



# ASSURANCE MALADIE : FINANCEMENT COLLECTIF ET RÉGULATION PAR LE MARCHÉ ?

MICHEL GRIGNON \*

**L**e système de santé français semble à la fois de plus en plus coûteux et de moins en moins généreux (on constate localement des rationnements en certains services spécialisés et diagnostics). Parmi les très nombreuses causes possibles de ce fonctionnement peu satisfaisant, les économistes mettent en avant l'absence de toute régulation efficace : l'État central hésiterait en permanence entre la maîtrise comptable, augmentant les rationnements non justifiés, et la maîtrise médicalisée, laissant filer les coûts, et les producteurs de soins végéteraient dans une pratique archaïque et inorganisée. Un exemple de ce type de diagnostic est offert par le Cercle des économistes dans sa livraison sur l'assurance maladie (Cercle des économistes, 2004) ; assez naturellement (pour des économistes, tout au moins), ils envisagent que ce régulateur qui manque au système de santé pourrait être une forme ou une autre de marché. Pour autant, personne n'envisage sereinement un marché concurrentiel parfait des biens et services de santé sur lequel les offreurs ne soigneraient que les plus offrants, et les assureurs laisseraient mourir les pauvres. Le Cercle des économistes cherche donc à faire jouer au marché un rôle de régulateur de l'offre de soins, sans pour autant contraindre la demande de soins par la capacité à payer.

Aucun des économistes du cercle n'étant économiste de la santé (on peut même penser, à lire leurs contributions, qu'ils ne connaissent pas l'existence de cette branche de l'économie), ils présentent

\* Department of Economics, Mc Master University, Hamilton, Canada.  
Cet article a été commencé alors que l'auteur travaillait à l'Irdes à Paris, France.



comme une « révolution » une solution assez logique (et donc souvent évoquée dans des revues ou ouvrages qu'ils ne connaissent pas) pour ce problème, qu'ils nomment un système bismarckien rénové. Il s'agit de collecter des contributions publiques (obligatoires, non liées au risque, voire proportionnelles au revenu) et de les allouer à des entités en situation de « marché ». Ayant moi-même (parmi tant d'autres, et avec deux collègues ; voir Choné, Grignon et Mahieu, 2001) décrit un tel mécanisme, je voudrais en exposer ci-dessous les motivations, le mode possible de fonctionnement et les limitations, avant de tenter d'en prévoir l'avenir, compte tenu des évolutions possibles de la technique médicale et de la demande de soins.

Mon approche est sans aucun doute plus pragmatique que celle du Cercle des économistes : je décris d'abord, comme eux, les attendus d'une régulation par le marché, mais, comme on le verra, je suis plus résigné et moins normatif, quant aux capacités de l'offre à se transformer, à abandonner son regrettable archaïsme et son corporatisme, pour se conformer au bien collectif. C'est évidemment le défaut de tout économiste spécialisé dans son objet, qui risque de ne pas prendre assez de hauteur de vue et de rester prisonnier du système tel qu'il l'observe *hic et nunc*, voire de le justifier dans ses pires lacunes. Le défaut complémentaire consiste à dicter ses recommandations sans tenir compte de spécificités réelles du domaine étudié (Victor Fuchs, 1996, documente très bien ces deux tendances dans le cas des économistes américains!).

L'article se présente comme suit : je commence par justifier l'idée d'un financement collectif et obligatoire des dépenses de soins, en rappelant les deux arguments sur lesquels elle est fondée (efficacité et équité), puis en tentant de répondre aux trois tendances visant aujourd'hui à en limiter le champ (définition du panier d'une part, concurrence gérée de l'autre), voire à la remettre totalement en cause (compte d'épargne médical). Dans une deuxième partie, je développe l'idée qu'une forme de marché pourrait utiliser ces ressources collectives, et je tente de montrer comment et pourquoi cela pourrait améliorer la régulation. Il y a sans doute là une sorte d'optimum, mais je ne suis pas certain que les transactions nécessaires pour y accéder n'excèdent pas en coûts les gains retirés du passage de notre situation actuelle à la situation optimale. Finalement, tout se passe comme si cet appel au marché restait encore une forme de solution par la gouvernance, c'est-à-dire une manière d'éviter les questions fondamentales (et passablement gênantes) de tout système de soins : quelles relations entretiennent les patients avec les différents producteurs de soins ? Comment ces producteurs voient leur métier ?

