

LE FINANCEMENT PAR LES PARTICULIERS : LA BOÎTE DE PANDORE

LISE ROCHAIX *

Depuis trente ans, le poids de la santé dans la consommation des ménages a plus que doublé. Selon les derniers Comptes de la santé, les français auraient ainsi dépensé 11 234 francs courants en 1993 pour se soigner. A l'évidence, une part seulement de cette dépense totale est financée directement par les usagers du système de soins, sous forme de paiements résiduels (en moyenne 15% du total), la majeure partie de cette dépense étant « socialisée » (soit par le biais de l'assurance maladie obligatoire : 74%, soit par le biais des assurances complémentaires privées et à but non lucratif : 9,9%).

L'importance de ces paiements résiduels dans le total est toutefois grandissante et il est à craindre que cette tendance au « désengagement » de la Sécurité sociale ne se perpétue. Les projections de l'INSEE indiquent en effet que la part des dépenses totales de soins dans la Consommation Finale des Ménages (CFM) va continuer à progresser de 3 à 6 points¹ d'ici à l'horizon 2010, ce qui risque d'encourager le recours accru au financement par les particuliers.

Il convient donc de connaître les vices et vertus de ce système de participation financière en aval (au moment de la consommation des soins) sur lequel repose une partie non négligeable du financement des soins en France. Or l'analyse du bien fondé de la participation des usagers au financement du système de soins se heurte immédiatement au paradoxe suivant :

- le financement par les usagers est généralement reconnu comme à la fois inefficace économiquement dans la mesure où le patient est ignorant et piloté par le médecin et socialement injuste, car non proportionnel aux revenus ;

- mais toute réforme visant à le modifier structurellement est perçue comme politiquement suicidaire. En France, sa suppression est ainsi quasiment tabou ... sous peine d'une inflation de la demande qui serait, dit-on, tout à fait imparable ! Le plan d'économies maladie d'Août 1993,

197

* Professeur à l'université de Bretagne Occidentale et LEGOS, Université de Paris IX.

¹ Hourriez J.M., « La consommation médicale à l'horizon 2010 », *Economie et Statistique* n° 265, 1993, 5.

consacrant une augmentation de 5% du ticket modérateur sur l'ensemble des soins de ville, confirme cette volonté de ne pas modifier structurellement la participation des usagers, essentiellement par méconnaissance de ses effets directs et indirects.

En conséquence, l'objet de cet article est de tenter de dépasser les nombreuses prises de position de nature idéologique sur le thème du financement par les particuliers et les paradoxes qui les accompagnent parfois. Pour ce faire, il convient :

- d'identifier dans un premier temps les finalités et les modalités de la participation financière des usagers et d'en estimer l'envergure, tant sur un plan macro-économique qu'au niveau micro-économique ;
- d'évaluer dans une deuxième partie le bien-fondé de cette participation, tant en termes d'équité que d'efficience.

Il apparaît au terme de cette analyse qu'en France, la participation financière des usagers est une politique « par défaut », pour reprendre le jargon imagé de l'informatique, à savoir qu'elle se définit au gré des déremboursements et des modifications de taux de remboursement, sans que préside à ces décisions une politique clairement définie au préalable. Le résultat est un ensemble opaque, peu cohérent, peu efficace et souvent inéquitable.

Il importera alors d'offrir en dernière partie quelques pistes de réflexion sur de nouvelles modalités de responsabilisation des usagers du système de soins en France. Cette démarche s'appuiera sur une revue des systèmes-type de participation financière existant dans des pays étrangers, notamment en Europe.

198

Pour une meilleure connaissance de la participation financière des usagers en France

La participation financière des usagers est souvent identifiée au seul « ticket modérateur », forme de franchise (ou co-paiement) proportionnelle à la consommation mise en place dès 1928 en France. Or la contribution des usagers est plus large et plus complexe que le simple ticket modérateur. Elle se caractérise par la superposition au cours du temps de plusieurs modalités de participation relevant de logiques différentes.

