

RÉFORME DES SYSTÈMES DE SANTÉ : MAÎTRISER LES DÉPENSES ET ACCROÎTRE L'EFFICIENCE

Howard Oxley et Maitland MacFarlan

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	8
Les dépenses de santé et leurs motivations	9
Tendances passées	9
Facteurs de croissance passée et future de la dépense	13
Politiques visant à améliorer les performances des systèmes de santé	20
Facteurs influençant l'orientation des réformes	23
Mesures de maîtrise des coûts (au niveau macro-économique)	24
L'efficacité micro-économique et l'offre	28
Quelques problèmes particuliers	42
Résumé et conclusions	50
Augmentation des dépenses de santé et mise en place des réformes	50
De la politique des soins de santé à une politique de la santé	54
Bibliographie	60

Les auteurs remercient Anick Lotrous et Chantal Nicq de leur aide statistique et Jackie Gardel de son aide technique. Nous exprimons notre gratitude aux nombreux collègues, et plus particulièrement à Jean-Pierre Poullier, qui ont contribué à l'établissement de ce document.

INTRODUCTION

La part des dépenses publiques de santé dans le PIB et dans le total des dépenses publiques a beaucoup augmenté au cours de ces trente dernières années. Jusqu'ici, les efforts de réforme ont permis de ralentir cette tendance, mais n'ont pas été suffisants pour supprimer toutes les pressions sous-jacentes qui contribuent à la croissance des dépenses. A moins d'un changement majeur de la politique des pouvoirs publics en matière de santé, les ponctions des dépenses de santé sur les budgets publics continueront sans doute d'augmenter dans les années à venir, en même temps que les dépenses au titre des pensions du régime public. Par conséquent, la réforme du secteur de la santé représente dans de nombreux pays membres un problème politique majeur. Faute de réformes plus fondamentales que celles appliquées dans les années 80, il apparaît inévitable d'augmenter les impôts ou de réduire les prestations.

Ce document examine essentiellement diverses possibilités qui s'offrent aux pouvoirs publics pour atteindre plus facilement les objectifs fixés en matière de santé. La première partie retrace l'évolution récente des dépenses de santé et évalue brièvement les principaux facteurs de croissance de ces dépenses. Nous soutenons que, si la croissance des revenus et l'élargissement de la couverture des assurances ont contribué à l'augmentation des dépenses, plus de la moitié de cette augmentation est due, sans doute, à l'évolution de la situation du côté de l'offre (c'est-à-dire qu'elle est due au cadre réglementaire et aux incitations offertes aux prestataires de services de santé), ce qui suggère que c'est là que la politique doit mettre l'accent.

La deuxième partie présente une vue générale des réformes récentes et des propositions de réforme. Le premier train de réformes a été caractérisé par des tentatives pour ralentir la croissance des dépenses publiques de santé en plafonnant les budgets ou au moyen d'autres instruments « macro-économiques ». Cependant, comme on a peu prêté attention aux incitations sous-jacentes, un doute croissant se fait sentir quant à la capacité des approches purement macro-économiques d'assurer de façon durable une maîtrise globale des dépenses, en partie à cause des effets négatifs qu'elles risquent d'avoir sur l'efficacité du système. Cette partie est essentiellement consacrée à une esquisse des réformes micro-économiques possibles dans la fourniture des prestations de santé financées par les pouvoirs publics, en s'inspirant de l'expérience récente de quelques pays en pointe dans ce domaine. La troisième partie propose un résumé et quelques remarques de conclusion.

LES DÉPENSES DE SANTÉ ET LEURS MOTIVATIONS'

Tendances passées

Entre 1960 et 1992, les dépenses de santé dans l'ensemble de la zone de l'OCDE ont plus que doublé en proportion du PIB, passant de moins de 4 pour cent à un peu plus de 8 pour cent (tableau 1). En 1992, même si les niveaux ont peut-être été légèrement biaisés vers le haut dans certains pays du fait de la récession, la plupart des pays de l'OCDE ont dépensé en prestations de santé environ 7 à 9 pour cent de leur PIB. Les États-Unis font exception, avec 14 pour cent du PIB consacrés

Tableau 1. Montant total des dépenses de santé en proportion du PIB, 1960-92

	Pourcentage						
	1960	1970	1975	1980	1985	1990	1992'
États-Unis	5.3	7.4	8.4	9.2	10.5	12.4	14.0
Japon	3.0	4.6	5.6	6.6	6.5	6.6	6.9
Allemagne	4.8	5.9	8.1	8.4	8.7	8.3	8.7
France	4.2	5.8	7.0	7.6	8.5	8.9	9.4
Italie	3.6	5.2	6.1	6.9	7.0	8.1	8.5
Royaume-Uni	3.9	4.5	5.5	5.8	6.0	6.2	7.1
Canada	5.5	7.1	7.2	7.4	8.5	9.4	10.2
Moyenne des pays ci-dessus	4.3	5.8	6.8	7.4	8.0	8.5	9.3
Australie	4.9	5.7	7.5	7.3	7.7	8.2	8.8
Autriche	4.4	5.4	7.3	7.9	8.1	8.4	8.8
Belgique	3.4	4.1	5.9	6.6	7.4	7.6	8.2
Danemark	3.6	6.1	6.5	6.8	6.3	6.3	6.5
Finlande	3.9	5.7	6.4	6.5	7.3	8.0	9.4
Grèce	2.9	4.0	4.1	4.3	4.9	5.3	5.4
Islande	3.5	5.2	6.2	6.4	7.0	8.2	8.5
Irlande	4.0	5.6	8.0	9.2	8.2	7.0	7.1
Luxembourg	..	4.1	5.6	6.8	6.8	7.2	7.4
Pays-Bas	3.9	6.0	7.6	8.0	8.0	8.2	8.6
Nouvelle-Zélande	4.3	5.2	6.7	7.2	6.5	7.3	7.7
Norvège	3.3	5.0	6.7	6.6	6.4	7.5	8.3
Portugal	..	3.1	6.4	5.9	7.0	5.4	7.0
Espagne	1.5	3.7	4.9	5.6	5.7	6.6	7.0
Suède	4.7	7.2	7.9	9.4	8.9	8.6	7.9
Suisse	3.3	5.2	7.0	7.3	8.1	8.4	9.3
Turquie	..	..	3.5	4.0	2.8	4.0	4.1
OCDE Europe ²	3.8	5.3	6.6	7.1	7.3	7.6	8.0
Total OCDE ²	3.9	5.5	6.7	7.2	7.4	7.9	8.4

1. Les pourcentages provisoires pour 1992 reflètent la faiblesse de la conjoncture (voir le tableau 2).

2. Moyenne arithmétique non pondérée. À l'exclusion du Luxembourg, du Portugal et de la Turquie.

Sources : Données de l'OCDE sur la santé 1960-1990; estimations du Secrétariat de l'OCDE pour 1992.

aux soins de santé. La part des dépenses est nettement plus faible en Grèce et en Turquie (5.4 pour cent et 4.1 pour cent respectivement).

La croissance des dépenses a beaucoup varié selon les pays à diverses périodes (tableau 2). La part des dépenses de santé dans le PIB **tendanciel** a augmenté de 1.9 point de pourcentage au cours des années 70 pour l'ensemble de l'OCDE, mais de 0.8 point seulement entre 1980 et 1992. Ce ralentissement a été encore plus marqué au sein de la Communauté européenne, la part de la santé croissant d'environ 0.5 point depuis 1980, contre environ 2 points au cours des années 70.

Tableau 2. Rapport entre le montant total des dépenses de santé et le PIB tendanciel, 1970-92
Évolution en points de pourcentage

	1970-80	1980-90	1990-92
États-Unis	2.1	3.1	1.1
Japon	2.1	0.2	0.1
Allemagne	2.7	0.0	-0.3
France	1.8	1.2	0.2
Italie	1.8	1.1	0.2
Royaume-Uni	1.5	0.5	0.4
Canada	0.5	1.9	0.3
Total des pays ci-dessus	1.8	1.1	0.3
Australie	1.7	0.4	0.1
Autriche	2.8	0.3	0.3
Belgique	2.8	1.0	0.5
Danemark	0.8	-0.6	0.1
Finlande	0.8	2.0	0.2
Grèce	0.3	0.9	0.2
Islande ¹	1.2	1.9	-0.3
Irlande	3.6	-2.0	0.1
Luxembourg ¹	2.7	0.4	0.2
Pays-Bas	2.2	0.1	0.4
Nouvelle-Zélande ¹	1.6	0.8	0.5
Norvège	1.6	0.9	0.6
Portugal	3.0	-0.7	1.4
Espagne	2.1	1.1	0.2
Suède	2.3	-0.5	-1.2
Suisse ¹	2.1	1.1	1.2
Turquie ¹	..	-0.1	0.1
OCDE Europe ²	2.0	0.5	0.2
Total OCDE ²	1.9	0.6	0.2

i. Évolution du rapport entre les dépenses de santé et le PIB nominal. Les séries concernant le PIB tendanciel n'étaient pas disponibles.

2. Moyenne arithmétique non pondérée.

Sources : Données de l'OCDE sur la santé 1960-1990; estimations du Secrétariat de l'OCDE pour 1990-92.

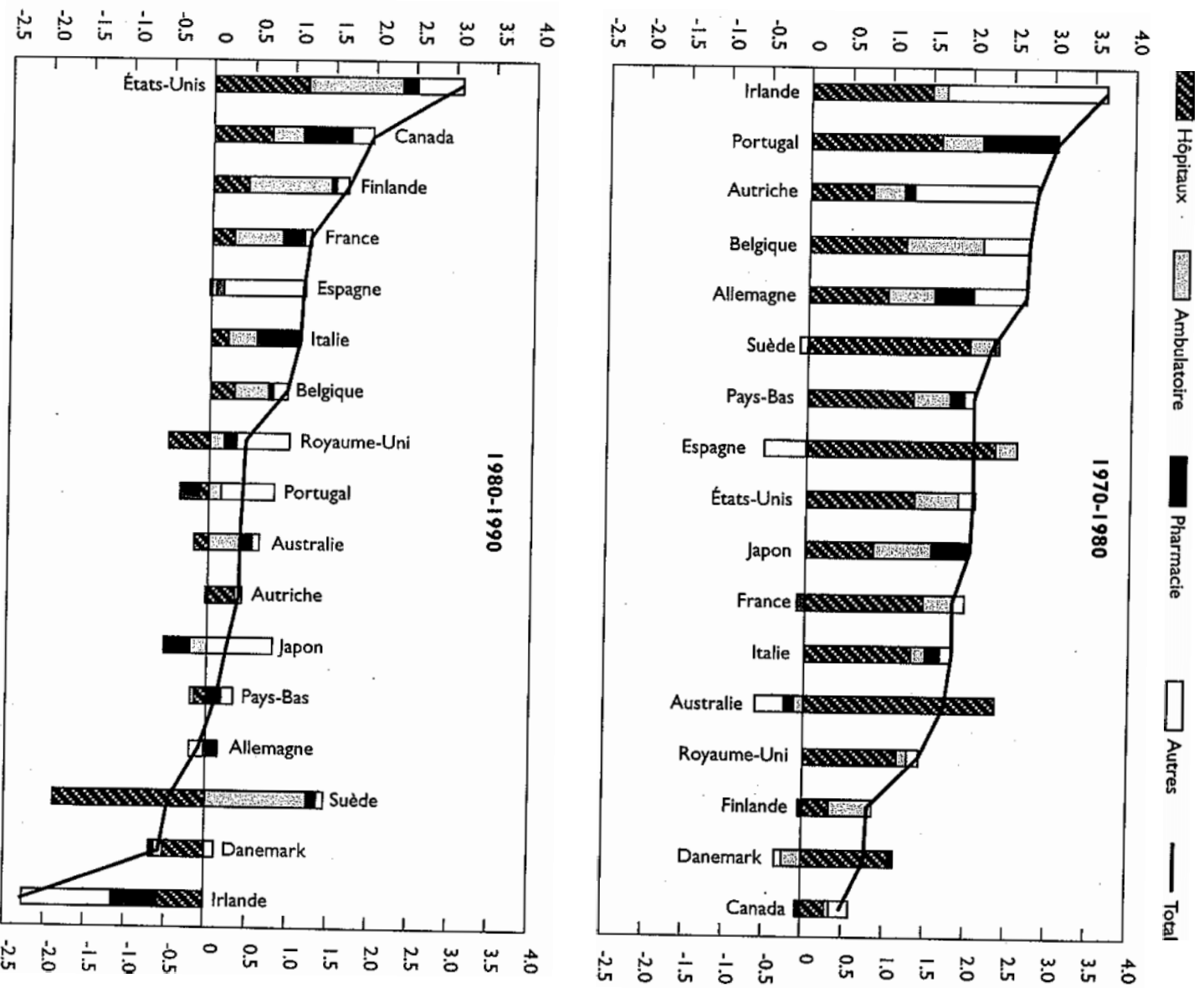
Une décélération similaire a été constatée au Japon et en Australie. Aux États-Unis et au Canada, en revanche, l'évolution a été tout à fait différente : aux États-Unis, la part des dépenses a augmenté de 2.1 points au cours des années 70 (comme dans la Communauté européenne), mais deux fois plus entre 1980 et 1992; au Canada, la part des dépenses de santé n'a augmenté que de 0.5 point de 1970 à 1980, mais de 2.1 points entre 1980 et 1992².

Les contributions des principales sous-catégories du secteur de la santé à la croissance des dépenses sont indiquées dans le graphique 1 pour 1970-80 et 1980-90. Au cours des années 70, la croissance dans le secteur des services hospitaliers a été le principal facteur de croissance des dépenses dans beaucoup des pays considérés, surtout pour le groupe important de pays où la part des dépenses de santé dans le PIB a augmenté d'environ 1.5 à 2.5 points. Les dépenses hospitalières ont en général augmenté beaucoup plus lentement au cours des années 80 et dans la plupart des cas leur impact par rapport aux autres sous-catégories a également diminué. Dans certains pays (notamment les États-Unis et la Suède), le ralentissement de la croissance de la part des dépenses hospitalières entre les années 70 et les années 80 a été en partie compensé par l'accélération de la croissance de la part des composantes ambulatoire, pharmaceutique et/ou « résiduelle »; cela peut inciter à penser que les restrictions imposées aux hôpitaux se sont traduites par des transferts vers ces autres secteurs.

Par choix politique, les dépenses de santé du secteur public (tableau 3) ont augmenté encore plus rapidement que les dépenses totales de santé dans les années 60 et 70, avec l'élargissement de la couverture de l'assurance publique. La moyenne non pondérée de la part publique des dépenses totales de santé de l'OCDE a augmenté rapidement, de 64 pour cent en 1960 à 74 pour cent en 1970, pour dépasser 78 pour cent au début des années 80, avant de baisser légèrement plus récemment. Si l'on ne tient pas compte de la Turquie (en raison de problèmes de comparabilité des données), la part publique des dépenses s'établit actuellement entre 46 pour cent aux États-Unis et 78 pour cent en moyenne en Europe, pour atteindre 95 pour cent en Norvège³.

Le secteur des soins de santé est de toute évidence une branche d'activité importante dans les économies de l'OCDE. Pour l'ensemble des pays membres, l'emploi dans ce secteur représente environ 6 pour cent de l'emploi total; en Norvège, en Suisse et en Suède, il se situe entre 9 et 10 pour cent et, en Finlande, il dépasse 8 pour cent (tableau 4). Ceci incite à penser que lorsqu'ils envisagent des réformes, les gouvernements ne doivent pas se borner à considérer les problèmes immédiats de finances et de déficits publics mais ils doivent se pencher sur la question plus vaste de l'efficience de la fourniture des soins de santé et de ses implications pour le bilan économique global. En effet, si l'on consacre au secteur de la santé davantage de ressources qu'il n'est nécessaire, cela réduit la capacité des économies de se développer avec le temps. Les augmentations inutiles des dépenses de santé limitent aussi les possibilités budgétaires des gouvernements de se consacrer à d'autres objectifs sociaux, y compris ceux qui auraient pu avoir une incidence positive plus forte sur l'état de santé de la population.

Graphique 1. **Contribution des diverses composantes des dépenses de santé dans les dépenses totales de santé**
Évolution en pourcentage du PIB tendanciel sur la période considérée



Source : Données de l'OCDE sur la santé.

Tableau 3. Part de la dépense publique dans le montant total des dépenses de santé, 1960-92

Pourcentage

	1960	1970	1975	1980	1985	1990	1992
États-Unis ¹	24.5	37.2	41.5	42.0	41.4	42.2	45.7
Japon	60.4	69.8	72.0	70.8	72.7	70.8	71.2
Allemagne	66.1	69.6	77.2	75.0	73.6	71.8	71.5
France	57.8	74.7	77.2	78.8	76.9	74.5	74.7
Italie	83.1	86.4	86.1	81.1	77.1	77.8	75.2
Royaume-Uni	85.2	87.0	91.1	89.6	86.3	84.4	84.4
Canada	42.7	70.2	76.4	74.7	74.7	73.1	72.2
Australie	47.6	56.7	72.8	62.9	71.5	68.1	67.6
Autriche	69.4	63.0	69.6	68.8	66.7	66.1	65.2
Belgique	61.6	87.0	79.6	83.4	81.8	88.9	88.9
Danemark	88.7	86.3	91.9	85.2	84.4	83.6	82.0
Finlande	54.1	73.8	78.6	79.0	78.6	80.9	79.3
Grèce	64.2	53.4	60.2	82.2	81.0	84.2	76.1
Islande	76.7	81.7	87.2	88.2	86.4	86.8	85.2
Irlande	76.0	81.7	79.0	82.2	77.4	74.7	..
Luxembourg	..	..	91.8	92.8	89.2	91.4	..
Pays-Bas	33.3	84.3	73.4	74.7	75.1	71.4	76.6
Nouvelle-Zélande	80.6	80.3	83.9	83.6	85.2	82.2	79.0
Norvège	77.8	91.6	96.2	98.4	96.5	94.5	94.8
Portugal	..	59.0	58.9	72.4	56.3	69.4	69.8
Espagne	58.7	65.4	77.4	79.9	80.9	80.5	80.5
Suède	72.6	86.0	90.2	92.5	90.3	89.7	85.6
Suisse	61.3	63.9	68.9	67.5	66.1	68.4	72.5
Turquie	..	..	49.0	27.3	50.2	35.6	..
OCDE Europe ²	67.9	77.2	80.2	81.7	79.9	79.9	74.3
Total OCDE ²	63.9	73.8	77.6	78.1	77.4	16.9	72.4

1. Les valeurs sont sous-estimées aux États-Unis dans la mesure où les dépenses liées à l'exonération fiscale dont bénéficient les cotisations patronales aux régimes d'assurance maladie des salariés ne sont pas prises en compte. S'il en était tenu compte, l'estimation de la part des dépenses en proportion du PIB, ces dernières années, pourrait s'en trouver majorée de 8 à 9 points de pourcentage.

2. Moyenne arithmétique non pondérée. À l'exclusion du Luxembourg, du Portugal et de la Turquie.

Sources : Données de l'OCDE sur la santé 1960-1990; estimations du Secrétariat de l'OCDE pour 1992.