### *POURQUOI UN FINANCEMENT SOCIALISÉ ?*

La régulation par le marché est sans aucun doute l'élément novateur dans une articulation entre financement social et régulation concurrentielle, et l'argument sur le financement est, en général, un préliminaire rapide et consensuel. Il me paraît utile, cependant, de revenir en détail sur cet argument, en premier lieu parce que l'unanimité de façade disparaît lorsqu'on en vient aux détails de ce financement (et les évolutions prévisibles de la médecine et de la santé risquent d'aggraver ces désaccords dans les années à venir), en second lieu parce que les arguments fondant le financement socialisé de la médecine peuvent aussi jouer fortement dans le débat sur une régulation concurrentielle de la production des soins.

Je passe en revue ci-dessous les arguments possibles fondant un financement socialisé des soins : caractéristiques du bien « soins médicaux », efficacité de long terme, et équité. Je développe ensuite les limites posées au financement socialisé, à travers les arguments sur le panier nécessaire, la concurrence par les prix et le rôle rénové de l'épargne.

#### *Caractéristiques du bien « soins médicaux »*

La consommation de soins médicaux est caractérisée par son caractère aléatoire, par une dépense potentiellement illimitée, et par des asymétries d'information entre consommateur et producteur.

#### *Le financement collectif justifié par l'aversion au risque*

Le caractère aléatoire justifie le recours à un financement collectif et l'introduction d'un intermédiaire entre le consommateur (le patient) et le producteur (le médecin) ; mais ce financement n'est, en général, pas socialisé : l'assuré achetant son contrat pour se couvrir contre une dépense aléatoire paye une prime égale à son risque moyen, seule la variance autour de ce risque moyen observable est mutualisée par l'assureur. Le financement n'est pas socialisé parce que le diabétique paye plus cher, et le diabétique pauvre n'a pas accès à l'assurance, donc vraisemblablement pas non plus aux soins. Rien ne distingue ici les soins médicaux des autres consommations aléatoires, qui ne sont, en général, pas à financement socialisé.

#### *Le financement collectif justifié par le non accès au crédit*

Plus caractéristique de la dépense en soins médicaux est son caractère potentiellement illimité : alors que le contrat d'assurance automobile prévoit un montant maximum de couverture (à la valeur vénale du bien couvert), le contrat d'assurance santé prévoit de suivre le patient jusqu'à sa guérison, quoi qu'il en coûte. L'achat collectif de soins permet

ainsi d'accéder à des soins qu'on ne pourrait payer autrement, ni par mobilisation de ses ressources disponibles instantanées, ni même sur un marché du crédit. Ce « motif d'accès » (Nyman, 2003) justifie puissamment l'existence de l'assurance en santé comme intermédiaire entre le patient et le producteur, mais n'entraîne pas que le financement soit socialisé, c'est-à-dire différent de ce qu'un marché de l'assurance proposerait spontanément.

#### *Les asymétries d'information*

On en vient alors aux asymétries d'information, qui justifient souvent les écarts par rapport à la solution de marché.

En premier lieu, les médecins en savent plus que les patients sur les services qu'ils fournissent (si tel n'était pas le cas, les patients se passeraient des médecins), et ils en savent même tellement plus, que les patients ne savent pas vraiment si l'action pour laquelle ils ont payé a été efficace (encore moins si elle valait ce qu'ils ont payé). Il s'agit d'un cas standard de biens d'experts et la solution réside dans une démarche d'achat centralisée, un acheteur collectif se substituant aux acheteurs individuels et utilisant un savoir statistique pour contrer l'avantage de l'expert. Un tel argument justifie l'existence d'assureurs ou de plans de santé, en position intermédiaire entre le patient et le médecin, et dit qu'il est préférable que les patients payent ces intermédiaires plutôt que les producteurs directement. Mais l'asymétrie d'information médecin - patient ne dit rien sur la façon dont les assurés ou les adhérents au plan doivent payer leur contribution.