Modalités de la participation financière

La deuxième idée reçue à l'égard du ticket modérateur est qu'il relève plutôt du côté prestation du système de soins que du côté financement, dans la mesure où il est perçu au moment de la consommation de soins et qu'il est proportionnel à celle-ci. Il importe donc de clarifier d'entrée ce point : dans une perspective économique, le ticket modérateur constitue bien un moyen de financement à part entière des soins de santé, au même

titre que les impôts, les cotisations sociales et les primes d'assurance complémentaire.

Ces quelques précisions apportées, quelles sont les diverses composantes de la participation financière des usagers en France ? Elles s'articulent, comme dans la plupart des pays européens, autour de deux logiques qui se conjuguent.

1 - La volonté de limiter le risque moral

La participation financière des usagers vise à limiter le risque (ou hasard) moral, à savoir la modification de comportement engendrée par la présence de l'assurance, qui conduit l'assuré à augmenter la probabilité de survenance de risques et donc la consommation de soins.

2 - la volonté de circonscrire la responsabilité collective à un ensemble de biens et services définis au préalable

Dans ce cas, les pouvoirs publics définissent le panier de biens sur lesquels porte la responsabilité collective, l'achat de biens non compris dans ce panier correspondant alors aux choix propres de l'utilisateur.

La réduction du risque moral

L'AVANCE DE FRAIS

L'avance de frais relève d'une volonté de responsabilisation de l'assuré sur le coût total des soins. Elle se manifeste par le paiement de l'intégralité des soins par le patient, qui est ultérieurement remboursé par l'assurance maladie et le cas échéant sa complémentaire. Lorsqu'il y a dispense d'avance de frais, il y a « tiers-payant », auquel cas l'utilisateur ne paye que la partie à sa charge et elle seule.

L'avance de frais ne s'applique en général qu'aux soins ambulatoires. Dans certains pays où les soins de premier recours sont gratuits (consultations de généralistes), l'avance de frais ne s'applique qu'au médicament (Danemark). En France au contraire, le tiers-payant n'est accessible que pour le médicament. Il s'applique à toute la population, pour les médicaments achetés dans des pharmacies le pratiquant.

LE TICKET MODÉRATEUR OU CO-PAIEMENT

Le co-paiement s'applique sur des biens et services pris en charge par l'assurance obligatoire et varie de manière proportionnelle à la consommation. Il est en général circonscrit au petit risque, portant plutôt sur les soins ambulatoires. Dans la plupart des pays, il est modulé : par exemple, certains médicaments pour des pathologies graves auront un ticket modérateur faible, d'autres dits « de confort » feront l'objet de tickets modérateurs plus élevés (cf Encadré n°1). Ce co-paiement peut parfois être pris en charge par des assurances privées qui jouent alors un rôle complémentaire à celui de l'assurance obligatoire.

ENCADRE N°1 :
LES CONDITIONS D'APPLICATION DU TICKET MODÉRATEUR
EN FRANCE

En France, l'application du ticket modérateur est fonction de trois paramètres :

1 - Le taux de remboursement qui varie selon :

— *la nature du bien ou service : ainsi, pour le Régime Général, le taux de remboursement est de 60 % pour les frais d'honoraires des auxiliaires médicaux, alors qu'il est de 70 % pour les sages femmes et les médecins.*

— *la nature du risque : des exonérations sont prévues pour le risque « maternité » et le risque « accidents du travail ».*

— *le régime d'affiliation : le taux de remboursement varie là encore en fonction du régime. Ainsi, les assurés du régime des travailleurs indépendants ne sont remboursés que sur la base d'un taux de 50 % pour les consultations de médecins, par exemple.*

2 - La présence d'exonérations maladie :

Par delà les exonérations en fonction du risque, certains assurés bénéficient d'un remboursement à 100% s'ils sont atteints d'une des 30 Affections de Longue Durée (ALD) ou d'une affection grave et caractérisée dite 31^e maladie (sur demande et après examen du dossier médical). Dans ce cas, l'ensemble des dépenses afférent à la maladie dite exonérante est remboursé au taux de 100 %.