Facteurs de croissance passée et future de la dépense

Un ensemble complexe de facteurs – liés d'une part à l'offre et d'autre part à la demande – a contribué à augmenter les dépenses de santé. Dans l'état actuel de nos connaissances, il est difficile de les identifier tous et d'en déterminer l'importance avec précision. Toutefois, selon des estimations approximatives dont font état Oxley et MacFarlan (1994), il semble que les effets « de l'offre » liés au vieillisse-

Tableau 4. L'emploi dans le secteur de la santé, de 1970 à l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données

Pourcentage de l'emploi total

	1970	1980	1990	Dernière année pour laquelle des données sont disponibles
États-Unis	3.7	5.3	..	6.2
Japon	1.4	..	2.4	2.4 ¹
Allemagne	2.9	4.5	..	5.5 ¹
France	..	..	..	6.8 ³
Italie	1.6	3.9	4.3	4.44
Royaume-Uni	3.1	4.7	4.6	4.8 ⁴
Canada	..	4.3	5.3	5.55
Australie	..	6.5	6.8	6.9 ⁴
Autriche	..	..	..	..
Belgique	2.5	4.3	..	4.6 ⁶
Danemark	3.1	4.8	4.7	4.7 ²
Finlande	3.6	5.1	6.8	8.3 ⁴
Grèce	1.4	2.0	3.3	3.3 ²
Islande	4.0	5.8	6.9	6.0 ⁵
Irlande	..	4.8	5.3	5.4 ⁴
Luxembourg	..	..	..	..
Pays-Bas	0.4	6.4	6.4	6.6 ⁴
Nouvelle-Zélande	..	..	4.3	4.32
Norvège	4.2	8.0	..	9.1 ¹
Portugal	1.7	2.2	2.9	2.9 ²
Espagne	..	2.6	3.4	3.42
Suède	6.2	9.9	9.9	10.04
Suisse	2.8	4.4	..	9.9 ⁵
Turquie	0.4	0.7	0.9	0.9 ²
Total OCDE ⁷	2.8	5.0	5.2	5.8

1. 1989.

2. 1990.

3. 1987.

4. 1992.

5. 1991.

6. 1981.

7. Lorsque les données sont disponibles, et à l'exclusion de la Turquie

Source : Fichier santé de l'OCDE.

ment, à l'augmentation des revenus et à l'extension de la couverture des assurances n'expliquent qu'une partie – sans doute moins de la moitié – de la croissance globale des dépenses. Cela laisse un important résidu que l'on peut attribuer, dans une large mesure, à l'évolution observée dans la prestation des services de santé. Un élément particulièrement important semble avoir été le changement technologique, défini en gros comme incluant des techniques, médicaments, équipements et

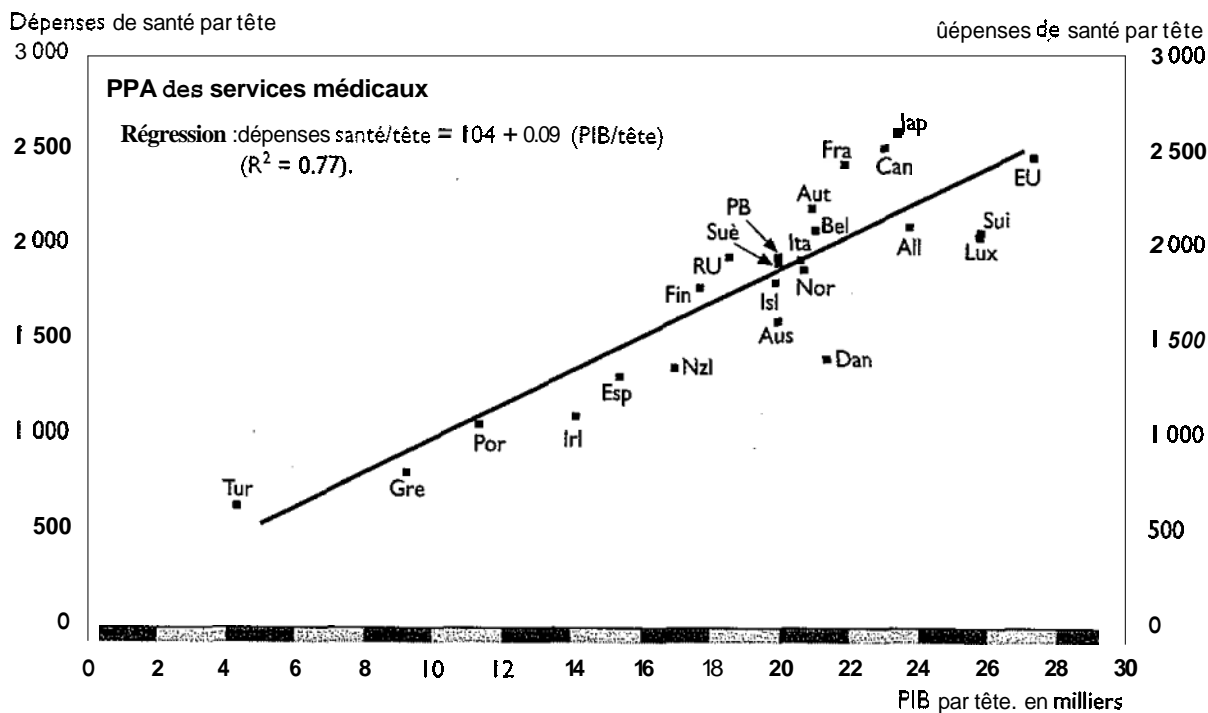
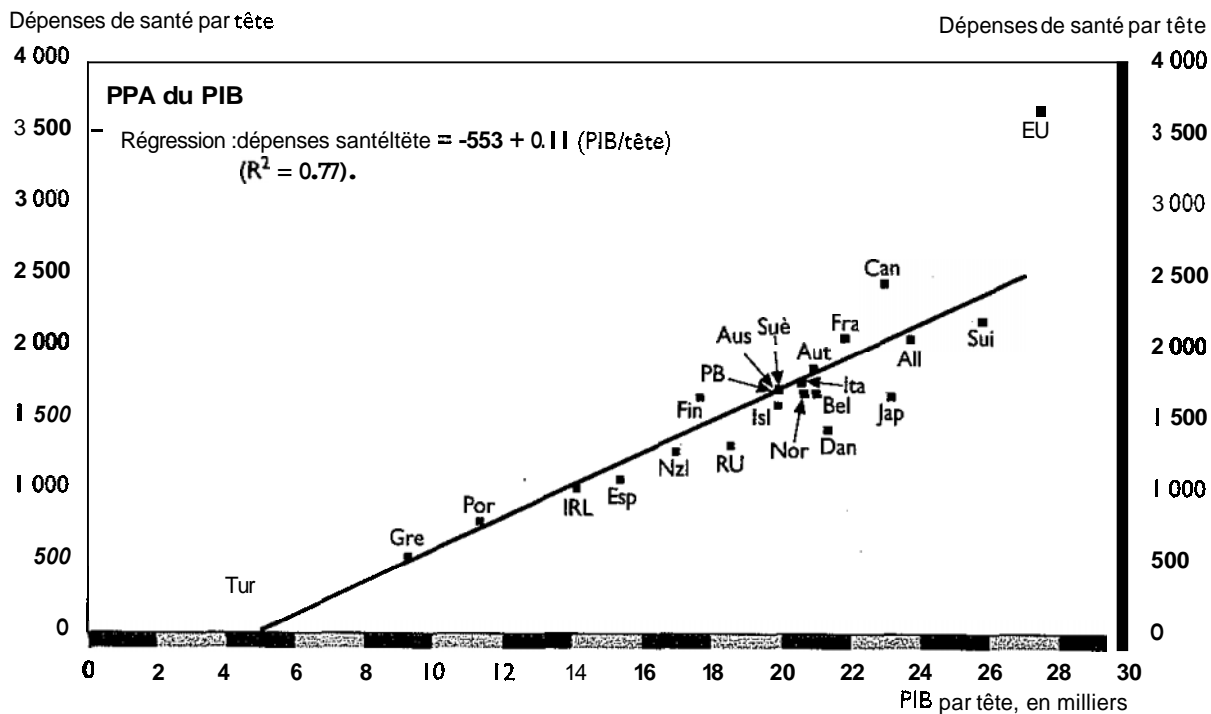
actes utilisés pour les soins de santé (Weisbrod, 1991). Ont aussi contribué à l'augmentation des dépenses de santé l'accroissement des effectifs de personnel et des installations médicales et la hausse des prix réels des soins de santé. Ces facteurs peuvent être étiquetés, au sens large, comme « effets de l'offre » car ils sont souvent liés aux incitations offertes aux fournisseurs et non aux consommateurs de soins de santé. Il ne faut pas oublier les effets du niveau peu élevé des prix marginaux des technologies et traitements nouveaux pour les consommateurs. Néanmoins, l'accès à ces services est encore, en grande partie, contrôlé par les médecins et par d'autres professionnels de la santé.

Il ressort de l'analyse qui précède que, lorsqu'on évalue les orientations possibles de la réforme des systèmes de santé, il faut prêter une attention particulière à l'offre sur le marché de la santé, notamment au panachage d'incitations et de restrictions devant lesquelles se trouvent les prestataires de services dans le secteur hospitalier et dans le secteur privé. Ces aspects font l'objet d'un examen plus approfondi dans la deuxième partie. La nécessité et l'ampleur des réformes à accomplir sont encore mises en évidence par les nombreuses différences observées entre les pays de l'OCDE dans le niveau, la gamme et le coût des services offerts. Le niveau du PIB par habitant – qui sert probablement d'indicateur supplétif de toute une gamme de facteurs liés à l'offre et à la demande – « explique » pour une grande part (environ 80 pour cent) la variation transversale des dépenses de santé par habitant parmi les pays de l'OCDE, mais il subsiste d'importantes différences dans les niveaux de dépenses même après prise en compte du PIB (graphique 2, partie supérieure). Si l'on corrige les dépenses de santé à l'aide des prix des intrants des services de santé et non des prix de l'ensemble de l'économie (afin de comparer les volumes de services de santé), on obtient une image légèrement différente mais non moins variée de l'importante variation des dépenses de santé selon les pays (graphique 2, partie inférieure)⁴. Il y a aussi des différences notables d'un pays à l'autre en ce qui concerne la ventilation des dépenses de santé entre les soins aux malades hospitalisés, les soins ambulatoires et les médicaments et, à l'intérieur du secteur hospitalier, on note une variation marquée, d'un pays à l'autre, dans le nombre de lits, les taux d'admissions, la durée des séjours et les taux d'occupation des lits (OCDE, 1993c).

S'il est vrai que ces différences peuvent, en partie, refléter des préférences culturelles et sociales plus générales en matière de services de santé, il est aussi probable que les structures institutionnelles particulières (et les incitations qui y sont associées) adoptées par chaque pays pour le financement et la prestation des soins de santé ont un effet important. On trouvera dans l'encadré A (Systèmes de financement/d'assurance) et dans l'encadré B (Modalités de l'offre de soins) des informations générales sur le financement et la prestation des services de santé.

Par ailleurs, les différences internationales dans les dépenses de santé ne présentent, en général, qu'une faible corrélation avec les indicateurs types des résultats des soins de santé, tels que l'espérance de vie et les taux de mortalité infantile (ûxley et MacFarlan, *op. cit.*). Cela, conjugué au degré élevé d'incertitude qui entoure une grande partie de la pratique médicale (voir, par exemple, Commis-

Graphique 2. **Dépenses de santé et PIB, 1992**



Note : Sur les deux graphiques, les chiffres nationaux du PIB par tête sont comparés à l'aide des parités de pouvoir d'achat du PIB sur la base des taux de change du dollar des États-Unis et avec un niveau de prix OCDE = 100. Sur le graphique du haut, les dépenses nationales de santé sont comparées à l'aide des PPA du PIB. Sur le graphique du bas, elles sont comparées à l'aide des PPA des services médicaux.

Sources : OCDE, 1990b ; OCDE, 1993e ; estimations du Secrétariat de l'OCDE.

Encadré A. Caractéristiques des systèmes de financement/d'assurance des soins de santé

Typologie des systèmes d'assurance

Les systèmes d'assurance privée couvrent des individus ou des groupes, les primes d'assurance étant fonction des caractéristiques de risque. Ces systèmes sont souples, offrant diverses formules selon le degré de risque. Il peut être difficile pour les individus qui présentent des risques importants de s'assurer. Dans deux pays seulement (États-Unis et Suisse), les assureurs privés couvrent les gros risques de santé pour la majeure partie de la population (encore que les assureurs en Suisse soient soumis à une réglementation très sévère et tenus de fournir une évaluation des risques collectifs et non individuels – voir plus loin). Dans la plupart des autres pays, les dispositifs privés viennent compléter, à la marge, les dispositifs publics. Dans certains pays, les groupes à haut revenu (c'est le cas en Allemagne, par exemple) ou certains groupes (les fonctionnaires en Espagne), peuvent opter pour une assurance privée (souvent moins coûteuse). Dans d'autres pays, la population peut souscrire une assurance complémentaire auprès d'un assureur privé ou d'une mutuelle, pour couvrir le ticket modérateur (dépense à la charge de l'utilisateur) dans les systèmes publics (par exemple en France), pour bénéficier de meilleures conditions d'hospitalisation (chambre privée), pour être traité en secteur privé par des spécialistes hospitaliers (par exemple au Royaume-Uni, en Australie, en Autriche, au Danemark et en Irlande) ou pour s'assurer contre des risques non couverts par le système d'assurance publique (par exemple au Canada et en Australie). Dans de nombreux pays, les primes d'assurance maladie bénéficient de la déductibilité fiscale.

Les systèmes d'assurance sociale fonctionnent sur la base de caisses d'assurance maladie, le plus souvent gérées par les partenaires sociaux et soumises à une réglementation et une supervision stricte de la part des pouvoirs publics. Les caisses d'assurance maladie opèrent une mutualisation des risques et les primes sont, dans une certaine mesure, fonction des revenus. Les primes varient parfois d'une caisse à l'autre en fonction des disparités dans la structure de risque des affiliés; ces écarts sont parfois compensés par des aides gouvernementales ou par des transferts entre caisses. L'affiliation est obligatoire pour certains groupes (par exemple les groupes à faible revenu) et, dans certains cas, le système couvre pratiquement l'ensemble de la population. Les caisses d'assurance maladie sont généralement nombreuses. Elles s'organisent autour d'une profession (ouvriers ou employés) ou d'une branche d'activité, ou bien encore selon un principe confessionnel ou sur une base géographique (Japon, Allemagne, France, Autriche, Belgique, Luxembourg et Pays-Bas).

Le financement par l'impôt s'opère de deux façons. Soit, l'assurance et l'offre de soins sont assurées par un seul et même organisme, public, et ces deux missions sont financées sur le budget. Cependant, la responsabilité de la production de soins et de la prestation de services est souvent déléguée à des échelons

(voir page suivante)

(suite)

administratifs inférieurs (Italie, Royaume-Uni (jusqu'aux récentes réformes), Danemark, Finlande, Grèce, Nouvelle-Zélande (jusqu'aux récentes réformes), Norvège, Espagne et Suède). Soit, dans certains pays (Canada et, à un moindre degré, Australie), l'État joue le rôle d'assureur unique, prélevant les fonds nécessaires par l'impôt et rémunérant les prestataires, essentiellement privés (le plus souvent sans but lucratif).

Étendue de la couverture

En ce qui concerne la **part de la population couverte par les assurances**, les États-Unis et la Turquie sont les seuls pays de l'OCDE où une fraction non négligeable de la population ne bénéficie d'aucune assurance. Aux États-Unis, en dépit de divers systèmes d'assurance publique, qui couvrent 24 pour cent de la population – essentiellement Medicare pour les personnes à la retraite et de Medicaid pour certains groupes pauvres –, 15 pour cent environ de la population ne bénéficie d'aucune assurance². En Suisse, la couverture par une assurance privée est très étendue, ce qui s'explique par un certain nombre de facteurs : les assureurs ne peuvent rejeter personne; dans certaines villes ou cantons, l'assurance est obligatoire; et les caisses d'assurance maladie sont fortement subventionnées par l'État fédéral³. Dans ces deux pays, la question de savoir si les gens ont les « moyens de s'assurer » est devenue l'un des grands enjeux du débat politique, les primes d'assurance absorbant une part de plus en plus importante du revenu. La Turquie, où environ 55 pour cent de la population est actuellement couvert par une assurance publique, voudrait parvenir à assurer l'ensemble de sa population au cours des années à venir.

Les différences entre pays sont relativement limitées en ce qui concerne les **risques couverts**. Dans tous les pays, les soins hospitaliers et les soins médicaux ambulatoires sont couverts. Dans les régimes publics, le champ de la couverture est généralement défini par la loi et l'assurance a peu à peu été étendue à de nouvelles pratiques à mesure que les techniques médicales évoluaient et que les nouvelles techniques devenaient pratiques médicales couramment acceptées. Les disparités sont plus marquées en ce qui concerne les médicaments, les soins et prothèses dentaires, les lunettes et les aides auditives, les soins de longue durée, les cures thermales et les séjours en maison de repos ou en sanatorium.

Dépenses à la charge du patient La participation au coût varie selon le type de service. En ce qui concerne les frais d'hospitalisation (qui constituent la plus grosse composante de la dépense de santé), dix pays ont instauré la gratuité (ou une quasi gratuité) et six autres appliquent un tarif journalier égal ou inférieur à dix dollars. La participation au coût est plus importante en Finlande, au Portugal, et, par rapport au revenu moyen dans ce pays, en Turquie. Aux États-Unis, la plupart des assureurs privés imposent une « franchise » importante. Au Japon et en France, il est appliqué un ticket modérateur proportionnel au coût (les patients paient un

(voir page suivante)

(suite)

pourcentage de la dépense totale) qui est important aussi. Cependant, en France, 83 pour cent de la population bénéficie d'une assurance complémentaire qui rembourse en grande partie le ticket modérateur et 12 pour cent de la population – essentiellement les malades chroniques à qui on peut imputer 50 pour cent des dépenses de la sécurité sociale – est exonérée du paiement du ticket modérateur".

La participation au coût, sous la forme d'un ticket modérateur forfaitaire ou d'un ticket modérateur proportionnel, est généralement plus importante pour les soins ambulatoires et les examens médicaux. Dix pays seulement ont institué la gratuité ou une quasi gratuité des consultations chez le généraliste, et neuf pour les consultations de spécialiste. Néanmoins, le ticket modérateur qui reste à la charge du patient est faible au Luxembourg et en France une fois que l'assurance complémentaire a joué, mais il est un peu plus lourd aux États-Unis, au Japon, en Belgique, en Islande, en Norvège, en Nouvelle-Zélande, au Portugal et en Suède. Le taux du ticket modérateur est plus élevé pour les produits pharmaceutiques : cinq pays seulement ont institué la gratuité des médicaments ou n'exigent qu'un paiement symbolique.

