé d'inscription sur une liste d'attente conduit à des délais considérables et à un nombre très élevé de patients en attente de traitement. Ainsi, en mars 1998, 1 298 000 Anglais étaient en attente d'admission dans un hôpital, dont 68 000 depuis plus de 12 mois. Parmi les engagements du gouvernement Blair, figurait le fait que personne ne devrait attendre plus de 18 mois avant d'être admis dans un hôpital.

COMPARER LES SYSTÈMES DE SANTÉ

L'incitation financière est le procédé alternatif utilisé par les assurances publiques et privées. Elle consiste à combattre l'aléa moral (c'est-à-dire la surconsommation de soins par les agents assurés) en faisant supporter une partie du coût des soins aux assurés. Cela peut prendre la forme :

- d'une coassurance ou d'un ticket modérateur laissant x % du coût à la charge du patient,
- d'un forfait fixe en deçà duquel aucun remboursement n'est effectué.

La France, comme la plupart des pays européens, utilise le premier procédé avec des taux variables selon la nature de la dépense. Cependant la part laissée à la charge de l'assuré peut être couverte partiellement ou totalement par une assurance complémentaire ou une mutuelle. Le ticket modérateur est, par ailleurs, nul pour la population bénéficiaire de la CMU (couverture maladie universelle). Dans d'autres pays, le ticket est plafonné pour les populations à revenu faible. Ainsi, en Allemagne, la participation financière est limitée à 2 % du revenu brut de l'assuré (1 % pour les maladies chroniques).

Certains pays retiennent simultanément les deux procédés. Ainsi les compagnies suisses ne remboursent les soins qu'au-delà d'un forfait de 230 Francs suisses par an, le remboursement portant sur 90 % des dépenses au-delà de ce seuil.

3.4 LE PAIEMENT DES MÉDECINS AMBULATOIRES

Le mécanisme de rémunération des médecins le plus répandu est celui du paiement à l'acte sur la base d'un tarif fixe négocié entre les associations professionnelles et les caisses d'assurance maladie. Contrairement à la rémunération à la capitation évoquée plus haut à propos du Royaume-Uni, le paiement à l'acte conduit inévitablement à une expansion du nombre d'actes (cf. section 1 pour la France).

Compte tenu de la croissance des dépenses de santé, de nombreux gouvernements ont tenté des procédures d'enveloppes globales fermées. Le but de ces procédures est de rendre cohérent l'objectif de dépense pour un secteur donné et sa réalisation par des choix décentralisés.

La mise en œuvre la plus élaborée a été le fait de l'Allemagne où le système de l'enveloppe globale, en vigueur de 1931 à 1960, a été réintroduit par la réforme de 1984, supprimé en 1997 (réforme Seehofer) puis remis en place par la loi de renforcement de la solidarité de 1999. Dans ce système, une nomenclature attribue des points à l'ensemble des actes de la médecine ambulatoire (environ 1 700) définissant une échelle de valeur relative. Par exemple, une visite à domicile est cotée 360 points. Les caisses d'assurance maladie négocient ensuite au niveau régional le paiement total des caisses aux médecins. Chaque trimestre, la production totale de la région est calculée en faisant la somme de tous les points

correspondants à l'ensemble des actes. La valeur du point correspond *ex-post* à la division du budget régional total par le nombre de points. Ce mécanisme qui consiste à placer chaque médecin en face d'une demande fictive d'élasticité unitaire (que la caisse d'assurance substitue à la demande des patients) introduit une concurrence fictive « à la Cournot » entre médecins. Il suppose une capacité d'engagement forte de la part des régulateurs qui le mettent en œuvre. En France, les politiques d'enveloppes globales fermées avaient été introduites au début des années 90 pour les actes de laboratoires. Elles ont été au cœur du dispositif instauré par les lois Juppé et mis en œuvre par Martine Aubry dans le gouvernement Jospin. La politique prit d'abord la forme d'un dispositif de bonus/malus collectif. Si collectivement les médecins dépassaient l'objectif fixé par l'enveloppe, ils devaient procéder à des versements. En sens inverse, ils recevaient une récompense. Le mécanisme ayant été rejeté par le Conseil Constitutionnel n'a pas été appliqué. Des sanctions individuelles ont ensuite été prévues mais la menace n'a pas été exécutée. Depuis, les dépenses de médecine ambulatoire croissent sans contrôle.