En 1970, la part des remboursements de médicaments sans ticket modérateur (prise en charge à 100 %) était de 30,4 % (Régime Général), elle atteignait 55,5 % en 1986. A la suite de mesures de rationalisation des dépenses dans le cadre du plan SEGUIN², ce taux était redescendu à 36,5 % en 1988. En 1991, il se situait à 43,8 %, suite au Plan EVIN qui a adouci les mesures de rationalisation du plan précédent.

Deux rapports du CREDES sur la protection sociale (Boccognano et Alti, janvier 1992, août 1992) documentent ces phénomènes d'exonération et indiquent que :

² *Le plan SEGUIN avait pour objectif d'étendre la participation financière aux exonérés du ticket modérateur. Pour ce faire, a été introduite la notion de maladie exonérante et de maladie intercurrente (maladie concomitante à la maladie exonérante, mais sans réel lien médical). A partir de 1987, les dépenses de santé liées à la maladie intercurrente n'ont plus fait l'objet d'une prise en charge à 100 %, comme auparavant. De plus les médicaments à 40 % n'ont plus fait l'objet d'une exonération au titre de la maladie exonérante. Cette mesure dite des « 40 à 40 » a certes entraîné une économie substantielle, les assurés ne disposant pas de couverture complémentaire ayant sensiblement réduit leur consommation. Mais devant les conséquences en termes d'accès aux soins, le gouvernement EVIN est revenu sur cette mesure : depuis 1988, les médicaments à 40% concourant au traitement de l'une des 30 affections de longue durée sont à nouveau pris en charge à 100 % par l'assurance maladie.*

- Parmi les 7,8 % de personnes exonérées en 1990, les deux-tiers, soit 5,4% du total des assurés le sont pour une affection de longue durée³ ;
- La fréquence de l'exonération s'élève avec l'âge : 29% des personnes de plus de 64 ans sont exonérées du ticket modérateur ;
- L'exonération est plus courante chez les ouvriers spécialisés et qualifiés comparé au taux d'exonération des cadres supérieurs.

3 - La couverture par une assurance complémentaire :

L'assuré peut choisir essentiellement entre deux types de contrats : un contrat de base qui couvre le ticket modérateur pour les dépenses dites remboursables (prises en charge par la Sécurité sociale) ou un contrat plus couvrant, qui pourra rembourser des dépassements, certaines dépenses non prises en charge par la sécurité sociale (on parle alors de dépenses assurées « au premier franc »).

La réduction de la responsabilité collective

Il s'agit dans ce cas de tracer ou modifier la frontière entre ce qui est pris en charge par la collectivité et ce qui relève de choix purement individuels.

LES REMBOURSEMENTS

L'exclusion au remboursement de certains services ou de certains médicaments traduit une forme de désengagement de l'État à l'égard de biens considérés comme de luxe ou de confort. Les Pouvoirs Publics définissent et réactualisent une liste «négative» de services ou produits non remboursés. On peut citer ici les mesures de déremboursement prises en France (notamment en 1991) mais aussi dans d'autres pays, comme la Belgique et l'Italie.

LES TARIFS DE RESPONSABILITÉ

Cette mesure revient à définir préalablement un tarif de responsabilité sur la base duquel l'assurance maladie s'engage au remboursement. Tout dépassement de ce tarif est alors financé de la poche de l'utilisateur. Un tel système a été introduit pour les produits pharmaceutiques en Allemagne, puis aux Pays-Bas.

Le secteur 2, instauré en France en 1980⁴ relève de la même logique. Les médecins exerçant dans ce secteur peuvent pratiquer « avec tact et me-

³ Les autres motifs d'exonération représentent des pourcentages peu élevés : accidentés du travail (0,3%), pensionnés d'invalidité (0,8%), pensionnés militaire d'invalidité (0,3%), femmes enceintes de plus de cinq mois (0,4%), handicapés en établissement (0,3%), autres (0,3%).