1. En Allemagne, un quart de la population a la possibilité de souscrire une assurance privée qui peut, dans certains cas, être moins coûteuse. Cependant, les personnes qui présentent des risques plus importants et qui ont des difficultés à souscrire une assurance privée peu coûteuse se font assurer auprès des caisses d'assurance maladie publiques. Seulement 8 pour cent environ souscrivent une assurance privée. Aux Pays-Bas toute la population est assurée au titre des soins de longue durée et des soins psychiatriques (qui représentent en gros 45 pour cent de la dépense totale de santé). En ce qui concerne les risques non couverts, 60 pour cent de la population bénéficie de l'assurance maladie de la sécurité sociale, tandis que les fonctionnaires et 30 pour cent des personnes appartenant aux groupes ayant les revenus les plus élevés sont couverts par une assurance privée. En partie pour éviter le phénomène de sélection négative (les personnes âgées étaient sur-représentées dans le régime public), toute la population doit désormais être couverte par un régime public qui assure une couverture de base.
2. Et nombreuses sont les personnes qui ne sont pas aussi bien assurées qu'elles le souhaiteraient ou qui perdent temporairement leur assurance en période de chômage. Certaines personnes non assurées pourraient avoir accès à une assurance mais le coût d'une assurance est si lourd qu'elles ont décidé (ou été contraintes) de s'auto-assurer. Ceci ne signifie pas nécessairement qu'elles n'ont pas accès aux soins de santé : très souvent, elles se font soigner dans les hôpitaux publics, mais elles y reçoivent une « quantité » et une « qualité » de soins inférieures (CEA, 1994).
3. Cependant, les affections pré-existantes peuvent être exclues de la couverture pendant une certaine période et les caisses d'assurance imposent souvent un délai de carence. Les primes d'assurance sont largement fonction de l'âge au moment de l'affiliation à une caisse de sorte que les personnes qui sont contraintes de changer d'assureur lorsqu'elles sont plus âgées peuvent devoir supporter de fortes augmentations de prime.

(voir page suivante)

(suite)

C'est une situation qui est devenue de plus en plus fréquente ces dernières années : les caisses comptant une forte proportion de personnes âgées tendent à appliquer des primes plus lourdes, ce qui pousse les jeunes à se tourner vers des caisses où la structure de risque est plus favorable et où les primes sont moins lourdes. Pour atténuer les tensions financières auxquelles sont soumises les caisses confrontées à une structure de risque défavorable, toutes les caisses ont été fusionnées. Cette fusion s'est traduite par des augmentations de primes importantes pour les affiliés âgés.

4. Les personnes qui n'ont pas d'assurance complémentaire appartiennent généralement aux groupes à faible revenu.

sariat Général du Plan, 1993). amène à s'interroger sur l'efficacité marginale d'un accroissement continu des dépenses de santé, du moins dans le cadre institutionnel actuel.

POLITIQUES VISANT À AMÉLIORER LES PERFORMANCES DES SYSTÈMES DE SANTÉ

En général, les gouvernements poursuivent, dans le domaine des soins de santé trois grands objectifs :

- **Équité** : les citoyens doivent avoir accès à un minimum incompressible de soins de santé, et le traitement ne doit pas être fonction uniquement du revenu mais plutôt des besoins réels de soins. De plus, il faut que les individus se voient offrir une certaine protection contre les conséquences financières de la maladie, et le paiement de cette protection doit être lié au revenu et non pas fondé sur le risque individuel.
- **Efficiences micro-économiques** : il importe de maximiser la qualité des soins et la satisfaction des consommateurs et de réduire les coûts au minimum⁵. L'efficacité micro-économique exige aussi de prendre en compte les effets de « retombée » (par exemple celui des maladies contagieuses et les effets sur la productivité de la main-d'œuvre). Les considérations dynamiques d'efficacité comprennent la recherche de formes d'organisation et d'avance technologique qui améliorent la productivité des moyens de santé. Plus généralement, lorsqu'ils évaluent les moyens les plus efficaces d'améliorer les « résultats » en matière de santé (c'est-à-dire l'état de santé), il faut que les gouvernements s'interrogent pour savoir si l'accroissement des ressources fournies aux services de santé en général ne prive pas de ces mêmes ressources d'autres programmes plus efficaces⁶.

Encadré B. Modalités de l'offre de soins

On peut distinguer trois modes d'organisation de l'offre de services médicaux – en particulier s'agissant des soins ambulatoires et hospitaliers. Reprenant en partie la typologie présentée dans OCDE (1992)¹, on parlera du système du remboursement, du système du contrat et du système intégré. Pour distinguer ainsi trois types de modèles, on prend en compte deux éléments qui sont liés entre eux : la nature de la relation entre la **source de financement** et les **prestataires** des services de santé ; et l'importance relative des **patients** et des **tiers payants** dans la **répartition** des financements entre les prestataires. Aucun pays ne relève strictement de l'une quelconque de ces trois catégories ; en fait, de nombreux pays relèvent, par tel ou tel aspect, des trois modèles en même temps, parce que, par exemple, l'offre de soins dans le secteur hospitalier est organisée selon des modalités diverses ou parce que les soins ambulatoires et les soins hospitaliers ne sont pas traités de la même façon.

Dans le système du **remboursement**, les prestataires sont payés après coup pour les services fournis aux patients. Le paiement peut être effectué directement par le patient (qui est alors généralement remboursé, en totalité ou en partie, par une assurance), ou par une assurance à qui le prestataire demande de prendre en charge les services fournis. Le choix du patient (choix d'un lieu, service requis, avis du généraliste, etc.) a donc une influence déterminante sur la façon dont le financement de la santé se répartit entre les prestataires, et par conséquent sur les modalités de l'offre de soins. La formule du remboursement, souvent associée au paiement à l'acte, peut se pratiquer dans les systèmes où les assureurs et les prestataires (souvent privés) sont multiples, comme aux États-Unis, au Japon et en Suisse ; il peut être difficile d'instaurer des relations contractuelles plus étroites dans ce type de système. Par ailleurs, le mode de paiement des services ambulatoires est généralement le paiement rétroactif à l'acte qui privilégie la liberté du consommateur de choisir son généraliste. Il est difficile, dans ce contexte, pour ceux qui supportent la dépense, d'exercer un contrôle sur les coûts.

Le système du **contrat** implique, d'une manière ou d'une autre, un accord prospectif entre les tiers payants et les prestataires de soins, qui fixe les clauses et conditions du paiement des services. Par rapport au système du remboursement, le système du contrat confère au payeur une plus large possibilité de contrôle du niveau total de la dépense et de sa répartition. C'est très souvent la formule qu'adoptent les systèmes d'assurance sociale dans lesquels l'assurance, qui repose sur un nombre restreint d'organismes publics ou sans but lucratif, est généralement obligatoire. En ce qui concerne le financement des hôpitaux, il est généralement organisé, d'une manière ou d'une autre, sur la base d'un tarif journalier ou d'une classification des soins², mais dans le cadre d'un budget prospectif ou dans la limite d'un plafond global (comme en Allemagne et en Belgique). La formule des contrats préférentiels ou contrats PPO aux États-Unis relève de ce type de système. Lorsque les services sont pré-payés, le consommateur ne peut choisir qu'entre les

(voir page suivante)

(suite)

prestataires qui ont passé contrat avec l'organisme payeur (mais ils peuvent aussi s'adresser à d'autres prestataires sous certaines conditions de remboursement).

Dans les systèmes **intégrés**, le même organisme – qui est généralement un organisme administratif local ou central – exerce son contrôle à la fois sur le financement et sur l'offre de services de santé. Dans les deux derniers systèmes évoqués les incertitudes concernant les coûts et les complexités contractuelles sont donc « internalisées » dans le cadre d'une intégration verticale, et la coordination du financement et de l'offre de soins se fait sur un plan administratif. Le personnel médical – généralistes et médecins hospitaliers – est généralement salarié et, pour le reste, le financement des hôpitaux est assuré sur la base d'une dotation globale. C'est la formule dominante (généralement pour les généralistes comme pour les hôpitaux) dans les pays nordiques et en Turquie; c'est la formule qui s'applique aux hôpitaux publics en France, en Italie, en Australie, en Grèce, en Islande, au Portugal et en Turquie; et c'est la formule qui s'appliquait au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande jusqu'aux réformes qui ont été introduites récemment allant dans le sens du contrat. Les réseaux de soins coordonnés (HMO) aux États-Unis sont des exemples de cette approche intégrée : en adhérant à une HMO (pour des raisons de prix éventuellement), les consommateurs acceptent que soit limitée leur possibilité de choix concernant les prestataires de soins primaires et secondaires.

1. La typologie présentée dans OCDE (1992), qui distingue huit modèles, tient compte aussi du caractère obligatoire ou, au contraire, volontaire de l'assurance. En outre, le mot « remboursement » est employé ici avec un sens plus large : on désigne ainsi les versements effectués à titre rétroactif aux prestataires et non pas (comme dans OCDE, 1992) les versements des assureurs aux patients.
2. Les principaux modes de financement des hôpitaux et modes de rémunération des médecins sont décrits plus en détail dans les encadrés C et D.

– **Maîtrise des coûts au niveau macro-économique** : le secteur de la santé doit consommer une part « appropriée » du PIB. S'il n'y a pas nécessairement de raison de limiter le niveau des dépenses simplement parce qu'il est élevé ou qu'il croît rapidement, il peut devenir souhaitable d'y mettre des limites lorsque les politiques suivies par l'État ou la défaillance du marché privé conduisent à un excédent de l'offre ou de la demande de prestations de santé.

Deux caractéristiques du marché de la santé risquent de conduire à une fourniture excédentaire de prestations. La première est le **défaut d'information**. La

grande majorité des patients ne disposent pas des informations nécessaires pour choisir en toute connaissance de cause. Ils sont donc obligés de déléguer à divers degrés les décisions de traitement aux professionnels de la santé qui sont précisément ceux qui fournissent les prestations – ce qui crée un risque de conflit d'intérêts. Même au sein de la profession médicale, il existe de grandes incertitudes sur les choix de traitements et leurs conséquences. La seconde est le problème du **risque subjectif**. Du côté de la demande, cela peut se traduire par un accroissement de la demande de soins de santé couverts, parce que les patients ne sont pas confrontés à la totalité du coût marginal. Mais le risque subjectif n'est pas limité à la demande. Du côté de l'offre, par exemple, l'incitation à fournir un excès de prestations médicales peut être renforcée lorsqu'une tierce partie paie l'essentiel des prestations que les médecins décident de fournir, quelles qu'elles soient. C'est avec le système du paiement à l'acte que cet effet est peut-être le plus visible.

Face aux problèmes budgétaires d'une part et à l'inefficacité constatée des dépenses d'autre part, tous les pays de l'OCDE ont procédé à des réformes ou prévoient de le faire, dans un proche avenir. Si l'orientation de ces réformes n'a pas toujours été la même dans tous les pays (section sur les facteurs influençant l'orientation des réformes), on peut les classer en deux grandes catégories : macro-économiques et micro-économiques. Les gouvernements, aux prises avec les conséquences budgétaires de la montée incessante des prestations de santé, ont en général commencé par introduire des mesures macro-économiques de maîtrise des dépenses sous forme notamment de plafonds budgétaires (section sur les mesures de maîtrise des coûts). Mais au fur et à mesure que se sont manifestées les limites et les faiblesses d'une contrainte budgétaire globale, les réformes ont visé, plus récemment, à s'attaquer aux différents aspects des politiques de santé d'une façon plus intégrée et plus cohérente, permettant ainsi la prise en compte des facteurs plus généraux qui ont une incidence sur la santé (section sur l'efficacité micro-économique et l'offre). Ces réformes devraient aussi offrir des moyens plus efficaces pour résoudre des problèmes tels que l'évaluation des nouvelles technologies, le vieillissement de la population, les médicaments et le partage des coûts par les consommateurs de services de santé (section concernant quelques problèmes particuliers).

Facteurs influençant l'orientation des réformes

De nombreux gouvernements ont déjà entrepris des réformes substantielles des systèmes de santé au cours de la décennie écoulée (pour plus de détails, voir OCDE, 1992 et 1994c). L'orientation de la réforme n'a toutefois pas toujours été la même – ni d'un pays à l'autre ni dans le temps – et a été déterminée par deux ensembles de facteurs. Le premier est le point de départ des réformes. La grande diversité des systèmes de financement, des systèmes contractuels et réglementaires (voir encadrés A et B) et des structures d'incitation correspondantes a fait que les

pays n'étaient pas confrontés avec la même intensité aux problèmes relatifs au financement et à la prestation des soins de santé. Par exemple, dans des pays comme le Royaume-Uni et la Suède – où, jusqu'au début des années 90, le financement des soins hospitaliers dans le cadre d'un budget, avec des médecins salariés, contribuait à limiter la dépense – les réformes essentielles ont visé à accroître l'efficacité (et en particulier à réduire les délais d'attente). Au contraire, aux États-Unis, en Allemagne, en France et dans d'autres systèmes où traditionnellement les hôpitaux et les médecins étaient rémunérés à l'acte, l'accent a été mis sur la limitation des dépenses globales sans baisse de qualité des prestations. Les aspects d'équité et d'accès aux soins de santé sont également au premier plan du débat sur la réforme dans tous les pays, et surtout aux États-Unis.

Deuxièmement, les pays attachent un poids différent aux objectifs ou sont confrontés à des pressions politiques différentes de la part des prestataires des soins de santé, des patients et des contribuables, de sorte que les réformes ont pris des aspects différents même pour des pays où les problèmes étaient similaires. Cela tient également au conflit potentiel entre les trois objectifs décrits au début de la deuxième partie (Politiques visant à améliorer les performances des systèmes de santé). Par exemple, la limitation des dépenses générales de l'État peut être obtenue en augmentant le montant du ticket modérateur à payer par les patients ou en limitant les recettes des prestataires de soins de santé. Le premier moyen peut cependant être en contradiction avec l'objectif de l'accès généralisé aux soins de santé. Le deuxième, surtout s'il ne s'accompagne pas de mesures d'amélioration de l'efficacité, risque de conduire à des réductions de la production, à l'allongement des listes d'attente et à la baisse de satisfaction des consommateurs. Les gouvernements ont dû équilibrer ces différents objectifs, notamment en infléchissant leurs politiques au fur et à mesure que les conséquences de leurs choix initiaux se manifestaient.

Mesures de maîtrise des coûts (au niveau macro-économique)

La plupart des gouvernements de l'OCDE imposent désormais, sous une forme ou sous une autre, une limitation globale des dépenses de santé. On s'est surtout penché sur les services hospitaliers – généralement le principal facteur de dépenses et, au cours de la dernière décennie, le plus étroitement contrôlé. Mais l'augmentation rapide des dépenses au titre des soins ambulatoires et des médicaments a conduit quelques gouvernements à élargir le contrôle également à ces composantes.

Un facteur qui contribue au contrôle des coûts est un pouvoir monopsoniste fort dans les relations avec les prestataires – soit en faisant transiter tous les crédits par l'intermédiaire d'un seul budget soit par des consultations entre les organismes de financement dans la formulation des limitations globales des dépenses (Evans

et Stoddart, 1990; Abel-Smith, 1992; Wolfe et Moran, 1993). Le processus qui est effectivement suivi dépend du degré de centralisation des dépenses et des décisions. Ainsi :

- C'est dans les systèmes où il n'y a qu'une seule source de fonds que le contrôle global des dépenses est le plus facile; au Royaume-Uni, en Irlande et en Nouvelle-Zélande, par exemple, les dépenses de santé constituent un poste budgétaire et les soins de santé sont pour l'essentiel fournis par l'État. Cependant, un tel système doit être complété par des sanctions permettant d'éviter ou de recouvrer les excédents de dépenses⁷.
- Lorsque la fourniture des soins de santé est organisée par les pouvoirs publics locaux ou régionaux, les autorités centrales peuvent avoir plus de difficultés à maîtriser les dépenses globales. Cependant, la limitation des transferts de l'administration centrale à l'administration locale et/ou les limites imposées par l'échelon central aux barèmes d'imposition locaux peuvent contribuer à créer des objectifs implicites et les moyens d'y parvenir⁸.
- Dans les systèmes de sécurité sociale (surtout lorsqu'il existe un grand nombre de caisses maladie), la limitation des dépenses exige une action coordonnée de la part des caisses vis-à-vis des prestataires, souvent accompagnée de restrictions imposées par le gouvernement sur les hausses des cotisations d'assurance maladie obligatoires⁹.

Les **techniques** de maîtrise varient selon les pays. Dans le secteur hospitalier, elles comportent les éléments suivants :

- Large recours à des enveloppes budgétaires par hôpital avec des sanctions en cas de dépassement et des mesures visant à empêcher la substitution de recettes (par exemple lorsque les hôpitaux imposent aux patients des charges supplémentaires). Des variantes de ces enveloppes budgétaires existaient dans tous les pays sauf quatre à la fin des années 80 (les exceptions étant les États-Unis, l'Autriche, le Luxembourg et – hormis un canton – la Suisse), mais avec des réussites diverses.
- Des efforts ont été faits pour limiter le nombre de nouveaux hôpitaux et la diffusion d'équipements médicaux coûteux. Des « certificats de nécessité » pour les nouveaux hôpitaux et des contrôles centraux des dépenses d'équipement ont été imposés un peu partout. Ces mesures se sont souvent accompagnées d'autres mesures visant à diminuer le nombre de lits excédentaires, tous les pays, à l'exception du Japon, ayant réduit le nombre de lits par habitant au cours des années 80. Ces réductions se sont toutefois révélées plus difficiles à réaliser dans les systèmes de sécurité sociale ou les systèmes d'assurance privée où il y a moins de contrôles au niveau central.

- Dans quelques pays, il y a aussi eu des contrôles directs des effectifs, du volume des prestations ou des taux de rémunération. Le contrôle des intrants a été en fait le principal mécanisme de contrôle des coûts en Italie, tandis qu'en Allemagne et en Belgique on a introduit des quotas de lits-jours.

Avec la poursuite de la croissance des autres composantes des dépenses de santé, des réformes ont également été introduites ou renforcées dans le secteur ambulatoire et celui des produits pharmaceutiques. Pour limiter les dépenses globales :

- Les honoraires pour les services de soins ambulatoires sont négociés centralement dans de nombreux pays. Quelques-uns ont plafonné les recettes globales des médecins ou autres professionnels de la santé – de sorte que les accroissements du volume des soins sont compensés par des réductions des honoraires moyens payés au médecin pour ses prestations (Allemagne et Canada), du montant des examens de laboratoire et des tarifs des infirmières libérales (en France)¹⁰.
- Les prix relatifs des différentes prestations médicales (examens/traitements) ont été réajustés, et des limites fixées pour les examens pratiqués en dehors de l'hôpital (France et Belgique).
- Les produits pharmaceutiques ont été restreints par l'établissement de listes « négatives » et « positives »¹¹. Les prix ou les bénéfices dans ce secteur ont été étroitement réglementés, les incitations à utiliser des produits génériques meilleur marché ont été renforcées et des efforts ont été faits pour modifier les habitudes de prescription des médecins (par exemple, au moyen de comparaisons avec les « pairs »).