En second lieu, les assurés en savent plus que les assureurs sur leur propre état de santé ; les primes proposées sur le marché reflètent alors un coût moyen que certains assurés potentiels peuvent trouver trop élevé. S'ils décident, à cause de ce coût trop élevé, de ne pas souscrire d'assurance, la prime moyenne devra augmenter, ce qui risque de chasser de nouveaux assurés potentiels, l'aboutissement de cette spirale étant la disparition de toute offre d'assurance sur le marché. La puissance publique peut alors décider d'imposer un contrat d'ordre public, de prime uniforme égale au risque moyen, avec obligation d'assurance de la part des assurés, pour atteindre un état « préférable » (en moyenne sur la population) à l'échec de marché, même si l'impossibilité de compenser les bons risques rend toute « Pareto - amélioration » impossible. Ce cas de figure correspond au cas en vigueur en Suisse depuis la réforme LaMal, les primes étant uniformes au sein de grandes catégories d'âge et de résidence.

#### *Un argument d'efficacité : l'assurance maladie par répartition*

Parmi les caractéristiques de la consommation médicale, seule l'asymétrie d'information assuré - assureur peut, on l'a vu, justifier un

financement socialisé (au sens de différent du prix de marché). Cet argument est loin de couvrir la majorité des cas de financement socialisé des soins médicaux. En fait, contrairement à la prédiction de l'échec de marché, il apparaît que des mécanismes socialisés se mettent spontanément en place dans de nombreux cas. Par exemple, aux USA, les salariés des entreprises ont souvent accès à des plans de santé collectifs : à court terme, les salariés optent pour ces plans à primes, en général non connectées au risque (ou bien très faiblement, comme dans le cas de nos complémentaires d'entreprises) parce que l'employeur les subventionne. À long terme cependant, si les employeurs continuent à subventionner ces plans au lieu de distribuer les montants en salaires, c'est bien que les salariés préfèrent le plan de santé collectif. Les « bons risques » (les jeunes, ceux qui se savent non malades) sont donc prêts à entrer dans ces plans, même s'ils y perdent à court terme. La seule raison pour cette préférence spontanée pour un financement (partiellement) socialisé<sup>2</sup> est une raison d'efficacité : parce que le risque moyen d'un individu est aléatoire dans le long terme (je ne sais pas aujourd'hui ce que sera mon état de santé dans 10 ans ou 20 ans), le financement « par répartition » est préférable au financement strictement ajusté au risque. Une justification forte du financement socialisé (par répartition) des dépenses de soins médicaux est donc la volonté de se couvrir contre le risque de devenir un mauvais risque.

#### *Les arguments d'équité*

Enfin, force est de constater que le financement des soins est souvent, dans les faits, socialisé au-delà de la seule répartition et va jusqu'au financement proportionné à la capacité à payer (les pauvres payent moins pour recevoir le même service *in fine*). Même aux USA, les programmes à financement socialisé (cotisations proportionnelles au salaire des actifs, ou impôts en fonction du revenu) représentent au moins 40 % des dépenses de soins. Il ne s'agit pas ici seulement de répartition (ou, ce qui revient au même, de transferts entre générations), mais bien de déconnecter l'accès aux soins de la capacité à payer. Une fois constaté que cette préférence existe et semble universelle au sein des pays riches, il faut bien admettre que la science économique ne dit pas grand-chose quant aux raisons de cette préférence. Il est difficile de fonder sur un seul raisonnement d'efficacité (faisant jouer un rôle aux préférences altruistes pour la santé des autres ou à toute autre forme d'externalité, cf. Hurley, 2000), et on se tourne vers des raisonnements plus normatifs, centrés sur l'équité : permettre un accès aux services médicaux indépendant de la capacité à payer serait fondé sur l'idée que la santé est un droit, ou bien que la santé est un bien intermédiaire

conditionnant la réalisation individuelle ou enfin que l'état de santé individuel est largement le fait de facteurs sur lesquels l'individu n'a pas de prise.