De fait, la seule alternative crédible à la rémunération à l'acte serait le paiement à la capitation. Les restrictions de la liberté de choix du médecin que celui-ci impose conduisent à penser qu'il ne serait pas accepté en France.

3.5 LE PAIEMENT DES HÔPITAUX

Les règles de rémunération des hôpitaux sont aussi très variables d'un pays à l'autre. Pendant longtemps, le mécanisme retenu dans la plupart des nations développées était celui du paiement en fonction du nombre de journées d'hospitalisation sur la base d'un prix fixe *per diem*. Comme dans le cas des honoraires de la médecine ambulatoire, cette règle - équivalente à un remboursement des coûts - conduisait à une expansion de la production mesurée en nombre de journées. Un paiement qui rembourse le coût n'entraîne aucune incitation à la baisse de celui-ci. Ce mode de rémunération fut à l'origine de l'expansion des dépenses de santé jusqu'aux années 1980.

Pour réagir aux effets néfastes de cette règle, deux types de stratégies ont été retenus. Dans un grand nombre de pays européens, dont la France, on a mis en œuvre des politiques de budget global. Au lieu que l'assurance maladie rembourse ce que l'hôpital dépense, c'est l'hôpital qui dépense ce que l'assurance maladie lui attribue *ex-ante*. La fixation *ex-ante* du niveau de la contrainte budgétaire suppose une connaissance des coûts, de la productivité, des besoins et une capacité d'observabilité de ces variables que l'État ou l'assurance maladie n'ont en général pas. Ce mécanisme rigide s'est donc appliqué par l'intermédiaire de la détermination de taux d'évolution des budgets de l'année précédente, reproduisant ainsi dans le temps les inégalités initiales de moyens. Par ailleurs, les règles de budget global inversent les incitations : alors que le remboursement des journées incitait à leur accroissement, la détermination a priori d'une

COMPARER LES SYSTÈMES DE SANTÉ

contrainte budgétaire incite à leur réduction et donc, à budget équivalent ou accru par application d'un taux directeur, à une hausse des coûts unitaires.

Une alternative aux politiques de budget global peut être trouvée dans les politiques de tarification par pathologie ou par DRG (*Diagnostic Related Group*) utilisées aux Etats-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, Suède (depuis 1992), Irlande (pour une part augmentant de 5 % par an), Belgique, Italie et dans certains cantons suisses (notamment le canton de Vaud depuis le 1^{er} janvier 2002).

La logique de cette politique consiste à déterminer un prix fixe par pathologie (celle-ci étant définie 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. On peut montrer que ce mécanisme de concurrence par comparaison conduit à un optimum de premier rang et à l'élimination de rentes lorsque seul le risque moral est 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 efficaces que la concurrence « à la Cournot » résultant des politiques d'enveloppe. Il conduit en effet, pour une qualité des soins identiques, à des prix plus bas et à une rente des producteurs plus faibles que dans le cas de la politique d'enveloppe.

La politique de tarification par pathologie comporte cependant des limites. Elle peut conduire les hôpitaux à refuser certains patients gravement atteints lorsque les coûts d'un GHM donné⁵ sont dispersés. En effet, la classification des pathologies en « groupes homogènes » 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 et ainsi une fracture du fémur relève du GHM 296 (3989 points ISA) lorsque le patient a plus de 69 ans ou dans le cas de complications majeures et du GHM 297 (3378 points ISA) dans le cas contraire. Pour d'autres groupes de diagnostic (concernant par exemple la chirurgie digestive ou l'hématologie clinique), 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

⁵ Un groupe homogène de malades (GHM) est l'expression française retenue pour représenter un DRG.

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 ou une combinaison de prix fixe et d'un remboursement partiel du coût 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 »⁶. 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.

⁶ Cette formule consiste à fixer un accroissement du prix égal à la variation de l'indice général des prix (Retail Price Index) moins un pourcentage X fixé par le régulateur.