Efficacité et viabilité des contraintes

Le ralentissement marqué de la croissance des dépenses de santé – en particulier de leur composante publique – dans les années 80 a été en général attribué aux effets des contraintes macro-économiques imposées par l'État sur les dépenses, mais il n'y a toujours pas de consensus sur leur impact, et des tests fondés sur des données transversales (Gerdtham et al., 1992, 1994) montrent que la présence de contraintes macro-économiques n'explique pas les différences de niveau de dépenses entre les pays. Cela n'est peut-être pas surprenant. Mis à part les problèmes de données qui rendent la comparabilité difficile, c'est probablement dans les pays où les niveaux de dépenses sont élevés qu'il y a le plus de contraintes et il se peut qu'il faille beaucoup de temps avant que cela ne se traduise par des différences de niveaux relatifs de dépenses d'un pays à l'autre. De plus, il est extrêmement difficile

de déterminer le moment où les contraintes budgétaires commencent à faire sentir leurs effets (comme dans l'exemple suédois cité dans la note 8).

Plusieurs facteurs réduisent l'efficacité des contraintes budgétaires ainsi que leur viabilité. Ils sont groupés ici en trois catégories : domaines d'application des contraintes, effets sur l'accès et effets sur l'efficacité.

Les contraintes partielles tendent à produire des transferts de la demande et des dépenses vers des domaines moins soumis à restrictions. D'une façon générale, la part des soins ambulatoires dans le total des dépenses a augmenté au cours des années 80, à cause notamment des contraintes imposées aux dépenses hospitalières (Abel-Smith, 1992); les augmentations ont été particulièrement marquées dans les pays ayant un système d'honoraires à l'acte (France et Canada notamment). Dans d'autres cas, où les contraintes budgétaires ont pesé sur le système public, une partie de la demande s'est reportée sur les cliniques privées ou les lits « privés » dans les hôpitaux publics (en Australie, par exemple), souvent à cause du mécontentement suscité par les délais d'attente, des doutes quant à la qualité des soins et de l'insuffisance de réponse aux besoins des patients¹². Ce processus s'est souvent accompagné d'une expansion des marchés de l'assurance privée. De plus, dans les systèmes d'honoraires à l'acte, les contrôles des prix peuvent être compensés en tout ou en partie par des augmentations de volume.

Une deuxième série de problèmes concerne l'égalité d'accès aux soins de santé, surtout dans le contexte des limitations apparentes de la disponibilité des services publics de santé. Les listes d'attente suscitent des préoccupations dans de nombreux pays (OCDE, 1994c). Dans ces conditions, les services de santé du secteur privé, qui sont moins limités, tendent à prospérer par rapport aux services du secteur public et les patients qui ont accès aux premiers peuvent alors bénéficier d'un meilleur accès et d'un meilleur traitement. De plus, surtout dans le secteur public, certaines prestations peuvent être éliminées, les délais d'attente peuvent augmenter pour les traitements (« moins urgents » et les patients « moins prioritaires ») et l'on peut parfois utiliser des méthodes apparemment arbitraires pour répartir les ressources. De fortes réductions des dépenses, une baisse des prestations et un allongement des délais d'attente pour la chirurgie non vitale ou la consultation de spécialistes hospitaliers peuvent susciter une forte réaction négative de la part de l'électorat – voir le Royaume-Uni et l'Irlande – conduisant à des pressions en faveur d'un accroissement des dépenses¹³.

En fin de compte, les contraintes budgétaires macro-économiques à elles-seules semblent avoir rarement encouragé l'efficacité et l'efficacité des prestataires et dans certains cas, elles peuvent même avoir nui à la réalisation de ces objectifs¹⁴. Les budgets hospitaliers sont le plus souvent établis sur la base des coûts antérieurs, ce qui pénalise les producteurs efficaces et n'incite guère les prestataires inefficaces à s'améliorer. Lorsqu'elles s'accompagnent de restrictions au niveau de chaque ligne budgétaire ou de limitations du recrutement, les contraintes globales

peuvent réduire la souplesse qui permettrait d'affecter les ressources plus efficacement au sein de chaque hôpital. Lorsque les crédits non dépensés sont annulés à la fin de l'exercice et que les crédits du budget suivant sont fondés sur les dépenses de l'année précédente, cela dissuade nettement les prestataires d'économiser les crédits dont ils disposent.

Ces diverses considérations conduisent à penser que trois éléments peuvent contribuer au succès des contraintes macro-économiques. Chaque fois que c'est possible, ces contraintes doivent :

- s'appliquer à la totalité du secteur de la santé au lieu de se limiter à une branche;
- viser les dépenses totales plutôt que les prix ou les volumes;
- s'accompagner de réformes au niveau micro-économique pour améliorer l'efficacité.

L'efficacité micro-économique et l'offre

Augmenter la productivité permettrait de dégager des ressources afin de réduire les temps d'attente là où ils existent et plus généralement d'abaisser les coûts. Nous examinerons d'abord le rôle de ceux qui financent les soins de santé et leurs rapports avec les prestataires, en concentrant particulièrement notre attention sur la fourniture des soins de second recours (hôpitaux, cliniques, etc.) qui en moyenne absorbent près de la moitié de la dépense totale de santé dans les pays de l'OCDE. Nous présenterons ensuite les réformes touchant essentiellement la relation patients/médecins dans le contexte des soins de premier recours, puis nous examinerons les problèmes particuliers des dépenses pharmaceutiques. Enfin, nous étudierons les problèmes relatifs à l'obligation de transparence des acheteurs.

Les problèmes d'efficacité dans le secteur hospitalier

Plusieurs facteurs influent sur l'efficacité des hôpitaux. Premièrement, comme on l'a vu, la profession médicale a jusqu'ici eu un rôle majeur dans les décisions d'affectation des ressources et, en partie pour des raisons éthiques, le souci principal a été de veiller à ce que le patient reçoive le meilleur traitement possible indépendamment des coûts.

Deuxièmement, la capacité de gestion et les informations nécessaires pour prendre des décisions efficaces ont été insuffisantes; non seulement les informations sur le coût des différents modes de traitement sont rares, mais lorsque elles existaient on s'est souvent heurté à une résistance considérable à leur utilisation (OCDE, 1993b). Des changements sont intervenus dans les cinq dernières années (OCDE, 1994c), mais on en sait encore trop peu sur les coûts relatifs des différents

traitements médicaux, leur efficacité ou les coûts des soins apportés à chaque patient. Si une grande part de la responsabilité incombe aux prestataires, les payeurs (assureurs) et les organismes de tutelle sont aussi à blâmer parce qu'il n'ont pas suffisamment motivé et surveillé les prestataires.

Une grande part de l'inefficience hospitalière a cependant peu à voir avec les soins médicaux – et davantage avec une mauvaise gestion du personnel et des moyens matériels¹⁵. Dans certains cas, des prestations qui pourraient être organisées plus efficacement en les sous-traitant ont été assurées dans l'hôpital, et elles peuvent représenter jusqu'à la moitié des coûts par patient. La souplesse interne de la main-d'œuvre a été limitée – beaucoup de tâches qui auraient pu être effectuées par des travailleurs moins qualifiés ont été confiées exclusivement au personnel médical¹⁶. Le contrôle des stocks de matériel a été négligé. Les dépenses d'investissement ont souvent été affectées séparément des dépenses courantes et amorties immédiatement. Les moyens financiers étant pratiquement laissés à la discrétion de l'exploitant de l'hôpital, l'intensité de capital tendait à être trop élevée. Même lorsque les hôpitaux sont indépendants et sous contrat, les méthodes de paiement n'incitent pas à une plus grande rentabilité, encourageant au contraire dans la plupart des cas un allongement des hospitalisations ou des traitements supplémentaires, peut-être inutiles. De plus, l'accroissement de la capacité de gestion peut ne pas aboutir à elle seule aux résultats souhaités – par exemple, lorsque les obligations de transparence sont insuffisantes pour assurer que les gestionnaires fassent tout pour atteindre les objectifs souhaités¹⁷.

Les systèmes de prix peuvent aussi provoquer de fortes distorsions. Dans de nombreux pays – en particulier ceux où les systèmes sont à base de contrats ou de paiement à l'acte – les prix des différents actes médicaux ont souvent peu de rapport avec les coûts relatifs des ressources **ou** avec le rapport coût-efficacité des traitements. Les comparaisons internationales des structures des honoraires indiquent une grande variation aussi bien des niveaux de prix que des prix relatifs pour des actes médicaux similaires selon les pays (OCDE, 1987). De plus, les niveaux de prix et surtout les structures des prix relatifs peuvent rester fixés pendant de longues périodes même lorsque l'évolution technologique modifie les coûts¹⁸. Cela peut amener les hôpitaux ou les médecins à favoriser des actes où le prix offert par rapport au coût est maximum, ce qui se traduit par une mauvaise répartition des ressources dans le secteur de la santé, une incidence sur les coûts globaux du système et éventuellement des effets nuisibles sur la santé du patient.

Stratégies d'amélioration de l'efficience micro-économique

Un certain nombre de pays ont récemment essayé des réformes plus vastes dans le secteur hospitalier¹⁹. Les détails de chaque système diffèrent, notamment en fonction des pressions auxquelles étaient soumis les gouvernements au moment

de leur introduction. Les progrès réalisés ont eux aussi été variables, les réformes ayant suscité de très fortes controverses dans tous ces pays. A de nombreux égards, c'est le Royaume-Uni qui a progressé le plus sur cette voie; on trouvera une description plus détaillée des réformes introduites dans ce pays, qui comprennent beaucoup des éléments décrits ci-dessous, dans OCDE (1992) et OCDE (1994b).

Ce qui est le plus important pour améliorer l'efficacité, c'est de préciser et de renforcer le rôle des organismes qui financent les soins de santé. Ceux-ci, que ce soient les pouvoirs publics, des caisses maladie ou des assureurs privés, ont souvent été (et restent encore dans certains cas) des intermédiaires relativement passifs entre les consommateurs et les prestataires. Leur fonction a été de répartir les fonds disponibles entre des institutions de santé bien établies, en utilisant en général des méthodes de paiement telles que subventions globales, forfaits journaliers ou systèmes de paiements à l'acte qui ne tenaient guère compte des problèmes de répartition des ressources ou du rapport qualité-prix et, dans ce dernier cas, permettaient aux prestataires de faire augmenter les dépenses sans que personne ne s'y oppose. En réalité, il est indispensable de définir le rôle des organismes qui financent les soins de santé – tout au moins dans les systèmes publics – de façon qu'ils soient à la fois responsables vis-à-vis de l'État de la maîtrise des coûts et mandataires des consommateurs de santé pour l'évaluation et l'achat des soins de santé. Ces fonctions sont examinées plus loin.

- Renforcement de la responsabilité des acheteurs en matière de maîtrise des coûts

Dans le cadre de ces réformes, les organismes finançant les soins de santé se voient généralement attribuer une enveloppe budgétaire globale. Il leur incombe de choisir les modalités des contrats avec les prestataires (y compris les incitations et les sanctions) de façon que le montant total des dépenses reste en deçà du plafond. Ils peuvent par exemple imposer le remboursement par les prestataires des dépassements de coûts les années suivantes (plutôt que d'obliger les organismes payeurs à financer les déficits comme cela s'est produit en Italie).

Le meilleur moyen de réaliser le plafonnement budgétaire dépend du système de santé, mais nombre des approches actuelles visant à la maîtrise macro-économique des coûts (voir la section concernant les mesures de maîtrise des coûts) restent applicables. Ainsi il existe déjà des mécanismes de fixation des dépenses globales publiques de santé dans les pays où les soins de santé sont financés par le budget national ou font l'objet d'un contrôle de l'État (par exemple le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande et les pays nordiques); dans de tels cas, l'accent est mis sur la recherche de formules appropriées à base de capitation pour la répartition du budget global entre les acheteurs de santé régionaux. Dans les systèmes où il existe un certain nombre de caisses de sécurité sociale, la fixation d'un plafond des taux

de cotisation (comme en Allemagne) peut aboutir aux mêmes résultats. Il se peut qu'il faille utiliser des méthodes analogues lorsque la responsabilité des soins de santé incombe aux échelons inférieurs des pouvoirs publics. Dans les systèmes fondés sur le secteur privé (États-Unis), il est difficile d'appliquer les mêmes méthodes (bien que les propositions de réformes – maintenant abandonnées – de l'Administration comprennent un mécanisme visant à limiter les dépenses au cas où le ralentissement prévu ne serait pas réalisé).

- Meilleurs acheteurs pour le compte des consommateurs

Un second élément important de ces réformes est que les payeurs doivent devenir des acheteurs plus efficaces pour le compte des consommateurs. Cela signifie qu'ils soient en mesure d'être beaucoup plus actifs dans l'évaluation des avantages et du rapport qualité-prix relatifs des différentes stratégies de traitement et dans l'achat sélectif des prestations de santé auprès des prestataires potentiels. Dans leur nouveau rôle, ils deviennent donc responsables vis-à-vis des consommateurs de la quantité et de la qualité des prestations médicales fournies.

Les systèmes où un seul acheteur est chargé de répondre aux besoins de la population locale en matière de santé présentent certains avantages. Des considérations d'échelle peuvent le mettre mieux à même de financer l'information nécessaire pour établir les contrats appropriés. Il peut utiliser son pouvoir monopsoniste pour obtenir davantage d'informations des prestataires, entreprendre des études sur l'opportunité et l'efficacité de différentes stratégies de traitement et exercer sur les prestataires des pressions en les mettant en concurrence²⁰. Étant donné le caractère global et de longue durée des relations qu'ils impliquent avec les consommateurs, les systèmes à payeur unique permettent à l'acheteur d'avoir une vision plus large des soins de santé : il peut notamment avoir une stratégie intégrée englobant les soins de premier recours, de second recours et de proximité et prendre en compte l'éventail plus large des éléments qui contribuent à l'état de santé global²¹. Les acheteurs peuvent aussi être en meilleure position pour limiter les soins inutiles, encore qu'il puisse être difficile dans la pratique de faire la distinction entre ce qui est inutile et ce qui est nécessaire.

En dehors de cela, on peut faire beaucoup pour remédier aux conséquences des différences de pratique en comparant les manières de travailler des médecins et des hôpitaux. On peut se baser sur une meilleure information sur les traitements dispensés, chose à laquelle la profession médicale a souvent résisté sous prétexte de secret professionnel.

Si les restrictions de volume et les contrôles ont à strictement parler toujours existé²², l'impulsion donnée par le processus de réforme conduit à les rendre plus systématiques et à les appliquer dans toute une gamme d'environnements institutionnels différents. En 1994, la France a mis en application une loi concernant une

trentaine de ((références médicales opposables» qui fixait les «meilleures pratiques» en matière de traitement d'un éventail de maladies et prévoyait des sanctions en cas d'abus. De même, au Royaume-Uni, les acheteurs (Commissions sanitaires de district] spécifient non seulement le type de soins à acheter mais les actes et techniques à appliquer et commencent à procéder à des contrôles dans les hôpitaux où certains types d'interventions chirurgicales sont fréquents. En Allemagne, les caisses maladie doivent depuis 1989 vérifier 2 pour cent de toutes les factures médicales. Aux États-Unis, les assureurs jouent un rôle de plus en plus actif dans le processus de diagnostic et de traitement. En 1990, 80 pour cent des assurances groupe traditionnelles employaient des responsables chargés pour chaque pathologie de suivre le traitement des patients chroniques dont les soins sont onéreux et environ 45 pour cent demandaient des certificats de préadmission et un contrôle en hôpital. Le consensus général est que ces contrôles ont limité le volume des soins de santé, mais que les économies ainsi réalisées ont été en partie contrebalancées par l'augmentation des frais administratifs. Globalement, le Congressional Budget Office (CBO) a estimé que ces méthodes pourraient réduire les dépenses nationales de santé de 1 pour cent seulement (CBO, 1992b). Cependant, le principal assureur français (la CNAMTS) montre qu'il est possible de faire davantage d'économies; la caisse a en effet constaté qu'un cinquième de certains éléments de soins médicaux sont cliniquement injustifiés et peuvent même aller à l'encontre des intérêts du patient (Béraud, 1992; CNAMTS, 1992).

- Davantage de concurrence entre les prestataires – le secteur hospitalier

Confier aux assureurs, en plus du rôle de financiers un rôle d'acheteurs serait plus efficace s'il y avait concurrence réelle ou potentielle entre les prestataires de santé. Cet argument vaut que les prestataires soient publics ou privés²³. La possibilité (ou du moins la menace) de voir les acheteurs de soins de santé transférer le financement de tout ou partie des prestations a des chances d'inciter fortement les prestataires à rechercher des améliorations de qualité, d'efficacité, de maîtrise des coûts et d'autres éléments qui peuvent être nécessaires pour obtenir le financement des prestations. C'est l'approche retenue au Royaume-Uni, où les organismes de financement ne sont plus obligés d'acheter uniquement aux hôpitaux publics locaux, ainsi qu'au Danemark et en Suède où les consommateurs ont maintenant le libre choix des hôpitaux où ils se font traiter.

Une concurrence effective fera dans la plupart des pays apparaître un excédent hospitalier. Cela a déjà été le cas au Royaume-Uni et en Suède où l'excédent de lits dans les centres ville et leurs répercussions sur les coûts sont apparus plus clairement²⁴. Malgré cela, les décisions de fermer des lits d'hôpitaux sont presque toujours difficiles et politiquement délicates et suscitent des résistances locales partout où on les propose. C'est pourquoi un accroissement de la concurrence doit s'accompagner de règles de suppression des hôpitaux déficitaires ou de disposi-

tions visant à assurer une offre régionale plus équilibrée. Il faudra le faire d'une façon qui maintienne néanmoins une concurrence suffisante entre les prestataires (OCDE, 1994b).

La concurrence permettra en outre le développement de pratiques plus réalistes de détermination des prix. Là où il y a concurrence entre les prestataires sur la base des prix, il y aura davantage d'incitations à déterminer le coût des différents actes et à réduire les frais chaque fois que ce sera possible. Si les prix sont plus proches des coûts marginaux, les effets de distorsion des structures actuelles des prix relatifs (voir paragraphe sur les problèmes d'efficience dans le secteur hospitalier) seront réduits et l'affectation des ressources sera du même coup améliorée. La concurrence peut être difficile à assurer dans les zones rurales où il peut n'y avoir qu'un seul hôpital pour une région. Néanmoins, là où la concurrence existe – par exemple dans les grandes zones urbaines – les systèmes de détermination des prix et de passation des contrats peuvent servir de référence. Les acheteurs peuvent alors évaluer quelle est la manière la plus efficace d'utiliser les crédits tandis que les hôpitaux sont soumis à des incitations par le biais des contrats acheteur-prestataire. L'expérience récente au Royaume-Uni montre qu'à condition qu'il y ait possibilité de concurrence même aux marges des services de santé, les prestataires qui se trouvent dans un contexte essentiellement monopoliste sont confrontés à des pressions qui les conduisent à essayer d'améliorer les différents aspects des prestations recherchés par les organismes de financement (OECD, 1994b).

- Meilleures méthodes de passation de contrats (le rôle du partage des risques)

La concurrence a des chances d'impliquer un recours accru à diverses approches contractuelles pour les prestations hospitalières. Contrairement au Financement global de l'ensemble des prestations ou au remboursement passif par les assureurs des factures présentées par les prestataires, les contrats permettent des appels d'offres concurrentiels pour des prestations particulières recherchées par les acheteurs, ainsi que le transfert de ressources à d'autres prestataires. Les contrats peuvent aussi aider à rapprocher les prix des coûts là où les deux ont divergé avec le temps ou été inadéquats dès le départ. De plus, les contrats offrent un mécanisme formel permettant de préciser et de surveiller les indicateurs de performances tels que qualité, quantité et coût des prestations. Ceci est important par exemple lorsque l'organisme de financement veut instaurer une relation à long terme avec certains prestataires.