### *Quel périmètre pour le financement socialisé ?*

Les projets mariant financement socialisé et régulation par le marché doivent justifier deux choses : l'intérêt de l'introduction du marché d'une part (et ce sera l'objet de la deuxième partie), mais aussi le périmètre couvert par le mariage. En effet, sans anticiper trop sur la deuxième partie, on peut supposer que toute forme de régulation nécessitera une forme de contrainte et de définition de ce qui doit être fourni comme service par le secteur régulé. En creux, il existera un secteur non régulé, confié à la concurrence pure.

On peut tout d'abord responsabiliser sur les causes de l'état de santé en faisant payer intégralement des soins liés à une prise de risque volontaire (fumer, manger gras, faire du ski). Comme il paraît impossible cependant de demander aux professions de santé de ne pas soigner un cancéreux fumeur et trop pauvre pour ne pas pouvoir payer son traitement, la solution consiste à taxer en amont les comportements dangereux pour la santé. Cette responsabilisation ne dit donc rien sur le périmètre couvert par notre mariage.

Une solution technique consiste à définir un panier de services et de biens couverts par la solidarité, qui serait notre périmètre. En matière de médicaments par exemple, le système social rembourserait le prix du générique et laisserait le coût supplémentaire d'accès au princeps à la charge du patient le souhaitant. L'exemple est convaincant, mais ne s'applique guère qu'au médicament (et aux autres biens déjà souvent exclus du remboursement social comme les prothèses dentaires, optiques et auditives) ; pour tout autre service, notamment diagnostic ou d'examen, qui peut définir précisément ce qui doit être fait pour chaque cas de chaque patient ? On voit tout de suite que la définition d'un tel panier ne peut servir à déterminer la responsabilité individuelle du patient, mais peut seulement définir la responsabilité agrégée d'un producteur de soins sur l'ensemble de sa patientèle. En termes clairs, on peut comptabiliser le volume d'actes raisonnables d'un médecin donné sur un an, compte tenu du profil de ses patients, et lui allouer une capitation au prorata, mais pas le volume et le type d'actes sur un cas donné.

Un argument plus fondamental est que, si on pouvait déterminer de l'extérieur le volume nécessaire et suffisant pour chaque cas individuel, il n'y aurait aucun besoin d'introduire quelque forme que ce soit de marché ou de concurrence dans le périmètre régulé, le plan centralisé suffirait amplement.

Une variante de la solution technique consiste à exclure non pas des

actes, mais des maladies, notamment certaines maladies mentales, du panier solidaire. Un tel système est évidemment fragilisé par la capacité des médecins à jouer sur la codification des diagnostics, à l'avantage de leurs patients et au détriment du payeur et on peut faire l'hypothèse raisonnable (et optimiste) que cette capacité limitera toujours la portée des exclusions de maladie.

Enfin, il existe une solution financière : le panier solidaire prend effet à partir d'un certain montant de dépense à la charge de l'individu, sur une période donnée, par exemple à partir d'un certain pourcentage du revenu (ou de la richesse) du patient. Appliquée radicalement, c'est-à-dire avec des montants élevés de déclenchement de la prise en charge solidaire, cette solution vide de son sens l'idée même d'une concurrence régulée dans le système à financement solidaire. En effet, on ne trouve plus alors que de très grosses dépenses, de type hospitalier, et la concurrence s'applique alors assez mal, sauf sous sa forme simulée qu'on appelle la tarification à la pathologie. Cette solution s'accompagne, chez ses promoteurs, d'une demande d'aide fiscale à l'épargne santé, sur le modèle de la retraite par capitalisation.

L'idée centrale de ce couplage avec l'épargne est que l'augmentation de la longévité fait que les individus arrivent en bonne santé et sans avoir trop dépensé (sauf accident pris en charge par le fond socialisé) au troisième âge, ce qui leur permet d'avoir épargné suffisamment pour faire face aux dépenses liées à la dépendance et aux maladies chroniques. Bien que beaucoup plus exotique dans le contexte français que la solution technocratique ci-dessus<sup>3</sup>, cette proposition d'épargne santé couplée à une assurance catastrophique présente cependant l'avantage de préciser les enjeux des débats entre responsabilisation individuelle et régulation dans un cadre socialisé : en effet, la solution par l'épargne a pour inconvénient majeur et ultime de découper les soins d'entretien et les soins de réparation lourds et de confier chaque secteur à un mode de financement, des acteurs et un ensemble d'incitations différents, voire opposés. Au contraire, la solution par la régulation dans un cadre socialisé vise à faire émerger une prise en charge globale de la santé de l'individu, de la prévention primaire à la prise en charge des crises aiguës, en tentant d'optimiser le processus de gestion de la santé (traduction approximative de l'anglais *Health Maintenance*).