⁴ Les médecins installés en secteur 1 peuvent demander leur passage en secteur 2 à l'occasion de « fenêtres conventionnelles », c'est à dire de périodes dûment négociées entre les partenaires sociaux. Depuis 1990 toutefois, le passage en secteur 2 est gelé : les médecins nouvellement installés ne peuvent plus opter pour ce secteur, à l'exception des anciens chefs de clinique et des médecins ayant exercé comme hospitalier à temps plein pendant plusieurs années.

sure » des honoraires libres, la contrepartie de cette liberté étant constituée de cotisations sociales personnelles plus élevées. Le dépassement correspond à la différence entre l'honoraire du médecin et le tarif de responsabilité sur la base duquel l'assuré est remboursé⁵. En 1991, ces médecins ont dépassé en moyenne de 25 % le tarif appliqué aux médecins de secteur 1, à honoraires conventionnés.

LA DISSOCIATION DE LA PARTIE HÔTELIÈRE ET MÉDICALE

La volonté de différenciation entre la partie hôtelière et la partie purement médicale de la prestation se traduit dans certains pays (et en France en particulier) par le paiement d'un forfait journalier hospitalier. Elle relève d'une logique de responsabilité limitée à la seule partie médicale (cf. Encadré 2).

ENCADRE N°2 : LE FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

En 1983 a été instauré un forfait journalier, s'élevant depuis le 01/08/93 à 55F. Par l'application du forfait à tous les usagers, cette mesure devait gommer certains effets de seuil liés aux conditions d'exonération maladie. De par la complexité de l'architecture du système de santé français, la mise en place d'un tel système n'a pu s'effectuer qu'avec de nouvelles exonérations en fonction du risque (les jeunes handicapés, les bénéficiaires de l'assurance accidents du travail, de l'assurance maternité et les invalides militaires), ainsi qu'une articulation complexe avec les exonérations existantes en fonction de la maladie. En définitive, il n'est globalement acquitté que lorsque le ticket modérateur lui est inférieur, de telle sorte que ce sont essentiellement les exonérés du ticket modérateur qui le payent⁶.

202

Ce tour d'horizon des diverses modalités de participation des usagers au financement du système de soins en France indique bien le caractère très composite de cette grandeur, trop souvent identifiée au seul ticket modérateur. Avant d'aborder en deuxième partie le sujet de l'efficacité de la participation financière, il convient au préalable de mieux en mesurer l'envergure.

⁵ Une telle différence peut émaner, outre le secteur 2, soit du droit au dépassement permanent (DP) accordé à certains médecins sur « titres et travaux », soit d'un droit au dépassement exceptionnel (DE) accordé à tous les médecins du secteur 1, en raison « d'exigences particulières » du malade. Mais le secteur 2 s'est développé rapidement : en 1990, le poids des dépassements strictement imputables au secteur 2 atteignait 6,5 % de la masse totale des honoraires, contre 3,8 % en 1986.

⁶ L'exonération du ticket modérateur à l'hôpital est fonction de la gravité de l'intervention et est octroyée pour toutes les interventions cotées par la lettre-clef « K50 » ou plus. Selon une étude de la CNAMTS de 1987, seulement 68% des journées d'hospitalisation donnent ainsi lieu à paiement du forfait journalier.

Mesure de l'importance de la participation financière des usagers

La participation financière des usagers aux dépenses de santé reste à ce jour difficile à mesurer. Elle peut être appréhendée soit dans une perspective macro-économique, soit par des données d'enquête de nature micro-économique.

Estimation macro-économique de la participation

Les comptes nationaux de la santé évaluent chaque année le montant des soins et des biens consommés en France et sont centrés sur deux agrégats :

- la consommation médicale totale, qui représente la valeur des biens et services médicaux utilisés pour la satisfaction des besoins individuels (648 MdF en 1993, soit 11,234 francs par habitant, avec un taux de croissance annuel de 5,7%) ;

- la dépense courante de santé, qui mesure l'effort consacré au titre de la santé par l'ensemble des agents. Cet agrégat plus large intègre, par delà les indemnités journalières et les dépenses de prévention collective, le fonctionnement de la recherche, de l'enseignement, et de l'administration sanitaire (725 MdF en 1993).

A partir de la dépense courante de santé, peut être obtenue la dépense de soins et biens médicaux (87% du total), ainsi que la répartition de la charge financière de cette dépense entre les financeurs que sont la Sécurité sociale, l'État, les Mutuelles, les assurances privées et les ménages (avec leurs Caisses de Prévoyance).