Les principales caractéristiques des méthodes utilisées pour payer les hôpitaux et leurs implications (en particulier pour la maîtrise du budget global et l'efficience micro-économique) sont indiquées dans l'encadré C. Dans le cadre du système très

Encadré C. **Les systèmes de financement des hôpitaux**

Avec la formule de la **dotation globale** (ou budget global), les hôpitaux reçoivent un budget annuel qui doit couvrir l'ensemble des services qu'ils offrent (hormis, généralement, les grosses dépenses d'équipement). Cette formule est devenue la principale méthode de financement des hôpitaux, au cours des années 80, dans de nombreux systèmes de santé « intégrés » dans lesquels l'État est à la fois le principal prestataire de services et la principale source de financement des services de santé. C'est le système que l'on observait au Royaume-Uni jusqu'aux récentes réformes et c'est le système que l'on observe aujourd'hui au Canada, en Australie, au Danemark, en Finlande (avec une part de facturation directe auprès des municipalités), en Irlande, en Nouvelle-Zélande, en Norvège et en Suède, et c'est aussi une formule qui est couramment appliquée dans le secteur hospitalier public d'autres systèmes (par exemple, en France et en Espagne, dans les hôpitaux relevant de la sécurité sociale). Au Danemark et en Suède, la formule de la dotation globale s'applique au niveau des départements cliniques des hôpitaux.

La dotation globale est un moyen direct de limiter les dépenses des hôpitaux, à condition que la mise en application soit correcte. Cependant, elle n'incite guère les producteurs à faire un effort d'efficacité, le financement n'étant pas lié au volume ni à la qualité de la production, et elle ne permet que très mal de connaître le coût relatif des traitements. Elle peut aussi produire des effets pervers – par exemple si le niveau de financement est fixé en fonction des coûts constatés par le passé ou si les économies qui peuvent être réalisées sur le budget reviennent à la source de financement.

Le financement sur la base d'un **prix de journée** assure aux hôpitaux un montant forfaitaire par lit occupé. Cette formule était essentiellement appliquée dans les systèmes fondés sur un financement public et associant prestataires publics et prestataires privés, par exemple en Allemagne, en France (hôpitaux privés), en Autriche, en Belgique et en Espagne (hôpitaux privés et certains hôpitaux publics). La dépense hospitalière globale est plafonnée, de fait, par la capacité hospitalière totale; mais les fournisseurs sont incités à freiner la rotation des patients et à prolonger les durées de séjour de façon que les journées coûteuses du début de séjour (qui correspondent généralement à la phase aiguë de traitement) soient compensées par les journées moins coûteuses de la phase de récupération. Comme dans le cas de la dotation globale, la décision de financement ne tient pas compte du coût relatif des différentes méthodes de traitement.

Dans le cas du **paiement à l'acte**, l'hôpital est payé au coup par coup en fonction des services fournis. C'est essentiellement ainsi que sont financés les services hospitaliers au Japon, en Suisse (dans certains cantons) et jusque tout récemment aux États-Unis – il s'agit de systèmes où les prestataires sont le plus souvent privés et où les assureurs sont multiples. Les spécialistes sont généralement rémunérés à l'acte, surtout lorsqu'ils travaillent en dehors de l'hôpital, mais aussi parfois (comme en Belgique) pour les services qu'ils fournissent dans le cadre de l'hôpital public.

(voir **page suivante**)

(suite)

Avec le paiement à l'acte, le contrôle qui peut s'exercer au niveau macro-économique est faible (il faut trouver d'autres moyens pour limiter les dépenses). Les fournisseurs sont incités à augmenter la quantité, améliorer la qualité et élever le prix des services qu'ils fournissent. Aux États-Unis, ce système a certainement poussé les prestataires à se faire concurrence en améliorant la qualité plutôt qu'en abaissant leurs prix, et a peut-être encouragé une diffusion excessive des technologies médicales les plus coûteuses (Weisbrod, 1991).

Le paiement par cas fixe un tarif prospectif en fonction des affections médicales diagnostiquées et des coûts de traitement standardisés. La formule la plus connue est celle des groupes homogènes de malades (DRG) qui a été introduite dans le programme Medicare, aux États-Unis, en 1983. Des formules fondées sur les DRG ont depuis été adoptées dans d'autres secteurs du système médical aux États-Unis, ou sont actuellement appliquées ou à l'étude dans d'autres pays, par exemple en Allemagne, en France, au Royaume-Uni, au Canada, en Australie, en Autriche, en Belgique, au Danemark, en Finlande, en Irlande, en Norvège, au Portugal, en Espagne, en Suède et en Suisse. Elles sont davantage liées à la production que les autres formules de financement évoquées plus haut, ce qui facilite la concurrence pour la passation des contrats, en vue d'un traitement et limite la tendance des prestataires à augmenter le volume des services. Les hôpitaux sont incités à accélérer la rotation des malades (autrement dit à réduire les durées de séjour) mais cela peut conduire, dans une certaine mesure, à «expédier» les prestations et il y a un risque que les hôpitaux essaient, autant que possible, de «faire passer» les patients dans les groupes de malades qui déclenchent le meilleur financement.

utilisé de subvention ou de financement global, les risques liés à l'incertitude de la demande, de l'intensité et des coûts des traitements hospitaliers sont supportés par les prestataires (et leurs clients) et non par les payeurs : ainsi, une utilisation des ressources et des coûts d'une importance inattendue dans un domaine doivent être compensés par des réductions ailleurs si l'on veut maintenir les dépenses globales dans les limites du budget. Les systèmes d'honoraires à l'acte au contraire font peser tous les risques sur les organismes de financement en ce sens que les prestataires peuvent facturer aux assureurs toutes les prestations nécessaires pour traiter les cas individuels (et sont incités à les multiplier). Les systèmes de paiements déterminés à l'avance par pathologie ou des systèmes similaires permettent de partager les risques : l'organisme de financement reconnaît et paie les différences de coût pour une gamme limitée de diagnostics, tandis que le prestataire supporte les risques de variation des coûts des traitements à l'intérieur de ces catégories.

Le choix des formes contractuelles à utiliser est à laisser aux acheteurs²⁵ : il se peut que chaque acheteur utilise diverses approches. Pour les prestations pour lesquelles on a recours à la concurrence, l'approche des groupes homogènes de diagnostics, de plus en plus utilisée, semble présenter des caractéristiques relativement favorables – donnant aux acheteurs un certain contrôle sur l'intensité des traitements.

Il peut aussi être utile d'explorer des systèmes mixtes de paiement pour certaines prestations²⁶. Il pourrait s'agir par exemple de la combinaison d'un paiement par pathologie et d'un paiement à l'acte, ou d'un paiement par pathologie couplé à un système de prévention des pertes (où le solde des coûts dépassant un plafond préétabli est payé par l'organisme de financement)²⁷. Ces dispositions réduisent le risque pour les prestataires lorsqu'ils ont affaire à des patients qui coûtent très cher. Elles peuvent de ce fait accroître la volonté et la capacité des prestataires de soins de santé de négocier avec les acheteurs, ce qui permet de modérer le niveau global des prix des traitements négociés.

Il peut aussi falloir utiliser des modes de paiement mixtes dans des domaines tels que les services d'urgence qui peuvent exiger des systèmes de contrats plus complexes. Le caractère indispensable mais imprévisible des services d'urgence signifie que les contrats pour des prestations données ne peuvent facilement être précisés à l'avance et que les organismes de financement sont obligés de supporter une partie du risque pour assurer la disponibilité permanente des services nécessaires.

- *Plus grande autonomie de décision au niveau des hôpitaux*

En ce qui concerne les prestataires, les contrats de services de santé établis sur une base concurrentielle les obligent à améliorer leurs capacités de gestion et à accepter des dispositions assurant la transparence appropriée (avec des objectifs fixés et des systèmes d'information permettant d'en mesurer la réalisation). En même temps une plus grande autonomie de gestion est nécessaire, surtout dans les pays où les prestataires sont publics, pour les encourager à rechercher et à mettre en œuvre des améliorations d'efficacité. Les établissements peuvent par exemple avoir besoin de pouvoir négocier directement avec leur personnel les conditions de travail et de rémunération au lieu d'être liés par des conventions à l'échelon central.

Il faut aussi que les prestataires tiennent compte du coût des investissements (bâtiments et équipements) dans leurs systèmes d'information ou leurs pratiques budgétaires, de façon que la totalité du prix des facteurs de production soit prise en considération dans les décisions de production et d'achat. Néanmoins, les acheteurs risquent d'être étroitement impliqués par les prestataires dans les grandes décisions d'investissement – par exemple sous forme d'engagements contractuels à

acheter les prestations rendues possibles par les nouvelles technologies. En prenant de tels engagements, il faudrait que les acheteurs tiennent compte des économies d'échelle possible et des besoins globaux en capacité dans leur domaine d'achat.

- *Concurrence entre des mini-systèmes intégrés (PPO et HMO)*

Le rôle de l'organisme de financement en tant qu'acheteur devient très difficile lorsque le marché de l'assurance est fragmenté et que les consommateurs ont une plus grande liberté de choix pour leurs soins de santé. Dans ces conditions, les assureurs se sont généralement bornés jusqu'ici à payer les factures présentées par les patients ou les prestataires. Cependant, l'évolution récente leur a permis d'assumer un rôle plus actif dans les achats, mais au prix d'une limitation du choix des consommateurs. Dans les systèmes à base d'organisations de prestataires préférentiels (PPO), les contrats des assureurs avec les fournisseurs sont passés à des taux préférentiels. Les patients peuvent choisir d'autres prestataires, mais doivent alors payer la différence de coût.

Les *Health Maintenance Organisations* (HMO) ou réseaux de soins coordonnés représentent une solution contractuelle assez différente de la concurrence entre prestataires et équivalent à des mini-systèmes intégrés de soins de santé concurrentiels (voir l'encadré B). Dans les systèmes HMO – qui couvrent environ 21 pour cent de la population aux États-Unis – le consommateur paie une cotisation annuelle forfaitaire pour tous les soins de santé nécessaires au cours de la période. Ceci incite fortement à réduire au minimum les soins inutiles (et incite même à fournir moins de soins qu'il ne serait nécessaire s'il n'y a pas une concurrence suffisante entre les HMO). Au sein des HMO; la division qui finance est généralement liée aux divisions prestataires par diverses modalités contractuelles explicites (et implicites) qui ressemblent à celles décrites plus haut; comme dans le cas précédent, cela permet aux divisions qui financent de fixer des priorités, de réaffecter des ressources et de surveiller les résultats des divisions prestataires, tout en « internalisant » certains des risques susmentionnés, liés à la passation de contrats dans un contexte incertain en matière de soins de santé.

La plupart des études montrent que les HMO dépensent moins que les systèmes d'assurance avec paiement à l'acte : le CBO a estimé que si la totalité de la population des États-Unis était couverte par des systèmes HMO, la dépense globale de santé pourrait être réduite de 10 pour cent (1 à 1½ pour cent du PIB) sans que l'état de santé en souffre. Il se révèle cependant que les dépenses de santé des HMO augmentent à peu près au même rythme que dans les autres systèmes, ce qui donne à penser que les avantages d'un tel transfert risquent de se concentrer dans les services hospitaliers et de ne pas durer (CBO, 1991 et 1992a).

Amélioration du rôle de mandataire des médecins assurant des soins ambulatoires

Le secteur des soins ambulatoires, s'il implique en général des dépenses d'une moins grande ampleur, joue un rôle extrêmement important pour maîtriser les coûts et augmenter l'efficacité. En principe, le premier contact avec le secteur des soins de santé est celui pris avec le médecin de premier recours ou l'infirmière, qui résolvent tout un éventail de problèmes de santé. En fait, au Royaume-Uni, on estime que 80 pour cent des traitements se font entièrement au niveau des médecins de premier recours. Lorsque des soins supplémentaires sont nécessaires, ces médecins sont généralement les principaux interlocuteurs des patients pour ce qui est de l'information et des décisions concernant le traitement médical ; de plus, ils servent souvent de moyen de filtrage formel ou informel pour les services de second recours. Ainsi les objectifs clefs sont-ils essentiellement d'assurer une grande « qualité » des soins de premier recours et de fournir aux médecins les incitations voulues pour qu'ils agissent dans le véritable intérêt des patients. Ces fonctions et objectifs doivent donc être pris en compte dans les systèmes de contrats avec les médecins généralistes.

Les principales méthodes de rémunération des généralistes, avec quelques uns de leurs avantages et de leurs inconvénients, sont résumées dans l'encadré D. Ainsi, dans les systèmes de paiement à l'acte, les médecins ont un intérêt financier à fournir des prestations excédentaires. Au contraire, lorsqu'ils sont rémunérés par un salaire, ils peuvent réduire leurs activités sans coût financier pour eux et sont donc incités à se « décharger » des patients sur les prestataires de second recours (spécialistes ou hôpitaux). Les systèmes de paiement à la capitation sont intermédiaires : ils incitent à attirer les patients et à assurer des soins adéquats dans les cas normaux. Cela n'empêche pas que les médecins risquent encore d'essayer d'éviter les cas difficiles ou de se décharger des patients qui coûtent cher sur les prestataires de second recours.

Dans les systèmes de paiement à l'acte, il est difficile de maîtriser les coûts globaux. Dans la plupart des pays, une partie des augmentations ont été limitées en maintenant à un certain niveau le prix contractuel des soins. Cependant, les chiffres de la France et du Canada montrent que les médecins ont généralement réussi à compenser la perte de revenu que cela impliquait en augmentant le volume de leurs prestations. Ces problèmes sont aggravés dans les pays où le nombre de médecins augmente rapidement. Une solution déjà utilisée en Allemagne et dans plusieurs provinces canadiennes et actuellement mise en place en France consiste à fixer un plafond pour les dépenses ambulatoires globales, avec des mécanismes de réduction des revenus des médecins si les dépenses dépassent le montant fixé²⁸.

Comme dans le cas des contrats hospitaliers évoqués plus haut, on s'intéresse de plus en plus à des systèmes **mixtes** de paiement des généralistes. Au Danemark,

Encadré D. Mode de rémunération des médecins de premier recours

Les généralistes sont employés sur la base d'un **salariat** en Finlande, en Grèce, en Islande, en Norvège (salaire et honoraires conjugués), au Portugal, en Espagne (avec un élément de capitation), en Suède (élément de capitation) et en Turquie – pays dotés de systèmes de santé intégrés. Les salaires sont généralement négociés à l'échelon central (par exemple entre les associations de médecins et l'administration), des ajustements étant parfois apportés pour tenir compte de la situation de chacun, selon l'expérience et le lieu d'exercice. par exemple, et pour introduire certains mécanismes incitatifs et/ou de récompense:

Le salariat permet au payeur de contrôler directement le coût des soins primaires; en revanche, il peut amener les généralistes à limiter leur offre de services (pour alléger leur charge de travail), à orienter trop souvent leurs patients vers un médecin intervenant en second recours et à ne pas prêter suffisamment attention aux préférences des patients.

Dans un système de paiement à la **capitation**, le généraliste reçoit un montant fixe, ajusté généralement en fonction de facteurs tels que l'âge et le sexe des patients figurant sur sa «liste». Ce système est appliqué en Italie (avec une part d'honoraires), au Royaume-Uni (avec une part d'honoraires et des indemnités pour des services spécifiques), en Autriche (avec des honoraires pour certains services désignés), au Danemark, en Irlande (depuis 1989), aux Pays-Bas (paiement à l'acte pour les patients couverts par une assurance privée et pour les fonctionnaires) et en Suède (depuis 1994).

Le paiement à la capitation permet au payeur de contrôler le niveau global des dépenses consacrées aux soins de santé primaires, et la répartition des fonds entre les généralistes est fonction du nombre de patients inscrits sur leur liste. Le risque, dans ce système, est que les généralistes inscrivent un trop grand nombre de patients sur leur liste et ne leur offrent qu'un service insuffisant, qu'ils sélectionnent les « meilleurs » risques et qu'ils renvoient trop rapidement leurs patients vers un autre professionnel alors qu'ils auraient pu les traiter eux-mêmes. Pour limiter ce risque, il a été admis que le consommateur est libre de choisir son médecin et qu'en outre s'applique le principe selon lequel « l'argent suit le patient ».

C'est une formule de **paiement à l'acte** qui s'applique aux généralistes dans les pays de l'OCDE qui n'ont pas encore été cités, et c'est une formule qui est plus largement encore appliquée aux spécialistes. Les tarifs sont ou bien négociés à l'échelon central (c'est le cas au Japon, en Allemagne, au Canada et en France pour le secteur 1) ou bien fixés par chaque praticien. Certains pays (par exemple, l'Australie et la Nouvelle-Zélande) autorisent les généralistes à pratiquer le « dépassement d'honoraires » au delà des tarifs de remboursement normalement appliqués aux patients.

Dans un système de paiement à l'acte, les médecins ont toute liberté de fixer le niveau et la gamme de leurs activités, de diriger les patients vers d'autres professionnels et de les orienter vers d'autres formes de traitement. Cependant, les

(voir page suivante)

(suite)

médecins sont incités à accroître leur volume d'activité et leurs tarifs. ils sont notamment incités à assurer un plus grand nombre de services eux-mêmes alors qu'il pourrait être plus intéressant - du fait, par exemple, des économies d'échelle - de faire davantage appel à des intervenants de second recours.

par exemple, ils sont rémunérés dans la plupart des comtés à la capitation (pour environ un quart de leur revenu) et à l'acte (pour environ les trois quarts) (Abel-Smith, 1992). Dans le cadre de l'évolution vers un système de médecins de famille en Finlande (par opposition au système des centres médicaux), le revenu des médecins consiste en un salaire de base (60 pour cent), un paiement à la capitation (20 pour cent), un paiement à l'acte (15 pour cent) et des indemnités locales (5 pour cent) (OCDE, 1994c). Les systèmes de rémunération mixtes permettent d'atténuer quelques unes des difficultés évoquées dans l'encadré D que risque de susciter un système basé sur la capitation. Par exemple, l'incitation à « l'écrémagex serait réduite si les risques correspondant aux patients qui coûtent cher étaient partagés avec l'autorité centrale de financement. De même, les systèmes mixtes modèrent la tendance à l'excès de traitements que l'on constate dans les systèmes purs de paiement à l'acte.

Le passage d'un système de contrat à un autre peut se révéler difficile. Les contrats par capitation, qui sont souvent associés à des fonctions de filtrage (voir sous-section suivante), reposent sur des généralistes qualifiés du fait que les services de santé sont fournis hors du système hospitalier. La distribution des compétences médicales n'est pas toujours appropriée dans tous les pays. Aux États-Unis et en France, par exemple, les spécialistes représentent une forte proportion des médecins ambulatoires et il y a concurrence entre eux et les généralistes pour attirer les patients. D'aucun craignent aussi que les compétences de certains généralistes ne soient pas suffisantes, surtout lorsqu'il n'y a pas d'obligation ou d'incitation à se tenir au courant du progrès médical. Enfin, dans les pays où le nombre de médecins ambulatoires est élevé en proportion de la population, il peut être difficile de fixer le niveau du forfait par personne si l'on veut assurer la maîtrise des coûts²⁹.