### *FINANCEMENT SOCIALISÉ ET INTRODUCTION DU MARCHÉ*

Admettons donc que, compte tenu des arguments ci-dessus, le choix pour les années à venir soit entre le couplage épargne et assurance catastrophique d'une part, et le couplage financement socialisé à panier



(implicite) inchangé et concurrence d'autre part, soit, autrement dit, qu'on ne passe plus par l'étape de la redéfinition du panier de soins.

Comment fonctionnerait la solution à financement socialisé et régulation par la concurrence ? Une caisse prélèverait les cotisations d'une part, calculerait ensuite une capitation pour chaque individu en fonction de son profil démographique et social, et verserait cette capitation à l'entité choisie par l'individu bénéficiaire (pour plus de détails, voir Choné, Grignon et Mahieu, 2001). Cette entité pourrait être une entreprise (plan de santé) faisant ensuite travailler des producteurs de soins (médecins et hôpitaux) ou un groupe de médecins et de professionnels de santé (ce qu'on appellerait un réseau en France, un groupe médical aux USA et un *Primary Care Group* ou *Primary Care Trust* au Royaume Uni).

Le principal résultat d'un tel système serait d'introduire un produit dans la relation entre le patient et les producteurs de soins. Pour l'instant, le patient fabrique lui-même une sorte de produit en collectant des biens et services partiels au long d'une trajectoire dans le système de santé. Personne, parmi les professionnels, n'est véritablement responsable ni comptable du résultat. Il en résulte certainement des surconsommations localement (des actes en double, des actes inutiles), mais, plus grave sans doute, des consommations contradictoires, mal ajustées, non optimales dans leur combinaison, voire nuisibles. La définition d'un produit serait, en quelque sorte, la définition d'une responsabilité, placée sur un intervenant du système (plan ou groupe médical ou médecin traitant), et visant à offrir au patient la prise en charge de sa santé de manière globale, sur une période déterminée. Comme, de plus, la responsabilité est non seulement médicale, mais aussi financière, il s'agit bien d'une régulation. Enfin, la régulation étant à prix égaux pour tous et sous contrainte de budget, elle simule assez bien une régulation concurrentielle à court terme (quand les prix sont donnés aux offreurs).

Cette proposition fait l'objet de nombreuses critiques, que je passe en revue ci-dessous :

- il y aurait une impossibilité technique à mettre en place une telle concurrence gérée, ou, plus exactement, les acteurs mis sous responsabilité et recevant le financement seraient suffisamment habiles pour sélectionner les assurés *a priori* moins coûteux que leur capitation. Il y aurait donc une perte sociale, le système permettant aux offreurs de s'enrichir sans apporter quoi que ce soit à la santé des individus. Il est certain que cette mécanique complexe engendrerait des coûts de transaction et de gestion supplémentaires dans le système de soins, coûts qui pourraient excéder les gains liés à la régulation par la responsabilisation des producteurs. Cependant, les expériences néerlandaise et britannique du GPFH et du TTP montrent qu'il est possible de mettre en place un



tel système de dotation sans pour autant engendrer des comportements de sélection néfastes de la part des offreurs responsabilisés. L'idée en vigueur aux Pays-Bas n'est pas que les assurances sociales n'aient pas pensé ou souhaité faire du profit par la sélection, mais plutôt que le système de capitation était suffisamment complexe pour rendre cette sélection risquée et coûteuse ;