203

Il apparaît à la lecture du Tableau 1 que la part de l'État et des collectivités locales dans le financement de la dépense courante de soins et de biens médicaux est en baisse sur toute la période 80 - 93, tendance déjà amorcée au cours de la décennie précédente, passant ainsi de 2,9% à 0,8%.

Pour la Sécurité sociale, ce taux, en baisse régulière depuis 1980, est passé de 76,5 % à 74,0%. Ce déclin s'explique :

- d'une part, par l'effet des plans gouvernementaux de rationalisation des dépenses de l'assurance maladie : ainsi en est-il de diverses mesures comme les déremboursements et les augmentations du ticket modérateur (sur les soins infirmiers en juillet 1985, sur l'ensemble des soins ambulatoires⁷ au 1er Août 1993) ;

⁷ Principales mesures du plan de redressement de l'assurance maladie :

- 30% (au lieu de 25%) de ticket modérateur pour les frais d'honoraires des praticiens ;

- 40% (au lieu de 35%) de ticket modérateur pour les frais d'honoraires des auxiliaires médicaux, frais d'analyses ou de laboratoires ;

- 65% (au lieu de 60%) de ticket modérateur pour les médicaments à vignette bleue ;

- 35% (au lieu de 30%) de ticket modérateur pour les médicaments à vignette blanche.

- d'autre part, les effets (surtout marqués depuis 1987) du développement des dépenses d'honoraires non reconnues par les régimes sociaux. La part des honoraires des médecins et dentistes non pris en charge aurait ainsi augmenté de plus de 65% de 1987 à 1991.

La part des mutuelles a progressé : elle passe de 5 % en 1980 à 6,3% en 1993.

Enfin, la part des ménages et de leurs assurances privées a progressé vivement sur la période, passant de 15,6% en 1980 à 18,9% en 1993. Ce n'est que depuis la Commission des Comptes de mai 1994 que l'on dispose d'un éclatement de ce dernier poste de financement. Pour l'agrégat global « dépense courante de soins et de biens médicaux », on dispose de cet éclatement en rétrospective, ce qui permet de mettre en lumière la croissance du financement par les assurances privées et caisses de prévoyance (de 1,5% en 1980 à 3,6% en 1993), le poids respectif supporté par les ménages étant passé de 14,1% à 15,3% sur la même période.

Tableau 1 :
*Structure de financement de la dépense courante
de soins et de biens médicaux (1980 - 1993)*

204

	1980 (en %)	1990 (en %)	1993 (en %)
Sécurité sociale :	76,5	74,3	74,0
État et collectivités locales :	2,9	1,0	0,8
Mutuelles :	5,0	6,1	6,3
Sociétés d'assurance :	1,5	3,1	3,6
Ménages (et institutions de prévoyance) :	14,1	15,4	15,3

Source : Commission des comptes de la santé, mai 1994.

Cette répartition entre financeurs varie selon les biens et services retenus, comme l'indique le tableau 2. Ainsi, la part des ménages sur l'hôpital et les transports s'élève seulement à 6,5%, alors qu'elle est de 25,2% pour les soins ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires et dispensaires), et de 22,4 % pour les biens médicaux (médicaments remboursables présentés ou non au remboursement et médicaments non remboursables).

Les données rétrospectives par grand poste de consommation des comptes de la santé indiquent que l'augmentation de la charge des

ménages, de celle de leurs assurances privées et de leurs mutuelles a surtout porté sur les soins ambulatoires. En 1980, leur part de financement était de 32,4%, pour atteindre 41,7% en 1993.

Tableau 2 :
Répartition de la charge financière en 1993

	Sécurité Sociale (en %)	Etat (en %)	Mutuelles (en %)	Assurances privées (en %)	Ménages (en %)
Tous services	74,0	0,8	6,3	3,6	15,3
Hôpital et transports	89,7	1,1	1,9	0,8	6,5
Soins ambulatoires	57,8	0,5	9,4	7,1	25,2
Biens médicaux	58,8	0,6	12,6	5,6	22,4

Source : Commission des comptes de la santé, mai 1994.