- Le rôle du médecin de premier recours en tant que premier point de contact avec le système - filtrage

Les systèmes de médecins de famille peuvent assurer une meilleure continuité des soins médicaux tout en faisant obstacle au risque subjectif. Dans certains pays

– l'Allemagne et la Belgique par exemple – les patients peuvent consulter des généralistes ou des spécialistes pratiquement à leur guise, ce qui augmente le risque de consultations multiples pour la même pathologie et peut conduire à un excédent de soins – particulièrement lorsqu'il y a offre excédentaire de médecins, forte concurrence entre eux pour les parts de marché et paiement à l'acte. Le recours à un médecin de famille pour assurer un filtrage (en servant de point de passage obligé pour l'accès à un spécialiste ou un prestataire de second recours en dehors des cas d'urgence) réduit ce risque et permet en outre de regrouper entre les mains d'une seule personne un dossier médical plus cohérent. Il se peut donc qu'il soit nécessaire de ne pas appliquer les mêmes dispositifs contractuels pour les médecins non hospitaliers et pour les médecins hospitaliers³⁰. Les estimations qui figurent dans Gerdham et al. (1994) montrent que les pays où il existe des systèmes de filtrage et d'orientation obligatoires tendent à présenter des coûts globaux inférieurs de soins de santé. Pour réduire l'impact sur le choix du consommateur, certains pays autorisent les patients à demander un deuxième avis, mais moyennant une participation substantielle aux frais³¹; dans d'autres cas le système d'assurance a été conçu de façon à permettre aux consommateurs de choisir soit un système de filtrage sans participation aux coûts pour les consultations de premier recours, soit le libre choix du médecin de premier recours avec une participation aux coûts (Danemark).

Le système de Filtrage peut toutefois ne pas convenir à tous les pays. Cette méthode, et les systèmes de capitation plus généralement, peuvent faire craindre une insuffisance de prestations soit pour certains patients soit pour tous et un écrémage ou un excès d'orientation vers le second recours par des médecins qui veulent éviter les patients risquant de coûter cher. Ces craintes peuvent être atténuées s'il y a choix effectif par le consommateur du praticien de premier recours et/ou s'il existe une disposition de prévention des pertes. De toute façon, les chiffres n'indiquent pas que les pays possédant des systèmes de capitation présentent des taux plus élevés d'admission dans les hôpitaux de soins aigus.

- Systèmes de détention de budgets

Dans ce contexte, les réformes adoptées au Royaume-Uni sont particulièrement intéressantes. Les cabinets privés qui décident de devenir gestionnaires d'un budget (fundholders) se voient attribuer un budget pour assurer les soins de premier recours et acheter d'une part les médicaments et d'autre part toute une gamme de prestations de second recours. Ces cabinets sont donc incités à évaluer l'efficacité et l'efficacités des différents traitements possibles, y compris les traitements en cabinet médical par rapport aux traitements hospitaliers et ont une certaine liberté de négociation pour améliorer les services de santé fournis à leurs patients par les prestataires de second recours. Il semble qu'au Royaume-Uni, dans certains cas, les médecins gestionnaires de budget servent aussi de catalyseurs

obligeant les Commissions sanitaires de district (qui sont les acheteurs régionaux de services de second recours) à assurer une plus vive concurrence entre les prestataires. La motivation des gestionnaires de budget à agir dans l'intérêt des consommateurs est renforcée par la plus grande satisfaction professionnelle que permet un plus grand pouvoir de négociation vis-à-vis des spécialistes ainsi que par certaines raisons pécuniaires³².

Quelques problèmes particuliers

Meilleure évaluation des technologies nouvelles

Comme cela a été indiqué dans la première partie, l'un des éléments qui font monter les coûts médicaux depuis trente ans est le changement technologique. Beaucoup de technologies ont été acceptées sans évaluation suffisante et il faut dans ce domaine une plus grande cohérence. Pour veiller à ce que le changement technologique ne fasse pas inutilement monter les coûts, les acheteurs peuvent préciser que les technologies nouvelles ne seront achetées que lorsqu'elles présentent des avantages nets en matière thérapeutique ou en matière de coût. Dans ce contexte, les gouvernements doivent veiller à ce que des essais appropriés des coûts-avantages soient effectués. Si une partie des augmentations de dépenses liées à la technologie correspond aux machines ou aux médicaments, la principale cause de cette hausse est probablement l'apparition de nouveaux actes médicaux et chirurgicaux dans des hôpitaux – qui peuvent se révéler plus difficiles à évaluer et à maîtriser. Cependant, les acheteurs ont une meilleure chance d'imposer une plus grande clarté dans ce domaine en passant les contrats et en parrainant des études et des évaluations des différentes solutions lorsque c'est nécessaire. Le problème ici est que les incitations à entreprendre des recherches sur une base commerciale risquent d'être réduites, ce qui pose la question de savoir si l'État a un rôle à jouer dans l'orientation des efforts de recherche et la prise en charge d'une plus grande part des dépenses correspondantes qu'aujourd'hui.

Meilleure maîtrise de l'offre de médecins et de lits d'hôpitaux

L'offre croissante de médecins, en même temps qu'une augmentation notable des lits d'hôpitaux, semble avoir été l'un des nombreux facteurs d'accroissement des dépenses. L'excédent de l'offre est apparent pour les lits d'hôpitaux depuis un certain temps. La concurrence entre hôpitaux le rend encore plus apparent, et cela ne conduit pas nécessairement à une sortie du marché si les coûts de la capacité excédentaire peuvent être répercutés sur les prix (comme cela semble être le cas dans certains pays, notamment aux États-Unis). Comme on l'a vu à la section précédente, la fermeture de lits et d'hôpitaux, même si elle est justifiée pour des raisons de coût, rencontre de sérieuses difficultés au plan politique.

Il y a aussi offre excédentaire de médecins dans certains pays. L'accroissement des effectifs ne semble pas avoir réduit les dépenses totales par une augmentation de la concurrence des prix. En fait, on a dit (Evans et Stoddart, 1990) que la croissance de l'offre n'avait fait qu'accroître les possibilités de médicalisation supplémentaire d'un éventail de plus en plus large de phénomènes ayant des effets de plus en plus faibles sur la santé. Cela milite en faveur d'une restriction de l'accès aux études médicales, ou du moins à un avertissement clair à ceux qui entreprennent les études de médecine pour qu'ils sachent qu'ils ne sont pas assurés, lorsqu'ils seront diplômés, de recevoir des contrats de la part des acheteurs de soins de santé.

Le vieillissement des populations

A mesure que les populations vieilliront, les types de soins de santé nécessaires changeront. Les améliorations des techniques de chirurgie et d'anesthésie réduiront la nécessité de lits de soins aigus, mais il y aura une demande croissante de soins de longue durée pour de nombreuses personnes âgées (OCDE, 1994a). Les pays ont adopté des approches très différentes vis-à-vis des personnes âgées dépendantes : dans le passé, certains pays, comme le Canada et la Suède, ont eu tendance à recourir davantage aux soins en établissement, tandis qu'au Royaume-Uni et au Danemark, on a mis davantage l'accent sur le dispositif de soins à domicile ou des systèmes de logement intermédiaires qui sont moins coûteux. Tous les pays de l'OCDE cherchent maintenant à réaliser un meilleur équilibre entre les différentes formes de soins, tout en différenciant davantage les besoins des personnes âgées très handicapées et ceux des personnes qui n'ont besoin que de quelques soins. L'élaboration des politiques dans ce domaine a été compliquée dans de nombreux pays par le fait que les soins hospitaliers et de proximité sont organisés et financés à différents niveaux des pouvoirs publics (la santé à l'échelon central, régional ou départemental et le soutien social à l'échelon municipal). Cette fragmentation a conduit à un certain transfert de coûts – par exemple par le maintien des personnes ayant besoin de soins de longue durée de faible intensité dans des lits d'hôpitaux à coût élevé. Ces problèmes peuvent être atténués par des incitations appropriées. Au Danemark par exemple et en Suède progressivement, les municipalités ont été rendues financièrement responsables des coûts de maintien à l'hôpital des patients âgés qui n'ont plus besoin de soins intensifs, ce qui les incite fortement à trouver des solutions moins chères.

Produits pharmaceutiques

Le secteur pharmaceutique pose des problèmes particuliers lorsqu'on cherche à améliorer l'efficacité et la maîtrise globale des dépenses. Néanmoins, certaines

des solutions suggérées pour la réforme des secteurs hospitalier et de premier recours pourraient aussi convenir pour les dépenses pharmaceutiques.

Un souci essentiel est de savoir comment trouver un équilibre entre le fait de donner aux sociétés pharmaceutiques des incitations suffisantes pour qu'elles entreprennent des travaux de recherche et développement dans un secteur qui par nature est coûteux et incertain et celui de résoudre le problème du monopole qui se crée lorsqu'on introduit des médicaments efficaces protégés par un brevet. Dans ce cas, il peut être difficile d'assurer un contrôle macro-économique sans avoir recours soit à une réglementation (telle que la réglementation des prix des médicaments ou des niveaux de bénéfice des sociétés pharmaceutiques assez généralement appliquée dans les pays de l'OCDE), soit à un pouvoir probablement monopsoniste des acheteurs. Cette dernière solution peut être relativement facile à introduire dans les systèmes où il n'y a qu'un seul acheteur pour les services de santé ou dans ceux où il y a coordination entre des acheteurs multiples. En Australie, par exemple, un système de négociations centralisées entre les autorités fédérales et les entreprises pharmaceutiques sur les prix des médicaments et l'établissement de la liste des produits nouveaux semble contribuer à une nette limitation des prix.

Plus généralement, il existe différents moyens d'inciter davantage médecins et patients à faire de meilleurs choix concernant les dépenses pharmaceutiques – en particulier des choix qui améliorent la maîtrise et l'efficacité des dépenses sans porter atteinte aux résultats du point de vue de la santé. La plupart des pays ont instauré un ticket modérateur sur le prix des médicaments prescrits afin d'améliorer la limitation des dépenses du côté de la demande, et plusieurs taux de remboursement de base par les organismes de financement, fondés sur les prix de médicaments génériques moins chers lorsqu'il en existe. L'élimination de l'intérêt financier des médecins à prescrire des médicaments (comme c'est le cas au Japon) réduirait leurs incitations à trop prescrire.

Il subsiste d'un pays à l'autre d'importantes variations dans les pratiques de prescription, ce qui donne à penser que le comportement des prescripteurs n'est en général pas soumis à une évaluation rigoureuse (OCDE 1993c). Plusieurs pays (notamment la France, le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande) ont mis en place des contrôles permettant d'informer les médecins de la comparabilité de leurs prescriptions avec celles d'autres médecins et des systèmes analogues visant à encourager une prescription plus rationnelle sont en cours d'adoption dans d'autres pays. Cette solution, conjuguée à des mécanismes efficaces d'application, permet d'identifier et de limiter les excès et d'encourager une plus grande standardisation des habitudes de prescription. Dans les systèmes de gestion de budget et autres rémunérations à la capitation, les dépenses de médicaments peuvent être incluses (à titre prévisionnel) dans le paiement à la capitation – comme cela se fait au Royaume-Uni. Cette solution permet de maîtriser les dépenses pharmaceutiques

pour les soins ambulatoires et incite les médecins à prescrire avec prudence. Au Royaume-Uni, par exemple, on constate que les augmentations de coûts des prescriptions sont nettement plus faibles pour les médecins gestionnaires de budget que pour les autres (OCDE, 1994b).

Les coûts globaux de délivrance de médicaments pourraient aussi être réduits par une déréglementation sélective du secteur de la vente au détail. Certains pays d'Europe le réglementent fortement : il y a souvent contrôle des prix de détail, la concurrence entre les pharmacies est limitée (pas de publicité des prix pour les médicaments sur ordonnance), elle l'est souvent aussi entre les pharmacies et les autres points de vente au détail de médicaments délivrés sans ordonnance (par exemple l'aspirine et les vitamines) et il y a un *numerus clausus* par zone pour les pharmacies. Cela a conduit à des différences importantes d'un pays à l'autre dans le nombre de pharmacies et par conséquent dans le nombre de pharmaciens par rapport à la population?

Comment assurer une plus grande responsabilité des acheteurs

Comme on l'a vu plus haut, il y a des avantages à avoir un seul acheteur pour répondre aux besoins de la population locale. Cela dit, les systèmes à payeur unique peuvent être considérés comme réduisant le choix du consommateur, ce qui affaiblit leur responsabilité vis-à-vis de la population couverte. Dans ces conditions, on peut préférer des acheteurs intra-nationaux (régionaux ou locaux), et effectuer des comparaisons systématiques des stratégies de traitement et des résultats entre les régions. Là où il existe déjà des organismes de financement multiples mais qui pour l'essentiel ne se concurrencent pas (c'est le cas des caisses maladie au Japon et en Allemagne), il est possible de renforcer leur efficacité en tant qu'acheteurs en encourageant des regroupements ou des fusions entre petites unités qui desservent la même région³⁴.

Des pressions peuvent aussi s'exercer pour introduire une concurrence entre les acheteurs et un certain nombre de propositions de réformes ont été faites dans ce sens (Japon et Allemagne). En principe, le droit de chacun de changer d'acheteur inciterait davantage les assureurs à fournir un ensemble de prestations approprié. Le choix des consommateurs peut aussi accroître la pression qui s'exerce sur les acheteurs en vue d'améliorer l'aspect administration (surtout lorsque la concurrence est fondée sur la prime d'assurance) et de rechercher un meilleur rapport qualité prix des soins fournis par les prestataires. Cependant, il n'est pas facile de mettre en place et de maintenir une telle concurrence dans les systèmes où la prime d'assurance est fondée non pas sur le risque mais sur les revenus, car cela exige un certain ajustement des risques entre les caisses. Par ailleurs, rien ne garantit qu'un renforcement de la concurrence entre les assureurs conduira nécessairement à un abaissement des dépenses de santé. Ces questions sont traitées plus en détail dans l'encadré E.

Encadré E. La concurrence sur le marché de l'assurance

La question à laquelle il est peut-être le plus difficile de répondre concernant la réforme du secteur de la santé c'est de savoir si en introduisant (ou en renforçant) la concurrence entre les assureurs on parviendrait à mieux maîtriser la dépense globale de santé, à améliorer l'efficacité des prestataires et à préserver l'équité. Les réformes introduites récemment aux Pays-Bas et en Allemagne vont dans le sens d'un renforcement de la concurrence entre les caisses d'assurance maladie; la Nouvelle-Zélande a envisagé – mais, comme les Pays-Bas, a ensuite mis ce projet de côté – d'autoriser chacun à se retirer du système de l'assurance maladie publique et à s'adresser à l'assureur privé de son choix, avec le financement correspondant. Seul le Portugal se propose d'instaurer un droit d'option similaire. Aux États-Unis, le débat à propos de la réforme du système de santé est largement centré sur la question de l'avantage qu'il y aurait à maintenir une concurrence entre les assureurs privés, tout en renforçant la réglementation, ou, au contraire, à s'orienter davantage vers une formule de payeur unique.

Comment concilier la concurrence sur le marché de l'assurance et l'équité d'accès est l'une des grandes questions auxquelles les réformes doivent répondre. Ainsi que cela a été noté dans la deuxième partie du document, presque tous les pays sont d'accord pour dire que tous les individus doivent avoir accès à une assurance et que la prime doit être fonction du revenu et non pas du risque lié à la personne. En ce qui concerne l'universalité de la couverture, on peut partir du principe que les assureurs doivent offrir une assurance de base à tous et accepter tout le monde; l'écrémage (refuser les personnes présentant les risques les plus importants) serait interdit. Pour concilier la concurrence et des primes calculées en fonction du revenu il y aurait ajustement des risques entre les caisses d'assurance – les caisses qui supporteraient les risques les plus lourds recevraient une subvention de celles qui supporteraient des risques moins lourds – même si le mécanisme peut différer selon les pays. Aux Pays-Bas, c'est une caisse centrale qui doit opérer la péréquation en centralisant les primes d'assurance calculées sur les revenus. Chaque assureur reçoit un montant forfaitaire, ajusté en fonction des risques, qui tient compte des écarts attendus dans la dépense selon les adhérents. Ensuite, pour dégager un profit, les assureurs doivent s'efforcer de négocier des tarifs meilleurs auprès des prestataires de soins et s'efforcer de réduire leurs coûts administratifs. Le renforcement de la concurrence entre les assureurs pour la clientèle pousse les assureurs à essayer d'abaisser leurs coûts.

Cependant, la concurrence sur le marché de l'assurance laisse subsister un certain nombre d'incertitudes et peut créer certaines difficultés.

Ajustement en fonction des risques

L'ajustement en fonction des risques n'est pas simple à opérer. Aux Pays-Bas, il était initialement envisagé que l'ajustement en fonction des risques s'opère sur la base de l'âge, du sexe et de la région, facteurs qui, d'après certaines études, expliqueraient moins de 5 pour cent de la variabilité des dépenses annuelles

(voir page suivante)

(suite)

de santé (Newhouse et al., 1989; van de Ven et van Vliet, 1992). En tenant compte en outre de l'état de santé, des antécédents concernant le recours aux soins de santé et de certaines variables générales, on parviendrait à expliquer 10 pour cent de la variabilité de la dépense. De plus, les informations ne sont pas nécessairement disponibles sur toutes ces variables et il peut être coûteux de rassembler les informations nécessaires. Même si les assureurs doivent accepter tout le monde, ils sont néanmoins fortement incités à attirer et à conserver les meilleurs risques et ils peuvent sans doute trouver les moyens d'y parvenir – à travers leur stratégie commerciale et publicitaire, par exemple, ou en sélectionnant certains prestataires (en fonction de leur lieu d'exercice et de leur réputation dans telle ou telle spécialité) de manière à attirer une clientèle en bonne santé (van de Ven et van Vliet, 1992). À l'inverse, si l'assureur ne supporte aucun risque – parce que l'État vient au secours des assureurs en difficulté (estimant, par exemple, qu'ils ont « joué de malchance » en se trouvant confrontés à une clientèle qui a présenté des risques plus importants que prévu) ou supporte l'intégralité du coût des soins médicaux *ex post* (comme en Belgique) – il n'est plus incité à essayer d'abaisser ses coûts. Il faut trouver un juste équilibre entre les risques supportés par une caisse centrale et les risques supportés par chaque assureur si l'on veut laisser subsister un marché.

Coûts administratifs

La concurrence entre les assureurs pourrait contribuer à limiter les coûts administratifs, même si l'intégralité ou la majeure partie de la dépense afférente aux soins de santé était prise en charge par une caisse centrale (comme dans les propositions néerlandaises). Cela étant, on peut penser que les systèmes qui comptent un grand nombre d'assureurs, proposent des plans d'assurance multiples et reposent sur un réseau complexe de contrats avec les prestataires seront plus coûteux que des systèmes reposant sur un payeur unique et un barème de remboursement unique également. C'est ainsi, par exemple, que la baisse des coûts administratifs au Royaume-Uni et au Canada a été attribuée à la formule du payeur unique, et on a pu observer un résultat analogue au Japon où les fonctions de versement et de contrôle sont regroupées au sein de la caisse d'assurance sociale pour les remboursements médicaux. Il faudrait donc que les systèmes dans lesquels les assureurs sont multiples compensent l'accroissement des coûts administratifs par des économies importantes réalisées sur d'autres postes – particulièrement grâce à des gains d'efficacité au stade de la production.