- il y aurait un coût pour les assurés en termes de réduction de leur liberté de choix dans le système. Cette critique se subdivise en deux sous-critiques : tout d'abord, l'assuré tient à la liberté absolue de choix de tout producteur de soins et value fortement son droit à la versatilité. En fait, les mesures du nomadisme médical montrent que les patients ne changent pas de médecin et ne seraient donc pas perdants dans un système limitant le nombre de médecins consultables ; en revanche, il semble que les patients soient attachés à la relation avec leur médecin traitant et verraient d'un mauvais œil un *gatekeeper* s'arrogeant le droit de limiter, voire d'interdire l'accès à ses services. C'est sans doute une des raisons du peu de succès des formules de *Health Maintenance Organizations* (HMO) strictes (dans lesquelles l'assuré s'inscrit auprès d'un plan et non d'un médecin), qui ne convainquent jamais plus de 20 % des assurés aux USA, alors que les groupes médicaux (on s'inscrit *via* son médecin traitant) ou les *General Practitioners Fund Holders* (GPFH, médecins généralistes responsabilisés sur les budgets de soins de leurs patients) britanniques n'ont pas connu ce type de désaffection. L'autre sous-critique porte sur l'offre générale de soins de la part de l'entité : ici, l'entité responsabilisée pourrait tenter de tirer son profit d'un rationnement des soins. Il paraît certain, en effet, que, aux USA, les plans de santé de type HMO ou pratiquant le *managed care* sous une forme ou sous une autre rationnent plus l'accès aux services très coûteux et innovants, particulièrement quand d'autres services jouant à peu près le même rôle sont disponibles (les entités jouent alors le rôle de limitation du panier de biens et services, au cas par cas et non de manière technocratique pour tous les cas simultanément). En revanche, il n'apparaît pas que ces plans offrent moins de qualité au total que les assureurs remboursant à l'acte, toujours dans le contexte US. Les travaux de Miller et Luft (1997) montrent que les résultats sur les principales dimensions de la qualité (visites de prévention, services de diagnostics réguliers) sont plutôt en faveur des HMO. À cela, il peut y avoir deux raisons : l'entité prend en charge le même individu sur une période assez longue et son intérêt de long terme serait mis à mal par une recherche du profit de court terme par rationnement intempestif mettant à mal la santé du patient/client. L'autre raison est que le client peut quitter une entité qui ne lui offrirait pas le niveau de qualité de service auquel il peut prétendre auprès d'autres offreurs. Les deux raisons sont partiellement

contradictoires (si la menace du client votant ainsi avec ses pieds est crédible, l'engagement de long terme de l'entité est moins probable) et, pour les raisons développées ci-dessus (la relation de long terme du patient avec son médecin), la première paraît plus vraisemblable ;

- il n'y aurait pas de vraie concurrence, donc pas de vraie régulation. La concurrence passe par un choix pour le consommateur et on peut penser que nos entités ne seront pas véritablement mises en concurrence par les patients, surtout s'il s'agit de groupes médicaux ou de GPFH. En fait, comme on l'a dit, il s'agit plutôt d'une concurrence simulée : les offreurs reçoivent des prix (paramétriques, par opposition au remboursement de leurs coûts propres) et sont responsables des pertes éventuelles. D'une certaine manière, on en attend exactement les mêmes effets que de la tarification à l'activité dans les hôpitaux ou que de toute capitation ; on devrait aussi en attendre les mêmes conséquences, notamment le fait que de tels paiements sont peu compatibles avec un statut de Fonction publique. Il est certain que, si la concurrence simulée (prix paramétriques sous contrainte de budget stricte) permet d'obtenir les mêmes effets qu'un vrai marché à court terme, elle est, en revanche, incapable de suivre les évolutions dynamiques de la demande et des changements technologiques dans un domaine aussi complexe que les soins médicaux (voir, par exemple, Newhouse, 2004). Rien ne dit que le régulateur sera à même d'ajuster sa contrainte budgétaire globale et ses prix relatifs pour envoyer les bons signaux aux opérateurs. Ceci est vrai, cependant, dans toute forme de régulation centralisée et on peut espérer que l'existence de plusieurs entités définissant le produit assuré permettra une gestion plus souple de la contrainte budgétaire par le régulateur central. Il existe, en outre, une variante plus concurrentielle du système, nommée *managed competition*. L'assuré peut alors choisir une entité en abondant au-delà de la prime socialisée pour recevoir des services de meilleure qualité, ou au contraire en cherchant à diminuer sa prime en s'assurant auprès d'entités moins chères. Le risque est évidemment ici que les « bons risques » choisissent ces entités moins chères, ce qui ruinerait totalement le côté financement socialisé ;