Par delà ces taux moyens de participation, il convient de rechercher de manière plus fine l'existence de disparités entre usagers. Tel est l'objet des études sur données micro-économiques sur ce thème.

205

Analyses sur données micro-économiques

Deux sources de données micro-économiques permettent d'analyser de manière plus fine la participation financière des usagers et de comparer la consommation de soins de santé de ménages de caractéristiques différentes (CSP, taille, âge, état de santé). Il s'agit d'une part des enquêtes-Santé de l'INSEE, complétées par l'enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) du CREDES (Centre de Recherches et de Documentation en Economie de la Santé), d'autre part des analyses de feuilles de Sécurité sociale d'un panel de bénéficiaires de la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés).

L'ENQUÊTE SANTÉE DE L'INSEE ET L'ENQUÊTE ESPS

L'exploitation de l'enquête la plus récente de l'INSEE (1991) permet de donner des éléments d'appréciation de la consommation des ménages en soins de santé⁸. Pour ce qui est du volume, les résultats indiquent « qu'au cours de l'année 1991, chacun de nous a consulté, en moyenne, six fois

⁸ MORMICHE P., BONNAUD C., « Le recours aux soins se ralentit », INSEE Première, n° 238, Décembre 1992.

son médecin. Il est allé plus d'une fois chez le dentiste. Il a acheté trente six boîtes de médicaments et s'est fait faire 1,4 analyse, toujours en moyenne. Pour 100 personnes on compte 14 hospitalisations ».

Toutefois, le niveau de la charge financière que représentent ces consommations en volume n'est pas immédiatement disponible dans l'enquête. Une information est, certes, collectée sur ce que le ménage a déboursé au cours de la période d'enquête, mais cette variable appelée « débours » est de nature hybride. Elle est de ce fait entachée d'une marge d'erreur importante :

- elle retrace les paiements effectués par le ménage, mais ne permet pas de savoir s'il s'agit du ticket modérateur seulement (la part de financement laissée à la charge des ménages, une fois le remboursement effectué par l'assurance maladie), ou s'il s'agit de l'intégralité de la somme. En effet, certains soins (comme les soins hospitaliers) bénéficient du « tiers-payant », de telle sorte que le patient est dispensé de l'avance de frais. Ce phénomène de tiers-payant s'étend progressivement à l'achat de produits pharmaceutiques en pharmacie (notamment à la campagne) ;

- la variable « débours » n'intègre pas les remboursements ultérieurs de ticket modérateur dont pourra bénéficier l'assuré, s'il dispose d'une assurance maladie complémentaire.

206

Malgré le fait que cette variable ne soit qu'une approximation de la charge financière supportée par les usagers, elle est souvent utilisée pour permettre un repérage des disparités entre bénéficiaires. Tel est l'objet d'exploitations récentes de l'enquête ESPS⁹ qui mettent en lumière des disparités importantes en matière de débours, en fonction de l'âge, de la CSP, et du taux de remboursement. Les principaux résultats sont les suivants :

En 1991, pour les séances de médecin¹⁰, le débours moyen en un mois est de 71F (35F en soins de généralistes et 36F en soins de spécialistes). Pour les dentistes, ce débours moyen s'élève à 40F.

- Le débours maximum est observé chez les personnes de 65 ans et plus (127F/mois).

- Le débours mensuel pour les femmes s'élève à 88F comparé à 55F pour les hommes.

- Le débours en soins de médecin est maximum dans les ménages de cadres supérieurs ou de professions intermédiaires (respectivement 87F et

9 L'enquête ESPS du CREDES existe depuis 1988, et est représentative au niveau national de l'ensemble des ménages dont un membre au moins est assuré au Régime Général. Cf. *Enquête sur la santé et la protection sociale en 1991, premiers résultats*, A. BOCOAGNO, N. GRANDFILS, Th. LECOMTE, An MIZRAHI, A. MIZRAHI, CREDES, Août 1992.

10 La plupart des tendances dégagées pour les séances de médecin s'appliquent à la consommation de produits pharmaceutiques.

89F par personne et par mois). Le débours mensuel dans les ménages d'ouvriers non qualifiés n'est que de 53F.