Équité

Lorsque les assureurs se font concurrence sur le montant de la participation forfaitaire des assurés à la prime, il faut que ce montant soit suffisamment important par rapport au montant total de la prime pour encourager les consommateurs à se montrer sélectifs. Cependant, un montant forfaitaire trop élevé nuirait au caractère progressif du financement des soins de santé. C'est la raison qui a été avancée

(voir page suivante)

(suite)

pour ramener le montant forfaitaire appliqué aux Pays-Bas de 15 pour cent comme initialement proposé à 5 pour cent, taux actuellement appliqué.

Maîtrise des coûts

Le renforcement de la concurrence sur le marché de l'assurance peut ne pas se traduire par une baisse globale des coûts. Lorsque le montant des primes peut être fixé librement, celles-ci peuvent, à terme, avoir tendance à augmenter plutôt qu'à baisser. Tel peut être le cas si une fraction suffisamment nombreuse de la population estime que le niveau des dépenses est insuffisant ou si les producteurs parviennent à résister aux tentatives déployées par les assureurs pour améliorer l'efficacité et si les effets de demandes induites par les fournisseurs jouent fortement. Par exemple, aux Pays-Bas, les difficultés de maîtrise des coûts s'expliquent peut-être en partie par une collusion entre les prestataires, sur un marché de l'assurance très fragmenté. Les assureurs peuvent se faire concurrence en proposant une offre globale de soins plus sélective (accès aux meilleurs spécialistes, etc.), ce qui poussera les prix à la hausse lorsque l'offre est inélastique. Cela peut avoir un retentissement sur l'équité d'accès. Les constatations récentes que l'on a pu faire sur des marchés privés montrent que les primes ont tendance à augmenter (c'est ce qu'on a pu observer avec les assurances privées au Royaume-Uni et en Finlande, par exemple).

Résultats sur le plan de la santé

Enfin, la concurrence entre les assureurs privés risque de pousser à continuer à mettre l'accent sur les soins plus que sur les résultats. Les systèmes de santé, actuellement, sont davantage axés sur les soins curatifs que sur la prévention. L'assureur ne sera guère incité à privilégier la prévention à moins qu'il n'y voit la possibilité de réaliser des économies ultérieurement du fait d'une dépense médicale moindre. La concurrence dans un système de type HMO, où il existe un intérêt commun pour les soins préventifs, pourrait être utile à cet égard, de même que les contrats à long terme entre consommateurs et assureurs - à condition que soit maintenue la pression concurrentielle résultant de la liberté de choix des consommateurs.

Une approche plus limitée

Si l'on s'est interrogé, plus haut, sur les mérites d'un système d'assurance pleinement concurrentiel, peut-être aurait-on moins de craintes à l'égard d'un système d'assurance concurrentiel facultatif qui jouerait en marge d'un système fondé essentiellement sur un payeur unique. L'assurance facultative pourrait, par exemple, couvrir des prestations non couvertes par le régime public (soins dentaires, lunettes et lentilles, chirurgie esthétique, etc.) ou financer un meilleur service (chambre individuelle, par exemple). C'est le marché qui déterminerait la forme que prendrait cette assurance, ainsi que son prix, et des primes calculées

(voir page suivante)

(suite)

en fonction des risques individuels ou des risques d'un groupe restreint pourraient être la norme.

Cependant, il ne faudrait pas que l'assurance facultative couvre la part de dépense restant à la charge du patient afin d'éviter d'affaiblir l'effet modérateur que la participation financière du patient peut avoir sur la demande de soins. Peut-être faudrait-il aussi que les formules d'assurance soumises à la concurrence ne soient pas autorisées à couvrir les gros risques de santé, si l'on considère que le payeur unique représente la meilleure façon de maîtriser les coûts et de garantir l'équité d'accès. Cela ne serait pas nécessairement coûteux : si l'on parvenait à améliorer l'efficience de l'offre de services de santé, grâce à des mesures comme celles envisagées dans la deuxième partie de cette étude, les facteurs qui, ces derniers temps, ont poussé à la multiplication des mécanismes de concurrence privés pour le financement et la prestation des services de santé perdraient beaucoup de leur force.

« Participation aux frais »

L'analyse qui précède laisse penser qu'une amélioration des incitations aux prestataires de services de santé et leur surveillance peuvent aider à réduire les dépenses inutiles. Par ailleurs, la plupart des pays de l'OCDE ont cherché à annuler l'effet du risque subjectif lié à la couverture très étendue des assurances en relevant le ticket modérateur que les patients doivent payer pour une série de dépenses. Comme l'augmentation du ticket modérateur pourrait impliquer une nette augmentation correspondante du « prix » payé par les patients, l'effet sur la demande pourrait être sensible, même avec des élasticités relativement faibles³⁵.

Cependant, on ne constate guère dans la pratique (sauf pour les produits pharmaceutiques) que les pays où le ticket modérateur est plus élevé présentent des dépenses plus faibles ou une augmentation des dépenses plus lente (voir, par exemple, Oxley et MacFarlan, *op. cit.*). Si l'augmentation du ticket modérateur dans les régimes publics peut réduire le coût pour l'État et peut-être le volume des soins de santé, il ne s'ensuit pas nécessairement que la dépense totale diminue. Il y a à cela plusieurs raisons. Dans la pratique, les augmentations ont été intermittentes et faibles – et, partout, insuffisantes pour modifier le Comportement des consommateurs. L'assurance privée (Medi-gap aux États-Unis et les assurances complémentaires en France) peut prendre en charge une part importante de l'augmentation des tickets modérateurs dans le régime d'assurance public. Même si la participation aux frais contribue à ralentir la croissance du volume des soins de santé, cela peut être en partie compensé par des hausses du prix des soins de santé (comme cela semble s'être produit aux États-Unis au début des années 80). Enfin, les possibilités d'économiser sur les dépenses peuvent être réduites par les coûts administratifs de mise en œuvre des systèmes de participation aux frais.

L'incidence régressive potentielle de la participation aux frais suscite des préoccupations en ce qui concerne l'équité. De plus, l'état de santé semble être fortement corrélé avec le revenu (Evans *et al.*, 1993) et, par conséquent, les tickets modérateurs risquent de transférer le revenu des malades les moins aisés vers ceux qui sont en bonne santé et plus aisés. De ce fait, la plupart des pays où il existe des tickets modérateurs s'efforcent de protéger les groupes à faible revenu et les malades chroniques par des exemptions, des plafonds de paiement et autres dispositions du même genre – au prix, toutefois, d'une plus grande complexité administrative, d'une réduction de la transparence des prix, et d'une augmentation du risque de fraude.

L'hypothèse sur laquelle s'appuient les arguments en faveur d'une augmentation du ticket modérateur est que le faible niveau des prix conduit à des demandes de caractère « secondaire ». Dans ce contexte, l'étude RAND aux États-Unis suggère que le ticket modérateur a autant de chances de réduire les contacts avec les prestataires de soins de santé qui seraient considérés comme « nécessaires » par les cliniciens que ceux qui seraient jugés « inutiles » (Lohr *et al.*, 1986; Siu *et al.*, 1986). encore que cela n'ait apparemment que peu d'effet sur les résultats au plan de la santé.

D'une façon plus générale, les tickets modérateurs doivent être plus faibles lorsque le risque subjectif est moindre, lorsque l'impact sur la demande est faible et lorsque les gains de bien-être que permet l'assurance sont maximums. Ceci indique que la participation des patients aux frais, dans la mesure où elle est appliquée, doit être plus faible pour les services hospitaliers de soins intensifs (sauf peut-être pour les chambres privées, les repas améliorés et les soins « autres » que ceux purement médicaux), et plus élevée pour les soins ambulatoires, les médicaments [en particulier pour les maladies non chroniques], les traitements dentaires de routine et les lunettes. On peut aussi utiliser la participation des patients aux frais (et les exemptions) pour atteindre des objectifs plus spécifiques. On peut, par exemple, faire payer des frais pour l'utilisation, en dehors des cas d'urgence, de services d'urgence très coûteux; certains traitements dentaires coûteux peuvent être remboursés à un taux plus élevé pour les personnes qui ont fait faire des contrôles réguliers (comme cela se fait aux Pays-Bas); et les allocations familiales peuvent être subordonnées à des examens réguliers des enfants par un pédiatre (comme c'est le cas en France).

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Augmentation des dépenses de santé et mise en place de réformes

Les problèmes propres au « marché » des soins de santé et les réponses institutionnelles qui leur ont été données ont créé un contexte favorable à l'augmentation des dépenses. Étant donné que le coût marginal pour le patient est faible et

que la quasi-totalité des décisions des prestataires de soins de santé sont financées par les caisses d'assurance, il y a toutes les raisons d'étendre les soins lorsqu'on juge qu'ils auront un avantage marginal positif pour le patient; d'ailleurs, compte tenu des valeurs de la société et de l'approche hippocratique de la médecine adoptée par les médecins, il était moral de le faire. Les effets sur les dépenses de santé ont été amplifiés par plusieurs influences, notamment le recours croissant à des technologies sophistiquées, sans guère analyser si l'avantage net d'une technique donnée est suffisant pour justifier la dépense qui lui est consacrée: le fait que davantage de médecins sont de plus en plus formés à l'utilisation de ces méthodes coûteuses: enfin, l'augmentation de capacité des hôpitaux. En même temps, il n'y a guère eu d'incitation à mettre au point ou à introduire des technologies réductrices de coût.

Dans ce contexte, où les payeurs (qui sont pour l'essentiel les assureurs) sont en majeure partie absents de la décision médicale et où les forces du marché ont peu de chances de pouvoir jouer un grand rôle dans le choix de la stratégie médicale la plus appropriée même dans le meilleur des cas, les incitations à mettre un frein aux accroissements non justifiés des dépenses de santé ont été peu nombreuses. Aux États-Unis, où les assurances privées occupent une grande part du marché et où le potentiel de concurrence devrait être important, les augmentations de dépenses ont été beaucoup plus élevées qu'ailleurs et ont été répercutées sur les primes d'assurance, malgré un souci croissant quant à ce que cela coûte aux entreprises et aux familles.

Même si la comparabilité des données est parfois discutable, l'importance des écarts d'un pays à l'autre dans les coûts et l'utilisation des ressources montre qu'il y a largement place dans de nombreux pays pour une augmentation de l'efficacité. En fait, l'un des thèmes sous-jacents de l'analyse présentée ici est qu'il est peut-être possible, en revoyant la **façon** dont les soins de santé sont dispensés, de fournir la même quantité de soins mais d'une façon plus efficace. En outre, des efforts plus déterminés pour définir et appliquer les « meilleures pratiques » de la médecine pourraient aboutir à une meilleure qualité des soins de santé. La très faible relation entre la dépense globale de santé et les indicateurs disponibles des résultats sur la santé soulève deux autres problèmes. Premièrement, les dépenses de soins de santé à la marge risquent de n'avoir que des effets limités sur l'état de santé global. Deuxièmement, étant donné que les résultats au niveau de la santé sont déterminés non pas seulement par les soins de santé eux-mêmes, mais aussi par tout un éventail d'autres facteurs, l'État peut peut-être atteindre ses objectifs sanitaires plus efficacement par d'autres voies.

La deuxième partie a présenté une vue générale des grandes réformes du financement et de la fourniture des soins de santé. Malgré les importants facteurs de convergence que l'on constate dans le large spectre des réformes, les pays de l'OCDE n'ont pas tous suivi la même voie ou choisi les mêmes instruments. Les

premiers efforts pour maîtriser les dépenses en imposant des plafonds budgétaires semblent avoir connu une certaine réussite dans la mesure où l'augmentation des dépenses de santé, et en particulier de leur composante publique, s'est ralentie dans la plupart des pays au cours des années 80. Cependant, ce genre de mesure a souvent été limité au secteur hospitalier et les pressions se sont déplacées vers des secteurs moins contrôlés. Certains types de mesures peuvent en outre avoir réduit l'efficacité de la fourniture des soins. Un souci majeur est de savoir si ce ralentissement de la croissance peut être maintenue.

L'attention se porte maintenant sur une amélioration de l'efficacité micro-économique des soins de santé. La plupart des pays ont adopté des mesures partielles visant à atténuer les problèmes les plus flagrants et quelques uns tendent maintenant vers des réformes plus radicales pour améliorer l'efficacité et l'efficacité, tout en essayant d'éviter que cela se fasse au détriment de l'équité. L'évaluation des réformes appliquées et de celles qui sont proposées indique qu'une clef de l'amélioration de l'efficacité – du moins dans le secteur hospitalier – réside dans l'amélioration des incitations grâce à une meilleure structure du marché et à de meilleures relations contractuelles entre les payeurs (assureurs) et les prestataires, ce qui impliquera probablement les principaux éléments suivants :

- L'exercice par les payeurs du rôle d'acheteurs, agissant en tant que mandataires des patients pour assurer la disponibilité de soins de santé de haute qualité et efficaces par rapport à leur coût. Certains ont suggéré qu'un acheteur unique par région peut présenter certains avantages.
- Des marchés concurrentiels pour la fourniture des soins de santé, avec des contrats comportant des incitations à l'amélioration de l'efficacité par les prestataires.
- Dans de nombreux pays, une plus grande indépendance de la direction des hôpitaux (assorties de dispositions appropriées assurant la transparence) pour encourager la recherche à la fois de gains d'efficacité et de solutions moins coûteuses pour les soins.
- Le suivi des contrats par les acheteurs pour qu'une pression constante s'exerce sur les prestataires afin qu'ils améliorent la quantité et la qualité des soins tout en réduisant les coûts.

Ces changements auront souvent pour effet d'accroître les coûts d'administration du système. Les systèmes de gestion hospitalière n'en sont dans la plupart des pays qu'à leur tout début, comme le montre l'insuffisance d'informations disponibles pour la prise de décisions. Pour que les investissements consacrés à la réforme soient rentables, il faut qu'une pression soutenue s'exerce sur les prestataires pour qu'ils réagissent comme il convient.

On peut appliquer des principes analogues dans le secteur ambulatoire en définissant des modalités de paiement plus appropriées pour les médecins de

premier recours. Chacune des diverses formes contractuelles a ses avantages et ses inconvénients, mais certaines expériences tendent à confirmer que les paiements à la capitation conjugués à un filtrage par les médecins de famille peuvent être la solution la moins coûteuse. On peut penser que, lorsque les généralistes sont de grande qualité, cette approche peut même conduire à de meilleurs soins – ou en tous cas plus cohérents. Les incitations peuvent être renforcées par des systèmes tels que la gestion par le médecin d'un budget. Cependant, le libre choix du généraliste, l'adhésion également libre et une disposition de prévention des pertes peuvent être nécessaires pour limiter les risques d'insuffisance de traitement et d'écrémage.

Les approches esquissées ici, qui s'inspirent d'expériences et de modifications déjà en cours, soulèvent une question importante : comment l'acheteur des soins de santé peut-il être rendu responsable vis-à-vis des patients? Une solution consiste à avoir différents assureurs qui se concurrencent et certains pays s'orientent dans cette direction, en estimant que ce système peut aussi inciter les assureurs à exercer des pressions sur les prestataires pour qu'ils réduisent les coûts et répondent aux besoins des patients. Cependant, le maintien d'un marché concurrentiel des assurances avec des primes liées au revenu exige des systèmes complexes d'ajustement des risques entre les acheteurs. Cela indique qu'il pourrait y avoir un moyen terme par rapport aux systèmes à acheteur unique en ce qui concerne la complexité de la réglementation, les coûts administratifs et le pouvoir vis-à-vis des prestataires. On peut trouver plusieurs réponses à ces difficultés : en Allemagne, par exemple, il y a collaboration entre les assureurs pour accroître leur pouvoir de négociation avec les hôpitaux, mais ce, aux dépens de la concurrence; aux États-Unis, les *Health Maintenance Organizations* et *Preferred Provider Organizations* proposent une prime d'assurance plus faible en échange d'une réduction du choix des prestataires par le consommateur.

Si les données transversales internationales ne permettent pas de confirmer cette idée de façon concluante, il semble néanmoins plausible qu'une augmentation notable et générale de la participation des patients aux frais puisse avoir une incidence importante sur la demande de soins de santé. De telles augmentations pouvant avoir des effets indésirables sur l'accès des groupes à faible revenu, la plupart des pays ont limité le ticket modérateur aux soins ambulatoires et pharmaceutiques ou en ont exonéré les personnes très malades qui sont souvent le groupe qui consomme l'essentiel des prestations de santé. Cela augmente la complexité et le coût administratif de ces systèmes et réduit la transparence pour le public en général. Dans ces conditions, une autre solution pour parvenir au même résultat pourrait consister à faire intervenir les prestataires – par exemple en confiant aux médecins le soin d'assurer un filtrage pour l'essentiel des soins de second recours, les prestataires eux-mêmes faisant l'objet d'évaluations de leur mode d'activité.

De la politique des soins de santé à une politique de la santé

La demande de soins de santé est une demande qui est dérivée de l'exigence d'une bonne santé. Les informations qui s'accumulent montrent que la santé dépend d'une vaste gamme de facteurs, y compris la dotation génétique de chaque individu et l'environnement social et matériel. Le système de santé, tout en fournissant la structure nécessaire lorsque les individus tombent malades, n'est pas le seul facteur d'amélioration de l'état de santé. Une critique qui a été formulée est que l'on a concentré l'attention et le financement sur le secteur des soins en négligeant les facteurs plus généraux qui influent sur la santé.

C'est pourquoi la plupart des pays ont adopté des politiques de « la santé pour tous » telles que celles préconisées par l'Organisation Mondiale de la santé, en principe pour combler cette lacune. Mais cela s'est rarement traduit par des mesures concrètes. Plus récemment, quelques pays ont mis en place des politiques plus larges de la santé, visant à a) fixer des objectifs mesurables concernant la santé (par exemple réduction des maladies cardio-vasculaires et des cancers); b) améliorer la coordination à la fois entre les prestataires des soins de santé à différents niveaux (premier et second recours) et entre les organismes de financement (échelons municipaux et centraux); enfin c) rechercher d'autres moyens d'atteindre les objectifs de santé en mettant l'accent sur la prévention. Cette approche a été graduelle, l'accent étant mis au départ sur l'établissement de ce qui semble être des objectifs raisonnables concernant des indicateurs intermédiaires (en Irlande, par exemple, on a fixé des objectifs d'abaissement de la tension artérielle et du cholestérol, de réduction de l'usage du tabac et de la consommation d'alcool, d'abaissement du nombre d'accidents de la route, etc.). La politique des soins de santé peut être intégrée dans ce cadre plus large lorsque les acheteurs incluent ces objectifs dans leurs politiques d'achat (comme le font les Commissions sanitaires de district (DHC) au Royaume-Uni).