- il y aurait, au contraire, trop de concurrence et cela engendrerait une forme d'iniquité : ici, l'argument est que le produit « prise en charge de la santé » est compréhensible par les patients éduqués, qui pourront ainsi tirer parti du système, mais beaucoup moins par les patients moins éduqués. Si le rationnement est strict, ceux qui savent mieux utiliser le système prennent des ressources aux autres, ce qui engendre l'iniquité. Les mêmes travaux qui indiquent une qualité égale en moyenne pour les HMO aux USA montrent aussi une qualité moindre pour les pauvres, les peu éduqués et les membres des minorités (Miller et Luft, 1997). La question, à mon sens, est de savoir si cette meilleure utilisation du

système par les mieux informés est plus importante dans un cadre à produit standardisé ou dans le cadre actuel à produit complexe résultant d'une circulation complexe dans un système opaque ;

- les producteurs de soins refuseraient leur responsabilisation. C'est, selon moi, la critique la plus pertinente, dans le cas français. Il n'y a, de fait, aucune impossibilité théorique à ce qu'un professionnel de santé assume une responsabilité médicale et financière sur un groupe de patients (tant que la contrainte financière reste compatible avec la délivrance de soins de qualité). L'expérience britannique a montré que, pour peu que les incitatifs financiers soient présents, les médecins individuels étaient prêts à braver les interdits professionnels (des diverses associations corporatives) pour tirer parti d'un système de rémunération (que les médecins les plus purs soient restés en dehors du système de GPFH est sans doute établi, mais, après 5 ans, la moitié des GP britanniques avaient opté pour le FH). En revanche, pour que cette responsabilité soit assumée, il faut, me semble-t-il, que les institutions régissant l'exercice de la profession médicale soient telles que les médecins puissent l'accepter. Au premier plan de ces institutions se situent le mode d'exercice et le mode de validation/accréditation des pratiques. Tant que le médecin français exercera majoritairement de manière isolée et considérera l'évaluation et la standardisation de la pratique (par l'*Evidence Based Medicine*, par exemple) comme un empiétement inadmissible sur sa liberté professionnelle et son intégrité individuelle, il sera difficile d'imaginer un mouvement spontané vers la responsabilisation au sein de groupes médicaux ; les plans éventuels qui se substitueraient à ces groupes rencontreraient exactement le même obstacle que celui auquel se heurte actuellement la CNAMTS, celui de la faible légitimité des médecins chargés d'évaluer et de surveiller les pratiques de leurs confrères praticiens (alors que dans le monde anglo-saxon, ces médecins d'assurance ou de plans forment l'élite de la profession). C'est ce que le Cercle des économistes dénonce comme « l'archaïsme » de la profession médicale, et c'est ce qu'il se propose de guérir par une bonne dose d'évaluation administrée *larga manu* par les agences gouvernementales (Agence nationale de l'accréditation en santé, entre autres). Comme je viens de le montrer, c'est prendre l'effet pour la cause, ou, plus grave pour des économistes, l'offre pour la demande : le véritable enjeu n'est pas d'offrir (voire d'imposer) plus d'évaluation, mais de faire en sorte que celle-ci soit reconnue, valorisée et utilisée par ses bénéficiaires (les professionnels). Il s'agit certainement d'une question concernant le sociologue plus que l'économiste.

De ce tour d'horizon de la possibilité de marier financement socialisé et régulation par le marché, je voudrais dégager un certain nombre de faits saillants.



Il est difficile de vouloir concilier les avantages de la séparation du bien « maintien de la santé » entre un panier obligatoire (déterminé de manière centralisée) et un panier facultatif, d'une part avec les avantages de la régulation par le marché visant justement à faire émerger ce produit et à le faire prendre en charge de manière globale par des entités responsables.