- Les malades exonérés du ticket modérateur consultent et déboursent beaucoup plus (164F en moyenne par personne en un mois) que les non exonérés (66F), séances de généralistes : 82 F comparé à 32F ; séances de spécialistes : 64F comparé à 34F ; séances de dentistes : 63F comparé à 38F.

- Les personnes ne bénéficiant pas d'une couverture complémentaire consultent et déboursent moins : elles déboursent 46F comparé aux 77F payés par les personnes bénéficiant d'une assurance complémentaire.

Dans le cadre d'une étude comparative européenne sur les effets distributifs de l'assurance maladie (VAN DOORSLAER *et Alii*, 1992), des travaux sur l'enquête budget des ménages 1984 de l'INSEE ont tenté de mieux approcher la notion de paiements résiduels (« out-of-pocket payments »). A cette fin a été valorisée par son prix moyen respectif la quantité de chaque bien et service consommée par chaque individu repéré dans l'enquête.

Une première estimation des paiements résiduels des ménages a ainsi pu être obtenue. Une fois effectuée la standardisation en fonction de l'âge, du sexe, et de la morbidité ¹¹, les résultats indiquent le caractère régressif de ce moyen de financement des dépenses de santé que sont les paiements résiduels.

Ces résultats font actuellement l'objet d'une réactualisation sur la base de l'enquête ESPS 1988 et de l'enquête Budget des Ménages 1989. A la différence des résultats précédents, ceux de 1988 ¹² sembleraient indiquer un gradient positif entre niveau de revenu et paiements résiduels, les ménages à hauts revenus ayant une charge résiduelle standardisée (jours par âge, sexe et morbidité) supérieure.

Il convient toutefois de rappeler que ce gradient peut s'expliquer tout aussi bien par le fait que ces ménages consomment plus de services, que par le fait qu'ils consomment des services plus chers. Le développement rapide du Secteur 2 depuis 1980 et la concentration du recours à ce secteur par les classes les plus aisées ¹³ valideraient plutôt la deuxième hypothèse. Des résultats complémentaires devraient permettre ultérieurement de mieux documenter ces effets-prix.

11 La morbidité n'étant pas distribuée de manière homogène entre déciles de revenu, il importe de standardiser les dépenses afin de comparer les dépenses entre déciles de revenu à morbidité comparable.

12 En utilisant une variable spécifique à l'enquête ESPS qui permet d'éclater la variable débours.

13 Les premiers résultats sur l'enquête 1991 (op. cit.) indiquent que le recours au secteur 2 s'élève fortement avec le revenu : moins de 1 consultation de médecin sur 7 pour les revenus les plus bas, plus de 1 sur 3 pour les plus élevés - .

En tout état de cause, cette approche, si elle a le mérite d'être plus fine que l'utilisation directe de la variable débours, ne constitue toutefois qu'une approximation. Ainsi le remboursement ex-post par les assurances complémentaires reste difficile à appréhender, du fait d'une part de leur multiplicité, d'autre part de la pratique de taux de prise en charge très différenciés¹⁴.

L'ANALYSE DU PANEL DE LA CNAMTS

L'Echantillon Permanent d'Assurés Sociaux (E.P.A.S.) constitué par la CNAMTS permet de suivre la consommation individuelle de soins des bénéficiaires de prestations du Régime Général (qui prend en charge environ 80% des dépenses d'assurance maladie). Tel a été l'objet d'une étude récente des dépenses de santé non remboursées¹⁵. Elle vise à déterminer quelles sont la part des bénéficiaires pour lesquels chaque année le montant des dépenses de santé est faible et celle des bénéficiaires qui supportent annuellement un montant non remboursé élevé. L'étude porte sur plus de 20.000 bénéficiaires, sur la période 1989-1992 et a pour champ l'ensemble des dépenses effectives en secteur libéral, à l'exception des frais de séjour en hospitalisation.