De ce fait, les acheteurs sont obligés d'examiner d'autres instruments de politique économique pour atteindre les objectifs relatifs à la santé, en comparant leurs coûts à de nouvelles augmentations des dépenses générales de soins de santé. A cet égard, ils sont confrontés à un inconvénient majeur – l'absence d'informations sur le coût des solutions de remplacement ou leurs impacts sur l'état de santé. Or, il est important d'avoir des informations sur ces aspects, car on n'est pas sûr que des solutions de remplacement se révéleront plus efficaces par rapport à leur coût : la prévention par exemple n'est pas gratuite – et entraîne même souvent aussi des risques médicaux (c'est le cas par exemple de la vaccination) (Russell, 1986). Mais au moins les acheteurs ont-ils le mandat précis de remédier à ces incertitudes et d'examiner les arbitrages à faire. Cette approche contraste avec la fragmentation passée de la politique de santé : la prévention par exemple a été une tâche séparée (souvent confiée aux ministères de la santé), mal intégrée et de l'avis de certains sous-financée.

En bref, cette analyse – comme beaucoup de récents exposés de politique économique – milite en faveur d'une approche globale des prestations de santé. Le facteur clef est une approche plus cohérente où il incombe aux acheteurs d'améliorer l'état de santé global de leur population. Par leurs décisions d'achat et par une participation plus effective aux grandes orientations de politique économique (enseignement, logement et politique sociale, par exemple), ils peuvent avoir davantage d'influence sur la manière dont les ressources sont réparties entre le secteur traditionnel des soins de santé, les activités de prévention, les soins de proximité et tous les autres secteurs qui peuvent jouer un rôle dans l'amélioration de l'état de santé.

NOTES

1. **Cette** analyse ne couvre pas **le** Mexique.
2. **Les** données du tableau **1** prennent **le** PIB comme dénominateur de façon à permettre l'examen d'une période plus longue. Une comparaison de ces données à celles du tableau **2** (qui utilisent **le** PIB tendanciel) montre que les variations conjoncturelles du dénominateur «**expliquent**» 0,3 point de l'augmentation de **0,5** point qui apparaît au tableau **1** pour la moyenne de l'OCDE entre 1990 et 1992. Malgré la récession dans quelques pays, essentiellement les États-Unis, la consommation médicale a connu une croissance rapide au début des années **90**.
3. Pour la Turquie, on ne dispose que de données limitées. Plus généralement, **il** subsiste une incertitude quant à la comparabilité de ces chiffres entre les pays.
4. Ces données sont à interpréter avec prudence. **Les** comparaisons des PPA de la santé pour 1980 et 1985 avec celles de 1990 ne font pas toujours apparaître des schémas cohérents d'un pays à l'autre. Pour un certain nombre de pays d'Europe (ceux couverts par Eurostat), **les** poids utilisés pour calculer la composante de consommation publique des PPA de la santé ont été établis de façon approchée par **le** Secrétariat sur la base des poids moyens pour **le** reste des pays.
5. L'efficacité micro-économique comporte deux aspects : **l'efficacité de production** liée à la production d'un ensemble fixe de prestations au coût minimum; et **l'efficacité** définie comme une maximisation des services fournis pour un ensemble fixe d'intrants ou une maximisation de l'incidence sur **les** objectifs de santé, définis comme étant la durée et la qualité de la vie. **Les** coûts devront comprendre **les** dépenses administratives.
6. Notamment **les** programmes de logement, d'éducation, de garantie de revenu, de nutrition et d'hygiène qui tous pourraient avoir une influence sur la santé de la population.
7. Par exemple, la faiblesse des sanctions auxquelles s'exposaient **les** prestataires de santé en Italie dans **les** années 80 a obligé **le** gouvernement à injecter régulièrement de nouveaux crédits dans le système de santé.
8. Au Canada comme en Australie, où une grande partie des fonds sont fournis par les autorités fédérales, une certaine rigueur a été imposée en remplaçant **le** transfert aux autorités provinciales/d'État par une subvention globale indexée sur **le** PIB (Canada), les échelons inférieurs des pouvoirs publics étant responsables des dépassements de coût. En Finlande, une grande part des dépenses au niveau local était payée par **le** gouvernement central, ce qui encourageait l'augmentation de l'offre (OCDE, 1989), mais cela a été remplacé par des subventions globales. En Suède, où **les** régions financent l'essentiel

des dépenses par l'impôt local, il y avait peu de possibilités de maîtrise globale jusqu'à ce que le Parlement vote en **1990** la limitation des impôts au niveau des comtés jusqu'en **1992** (étendue à **1993**).

9. En Allemagne, par exemple, «l'Action concertée»), qui regroupe les parties intéressées au système de santé, permet de résoudre les litiges. Si les recommandations de la conférence ne sont pas contraignantes, elles ont néanmoins une influence considérable sur les résultats. Les caisses maladie régionales négocient alors des enveloppes budgétaires avec les prestataires. Au Japon, le ministère de la Santé et de la Protection sociale a pour objectif de maintenir la croissance des coûts de la santé dans les limites de la croissance du revenu national.
10. Un système analogue a été proposé pour les Pays-Bas pour les spécialistes exerçant en cabinet, mais il n'a pas été appliqué faute de coopération pour le recueil des informations nécessaires à sa mise en œuvre.
11. Ces listes déterminent quels sont les produits pharmaceutiques qui doivent être vendus ou en tout cas qui peuvent être remboursés par les assureurs.
12. Cela a entraîné l'établissement de plafonds budgétaires pour les cliniques privées en France à partir de **1990**.
13. Un exemple de la difficulté qu'il y a à trouver un équilibre entre la maîtrise des dépenses et l'efficacité micro-économique d'une part et les souhaits des consommateurs concernant l'accès physique d'autre part se rencontre dans le domaine des services d'urgence. Même là où il existe des moyens de transport urbains adéquats, les populations locales s'opposent à leur fermeture, ce qui conduit à un nombre excédentaire d'hôpitaux. A titre d'exemple, en Ile-de-France (région parisienne), bassin de **12** millions d'habitants, il existe environ **110** services de ce type alors que les experts évaluent les besoins aux environs de **35**.
14. Dans certains pays, les enveloppes budgétaires ont effectivement réduit l'offre de lits, réduisant ainsi les coûts globaux mais, ces réductions étant souvent non sélectives, elles n'ont pas amélioré l'efficacité avec laquelle les ressources restantes étaient utilisées.
15. A Stockholm par exemple, une réorganisation a permis en **1992** d'augmenter de **70** pour cent le nombre des opérations de la cataracte, de **50** pour cent celui des pontages coronaires, de **42** pour cent la chirurgie ambulatoire et de **8** pour cent la chirurgie traditionnelle, sans pour autant augmenter le budget.
16. Des études sur la régulation du personnel de santé aux États-Unis montrent que deux restrictions à elles seules – sur le nombre d'auxiliaires qu'un dentiste peut recruter et sur les fonctions qu'un auxiliaire dentaire peut assurer – ont coûté aux consommateurs **700** millions de dollars supplémentaires en **1982**. Le patchwork de restrictions portant sur **45** spécialités médicales pourrait considérablement augmenter ce chiffre (Begun et Feldman, **1990**).
17. En France, par exemple, où des efforts considérables ont été faits pour accroître la capacité de gestion, la collusion entre médecins et gestionnaires a souvent conduit à mettre l'accent sur des services prestigieux et coûteux pour maximiser les recettes et la réputation des hôpitaux (OCDE, **1993b**).

18. La dernière grande révision de la nomenclature médicale française et des prix correspondants s'est faite en **1972**, alors que l'évolution technologique a eu depuis une incidence majeure sur les coûts. L'utilisation de l'endoscopie en médecine intestinale est un exemple des effets de la structure inappropriée des prix. A mesure que cette nouvelle technique se répandait et que le coût de l'équipement diminuait, les coûts unitaires par examen ont diminué par rapport au prix de l'examen payé par l'assureur. L'augmentation des bénéfices tirés de l'utilisation des examens endoscopiques a progressivement éliminé des actes moins chers tels que la radiographie, bien que les informations supplémentaires obtenues soient marginales. Ce type de problème peut être accentué lorsque les médecins s'autoprescrivent des examens. Ainsi, aux États-Unis, les échographies ont été prescrites quatre fois plus souvent par les médecins possédant le matériel que par ceux qui envoyaient les patients à un radiologue (voir Commissariat Général du Plan, **1993** et les sources qui y sont citées).
19. Des réformes de ce genre ont été introduites au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande, en Norvège et en Suède et sont envisagées en Allemagne, en France, en Belgique, au Danemark, en Finlande, en Irlande, en Suède et en Espagne.
20. Cette concurrence peut être celle créée par l'entrée potentielle d'autres participants sur le marché (voir Baumol, **1982**); elle peut aussi résider dans des comparaisons de performance avec d'autres producteurs qui ne se trouvent pas directement dans le même secteur du marché.
21. Les autorités sanitaires de district au Royaume-Uni par exemple ont désormais leur mot à dire lorsqu'il s'agit de l'amélioration des logements, de la prévention des accidents, de la sécurité routière, etc.
22. De nombreuses caisses de sécurité sociale exigent une entente préalable avant d'accepter de couvrir certains traitements et dans certains cas font examiner les patients par leurs propres médecins. Cependant, l'efficacité de cette méthode au niveau des dépenses est faible.
23. Comme on l'a vu dans OCDE (**1993a**), une source importante de gains d'efficacité provient des dispositions qui permettent aux prestataires du secteur public d'entrer en concurrence les uns avec les autres et avec ceux du secteur privé. Le fait que la plupart des prestataires du secteur privé soient à but non lucratif affaiblit encore la distinction entre prestataires privés et publics.
24. L'excédent de lits dans le centre de Londres est connu depuis le siècle dernier. Cependant, l'impact du marché intérieur au Royaume-Uni l'a fait apparaître plus clairement et a accru la pression en faveur d'une rationalisation.
25. Par exemple, en Nouvelle-Zélande, les acheteurs régionaux de soins de santé et de plus en plus au Royaume-Uni les DHC ont maintenant le pouvoir de déterminer le type de contrat qu'ils passent et avec qui.
26. Des systèmes mixtes de paiement des prestations hospitalières et/ou des médecins sont proposés par Diamond (**1992**), Ellis et McGuire (**1986, 1990 et 1993**) et Newhouse (**1992**).
27. Cette approche a été introduite dans les modalités de paiement du programme Medicare aux États-Unis.

28. Par exemple, une réduction peut être appliquée au **prorata** de l'activité de chaque médecin. Ces systèmes risquent cependant de pénaliser les médecins efficaces et efficaces.
29. Au Royaume-Uni, où le ratio médecins/population est faible, la rémunération forfaitaire par personne est fixée de manière à porter le revenu du ((médecin moyen» (ayant une clientèle de **2 000** personnes) à des niveaux correspondant à ceux de membres de professions libérales ayant un niveau d'études similaire et possédant le même niveau de compétences. Ainsi, le fait de fixer la rémunération suppose que l'on s'accorde sur le revenu moyen escompté et le nombre de patients que le ((médecin moyen)) peut compter attirer. Dans les pays où la proportion de médecins par rapport à la population est élevée, les médecins peuvent avoir une incertitude particulière concernant leur revenu futur (d'où le paiement du forfait par personne). Les médecins, pour accepter le risque d'un changement, peuvent exiger que le revenu du ((médecin moyen» soit fixé à un niveau suffisamment élevé pour réduire les risques lors du passage d'un système à un autre. Les réformes récemment proposées en Suède ont achoppé sur ces difficultés.
30. Aux États-Unis par exemple, les médecins qui bénéficient de droits d'admission peuvent continuer à traiter leurs patients à l'hôpital, ce qui risque de les inciter à y envoyer leurs malades.
31. Dans le cas de traitements qui risquent d'être coûteux, cependant, il peut être justifié d'encourager médecins et patients à rechercher un deuxième avis.
32. Ces questions sont examinées plus en détail dans OCDE (1994). Cependant, les traitements en cabinet médical posent un problème en ce sens qu'ils encouragent les prestataires à susciter une demande excédentaire dans des cas marginaux. Il se peut qu'il faille introduire en même temps, pour limiter ce risque, des évaluations des cabinets médicaux conjuguées à une détermination appropriée des prix (de façon que ceux-ci soient alignés sur les coûts marginaux des prestataires).
33. Au milieu des années **80**, le nombre de pharmaciens exerçant par millier d'habitants était en moyenne de **6.4** pour les pays de l'OCDE et variait de 14 aux Pays-Bas, 21 au Danemark et **3.1** en Irlande à **13.7** en Finlande, **11.2** en Belgique, **9.6** au Portugal et **8.6** en France.
34. Cela paraît d'ailleurs être la tendance aux Pays-Bas, où se sont créés des groupements d'organismes de financement et d'hôpitaux. Mais s'il n'existe pas de règles et d'objectifs établis définissant la responsabilité de ces organismes vis-à-vis d'une autorité supérieure, cela risque de ne pas avoir l'effet souhaité d'amélioration de l'efficacité et de l'efficacité du système.
35. Après avoir étudié en détail les ouvrages américains sur la question, Morrisey (**1992**) a récemment conclu que l'élasticité-prix des services de santé est d'environ **-0.2**. Mais cette estimation peut comporter une grande marge d'erreur et il n'est pas certain qu'elle puisse s'appliquer à d'autres pays. Il faut donc la manier avec une grande prudence.

BIBLIOGRAPHIE

- ABEL-SMITH, B. (1992), « Cost containment and the new priorities in the European Communities », *The Milbank Quarterly*, 70 : 3.
- BAUMOL, W. (1982), « Contestable markets : an uprising in the theory of industry structure », *American Economic Review*, mars.
- BEGUN, J.W. et R. FELDMAN (1990), « Policy and research on health manpower regulation : never too late to deregulate? », dans Scheffler, M. et L. Rossiter (dir. pub.), *Health Economics and Health Policy for the 1990s : Surprises From the Past, Forecasts for the Future*, *Advances in Health Economics and Health Services Research*, vol. 11, Greenwich, Conn., JAI Press Inc.
- BÉRAUD, C. (1992), *La sécu c'est bien, en abuser ça craint*, rapport préparé pour les CNAMTS, Paris.
- CBO (Congress of the United States, Congressional Budget Office) (1991), *Rising Health Care Costs : Causes, Implications and Strategies*, Washington D.C.
- CBO (Congress of the United States, Congressional Budget Office) (1992a), *Economic Implications of Rising Health Care Costs*, Washington D.C.
- CBO (Congress of the United States, Congressional Budget Office) (1992b), *Projections of National Health Expenditure*, Washington D.C.
- CEA (Council of Economic Advisers) (1994), *Economic Report of the President, 1994*, Washington D.C., USPCO.
- CNAMTS (Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés) (1992), « Bilan d'une année de contrôles menés par l'assurance maladie », CNAMTS, Paris.
- COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PIAN (1993), *Santé 2010*, Paris.
- DIAMOND, P. (1992), « Organising the health insurance market », *Econometrica* 60 : 6.
- ELLIS, R. et T. MCGUIRE (1986), « Provider behaviour under prospective reimbursement : cost sharing and supply », *Journal of Health Economics*, 3 : 2, été.
- ELLIS, R. et T. MCGUIRE (1990), « Optimal payments systems for health services », *Journal of Health Economics*, 9 : 4, décembre.
- ELLIS, R. et T. MCGUIRE (1993), « Supply-side and demand-side cost sharing in health care », *Journal of Economic Perspectives*, 7 : 4.
- EVANS, R., M. BARER et C. HERTZMAN (1993), « The twenty year experiment : accounting for, explaining and evaluating health care cost containment in Canada and the United

- States)), Institut canadien de recherches avancées, Document de travail sur *la santé de la population*, n° 14, septembre.
- EVANS, R. et G. STODDART (1990), «Producing health, consuming health care», Institut canadien de recherches avancées, Document de travail sur *la santé de la population*, n° 6, avril.
- GERDTHAM, U-G., B. JÖNSSON, M. MACFARLAN et H. O X L M (1994), «Factors affecting health spending : a cross-country econometric analysis», annexe au Document de travail du Département des *affaires* économiques de l'OCDE, n° 149.
- GERDTHAM, U-G., J. SOGAARD, F. ANDERSSON et B. JONSSON (1992), «An econometric analysis of health care expenditure : a cross-section of OECD countries», *Journal of Health Economics*, 11.
- LOHR, K., C. BROOK et C. Kamburg (1986), «Use of medical care in the Rand Health Insurance Experiment : diagnosis and service-specific analyses of a randomised control trial», *Medical Care*, 25 (supplément).
- MORRISEY, M. (1992), *Price Sensitivity in Health Care Policy : Implications for Health Care Policy*, Washington, NFIB Foundation.
- NEWHOUSE, J. (1992), «Pricing and imperfections in the medical care market)), dans Zweifel, P. et H. Frech III, *Health Economics Worldwide*, Kluwer, Dordrecht.
- NEWHOUSE, J., W. MANNING, E. KEELER et E. SLOSS (1989), «Adjusting capitation rates using objective health measures and prior utilisation», *Health Care Financing Review*, 10: 3.
- OCDE (1987), «La santé : financement et prestations. Analyse comparée des pays de l'OCDE)), *Études de politiques sociales*, n° 4, Paris.
- OCDE (1989), *Études économiques de l'OCDE Finlande*, Paris.
- OCDE (1992), «La réforme des systèmes de santé : analyse comparée de sept pays de l'OCDE», *Études de politiques de santé*, n° 2, Paris.
- OCDE (1993a), *Perspectives économiques 54*, Paris.
- OCDE (1993b), *Documents hors-série : collection mécanismes de type-marché (n° 2 et 7)*, Paris.
- OCDE (1993c), «Les systèmes de santé des pays de l'OCDE», vol. I, «Faits et tendances 1960-1991», *Études de politiques de santé*, n° 3, Paris.
- OCDE (1994a), *Protéger les personnes âgées dépendantes : nouvelles orientations*, Paris.
- OCDE (1994b), *Études économiques de l'OCDE, Royaume-Uni*, Paris.
- OCDE (1994c), «La réforme des systèmes de santé : étude de dix-sept pays de l'OCDE)), *Études de politiques de santé*, n° 5, Paris.
- OXLEY, H. et M. MACFARLAN (1994), «Health care reform : controlling spending and increasing efficiency», Document de travail du Département des *affaires* économiques de l'OCDE, n° 149.
- RUSSEL, L. (1986), *Is Prevention Better than Cure?*, Washington, D.C., The Brookings Institution.

- SIU, A.L., F. SONNENBERG, W. MANNING, G. GOLDBERG, E. BLOOMFIELD, J. NEWHOUSE et R. BROOK (1986), « Inappropriate use of hospitals in a randomised trial of health insurance plans », *New England Journal of Medicine*, 315 : 20, 13 novembre.
- VAN DE VEN, W. et R. VAN VLIET (1992), « How can we prevent cream skinning in a competitive health insurance market? The great challenge for the '90s », dans Zweifel, P. et H. Frech III, *Health Economics Worldwide*, Kluwer, Dordrecht.
- WEISBROD, B. (1991), « Health care quadrilemma : an essay on technological change, insurance, quality of care and cost containment », *Journal of Economic Literature*, XXIX, juin.
- WOLFE, P. et D. MORAN (1993), « Global budgeting in the OECD countries », *Health Care Financing Review*, 14 : 3, printemps.