Cette régulation semble techniquement possible et apporte certainement sur le papier des avantages, non seulement du point de vue de l'économie du bien-être, mais même sur le plan médical

Sa réussite passe cependant sur la garantie pour le patient qu'il pourra garder son médecin traitant, c'est-à-dire que celui-ci ne sera pas exclu brutalement du panel couvert par le plan ou l'assureur. En effet, les assurés investissent plus dans la relation avec leur médecin que dans celle avec leur assureur. Ceci signifie que les entités responsabilisées devront plus vraisemblablement être des groupes médicaux que des assureurs.

Enfin, ces groupes ne prendront une telle responsabilité que si l'évaluation devient la pratique normale de l'exercice de la médecine, ce qui suppose un changement des institutions et des normes en vigueur dans cette profession (voire, plus largement, dans le monde du travail) en France.

Ces conclusions pourront être modifiées par les changements envisageables dans le domaine de la santé : si la dépense extrême continue de se concentrer sur un tout petit pourcentage d'individus, laissant la dépense non catastrophique (d'entretien) dans des limites finançables par l'épargne de long terme, il est possible que le financement socialisé ne soit plus l'avenir de l'assurance maladie ; si, du côté des soins ambulatoires, la relation patient - médecin cède le pas à une consommation plus marchande de produits pharmaceutiques agencés en lignes, la mise en place de mécanismes concurrentiels de régulation pourra se voir facilitée, contournant, en quelque sorte, l'obstacle français de la résistance à l'évaluation des pratiques professionnelles.

## NOTES

1. Je n'aurais jamais écrit cet article sans ma participation aux travaux collectifs du CreDES sur la concurrence, menés avec Agnès Bocognano, Agnès Couffinal, Ronan Mahieu et Dominique Polton d'une part (voire Bocognano et al, 1998), puis à la rédaction de l'article cité avec Philippe Choné et Ronan Mahieu. Pour autant, aucun de ces collègues n'est responsable de la lecture que je propose ici du rapport du Cercle des économistes.
2. Il s'agit d'un financement très partiellement socialisé puisque la répartition des risques se fait au sein d'une population sélectionnée sur critère de santé (les actifs) et parce que la prime est non proportionnelle à la capacité à payer.
3. Et de faisabilité très discutable : les simulations réalisées dans le contexte US montrent qu'une proportion non négligeable d'individus disposerait de moins de 25 % de leur épargne au moment de l'arrivée aux âges de la dépendance (Eichner, Mc Clellan and Wise, 1996).

## BIBLIOGRAPHIE

- BOCOGNANO A., COUFFINAL A., GRIGNON M., MAHIEU R. et POLTON D. (1998), *Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé, théorie et bilan des expériences étrangères*, rapport CreDES-Insee, 1243, Novembre.
- CERCLE DES ÉCONOMISTES (2004), *Économie de la santé : une réforme ? Non, une révolution*.
- CHONÉ P., GRIGNON M., et MAHIEU R. (2001), « Quelles fonctions économiques pour des opérateurs de soins dans le système de santé français ? » *Revue française d'économie*, XVI, Juillet : 169-214.
- EICHNER, MATTHEW J., MC CLELLAN M.B., WISE D. A. (1996), « Insurance or self-insurance ? variation, persistence, and individual health accounts », *National Bureau of Economic Research Working Paper#5640*.
- FUCHS V. (1996), « Economics, values and health care reform », *The American Economic Review* 86(1), March.
- HURLEY J. (2000), « An Overview of the Normative Economics of the Health Sector », in Culyer Anthony J. and Joseph P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier North Holland : chapter 2, 55-118.
- MILLER R. H. and LUFT H.S. (1997) « Does Managed care Lead to Better or Worse Quality of Care ? A Survey of Recent Studies Mixed Results on Managed care Performance », *Health Affairs* 16(5): 7-25.
- NEWHOUSE J.P. (2004), « Reimbursing for Health Care Services ». *Économie publique* 13(2003/2), 3: 5-34.
- NYMAN J. A. (2003) *The Theory of Demand for Health Insurance*. Stanford University Press.