CONCLUSION

Les éléments présentés dans cet article montrent bien les complexités de la comparaison des systèmes de santé. L'évolution historique des modes de financement et de gestion de l'activité de production a conduit à des disparités multiples rendant délicate toute idée de « *benchmarking* ». D'un pays à l'autre, le niveau des dépenses, leur mode de détermination, leur modalité de financement, leur finalité varient de même que la part respective des mécanismes de marché et de planification, les modes de paiement des producteurs ou la participation des patients. Le degré de liberté des offreurs et des patients est également très variable. Tant du point de vue de l'allocation des ressources que du point de vue de la répartition des charges, la différenciation est multiforme.

Cette variété infinie de combinaisons de règles d'allocation et de paiement a une conséquence importante : on ne transpose pas aisément un mécanisme qui semble avoir de bons résultats dans un pays à un autre. La performance - qu'elle concerne la maîtrise des coûts ou l'amélioration de la qualité - est liée à l'ensemble des caractéristiques du système et n'assure pas qu'un mécanisme du même type aura des résultats analogues dans un autre contexte. Rémunérer les hôpitaux à la pathologie est une méthode efficace dans un système où les gestionnaires supportent les conséquences de leur décision. Cette méthode - même techniquement bien conçue - ne peut être efficace si on l'applique dans un pays dans lequel les hôpitaux ne bénéficient pas de leurs surplus éventuels et ne subissent pas les conséquences de leurs pertes éventuelles. Le recours à un médecin « référent » servant de passage obligé pour entrer dans le système de soins peut être un moyen efficace de limiter les dépenses. Encore faut-il qu'il soit associé à un mode de rémunération à la capitation et qu'il soit accompagné d'une restriction de la liberté d'accès et de choix du médecin. Une concurrence entre assureurs peut s'avérer utile pour limiter les rentes monopolistiques ou les inefficacités d'une gestion bureaucratique. Elle ne peut être concevable que si la sélection des risques peut être évitée et si des mécanismes de redistribution permettent d'assurer l'accès équitable aux soins.

Ainsi, seule une conception globale de l'architecture des systèmes de santé peut aboutir à mieux résoudre le problème de l'arbitrage qualité/coût et à mettre en place des incitations non contradictoires à l'amélioration des soins et à la maîtrise des dépenses.

Bibliographie

Mc PHERSON K. (1990) : « Variations entre pays des pratiques médicales », in OCDE (1990).

Mc PHERSON K. et alii (1981) : « Regional Variation in the Use of Common Surgical Procedures », *Social Science Medecine*, vol. 15.

MOUGEOT M. (1994) : *Systèmes de santé et concurrence*, Economica, Paris.

MOUGEOT M. (1998) : *La régulation des systèmes de santé*, La documentation française, Paris.

NOTZON P.A., PLACEK P.J. et TAFFEL S.M. : « Comparaisons of national Cesarian Section Rates », *New England Journal of Medicine*, vol. 316, n°7.

OCDE (1990) : *Les systèmes de santé*, OCDE, Paris.

PHELPS Ch.E. ; (1992) : « Diffusion of Information in Medical Care », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 6, n°3.

De POUVOURVILLE G. (2000) : Le rapport OMS et la France, *La lettre du Collège*, n°3, septembre.

VAYDA E. et alii (1982) : « A Decade of Surgery in Canada England and Wales and the United States », *Archives of Surgery*, vol. 117.

WENNBERG J.E., Mc PHERSON K. et CAPER P. (1984) : « Will Payment Based on D.R.G. Control Hospital Costs ? », *New England Journal of Medicine*, vol. 311, n°5.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
I. LES PERFORMANCES	7
I.1 LES PERFORMANCES SANITAIRES	7
I.2 LE COÛT DES SOINS	9
2. ARBITRAGE COLLECTIF ET DÉCENTRALISATION	13
2.1 LA LÉGITIMITÉ DE L'INTERVENTION PUBLIQUE	14
2.2 LES MODALITÉS DE L'ACTION PUBLIQUE	15
3. LA DIFFÉRENCIATION DES SYSTÈMES DE SANTÉ	18
3.1 CHOIX DU NIVEAU DES DÉPENSES DE SANTÉ	18
3.2 LE FINANCEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ.	19
3.3 LE CONTRÔLE DE LA DEMANDE ET LA LIBERTÉ DE CHOIX DES PATIENTS	21
3.4 LE PAIEMENT DES MÉDECINS AMBULATOIRES	22
3.5 LE PAIEMENT DES HÔPITAUX	23
CONCLUSION	26
BIBLIOGRAPHIE	27