Les résultats indiquent que pour un nombre important de bénéficiaires de soins, le montant annuel non remboursé des dépenses de santé est faible : sur chacune des quatre années, pour un quart des bénéficiaires étudiés, la dépense non remboursée ne dépasse pas 350F (en francs courants). Pour les trois quarts des bénéficiaires, elle ne dépasse pas 2 100F. Par contre, 5% des bénéficiaires ont à prendre en charge en moyenne 4 700F par an et pour 1% d'entre eux, la valeur correspondante peut aller jusqu'à 12 000F. Par extrapolation à l'ensemble de la population consommante du Régime général, on évalue à 250 000 le nombre de personnes ayant à faire face à des dépenses de cet ordre.

L'étude permet par ailleurs d'analyser l'évolution sur les quatre années de la dépense moyenne non remboursée. Une fois corrigée de l'inflation, la valeur de cette dépense augmente de près de 10% entre 1989 et 1992. Ceci confirme bien la tendance mise en évidence au niveau macro-économique d'une augmentation de la participation financière des usagers.

De plus, sur la période, l'augmentation du ticket modérateur n'est que

¹⁴ L'enquête santé 91 devrait toutefois permettre de repérer de manière plus fine les polices d'assurance contractées par des groupes, et celles qui relèvent de l'initiative individuelle.

¹⁵ La part des dépenses de santé non remboursées comprend :

- le ticket modérateur ;
- les dépassements demandés par les praticiens pratiquant des honoraires libres ;
- les dépenses non remboursables présentées au remboursement.

Elle exclut par contre les dépenses non présentées au remboursement, en particulier l'automédication.

de 2%, alors que celle des dépassements est de 18%. A titre d'illustration, pour une dépense totale non remboursée en 1989 de 789F (montant annuel moyen par bénéficiaire), 406F relèvent du ticket modérateur, le reste (383F) relevant intégralement de dépassements. Pour 1992, ces montants s'élèvent respectivement à 454F et 465F.

Enfin, les résultats permettent de connaître de manière plus précise ces ordres de grandeur pour deux postes sensibles : les soins dentaires et l'optique. Il apparaît alors clairement que la participation pour les soins dentaires est essentiellement le fait de dépassements : 75F de ticket modérateur contre 261F de dépassement en 1989, et 79F (de ticket modérateur) en 1992 contre 331F de dépassement.

L'intérêt de cette étude est de permettre de préciser les contours de la distribution de la variable « montant non remboursé des dépenses de soins de santé ». Mais dans la mesure où cette information est collectée à partir des feuilles maladie, elle ne contient ni l'information démographique et socio-économique permettant de caractériser le bénéficiaire, ni l'information concernant son adhésion éventuelle à une assurance complémentaire.

On peut toutefois espérer qu'un appariement avec les fichiers de l'enquête ESPS évoquée précédemment permettra à terme d'éclairer certains aspects touchant à l'équité, comme la répartition de ces montants par niveau de revenu (ou CSP) du bénéficiaire.

La connaissance de la participation financière résiduelle des ménages en France reste donc à ce jour imparfaite :

L'approche macro-économique retenue par les Comptes de la santé donne une indication des consommations moyennes par habitant par grands postes (hôpital, ambulatoire). Par delà les évolutions temporelles, elle permet de repérer des disparités en termes de participation financière moyenne (hors mutuelles et assurances) passant de 6,5% pour l'hôpital à 25,2% pour les soins ambulatoires, sans toutefois permettre d'appréhender des disparités entre usagers.

Les études sur données micro-économiques mettent clairement en évidence des dispersions de consommation en volume, sans pour autant fournir de manière systématique la contrepartie financière de ces consommations véritablement à la charge des usagers. En particulier, les distorsions éventuelles introduites par la présence de l'assurance complémentaire ne sont pas clairement identifiées aujourd'hui.

Les difficultés de repérage statistique identifiées ci-dessus reflètent fidèlement la complexité de la participation des usagers au financement du système de soins en France, liée, entre autres, à la multiplicité des régimes, des exonérations et des niveaux de prise en charge par les assurances complémentaires.

*Efficacité et équité des formes de participation financière**Analyse théorique de la participation financière des usagers*

Sur un plan théorique, l'existence de modes de participation financière des usagers signifie plus qu'un simple transfert de charge vers l'assuré. Elle répond essentiellement à la volonté de limiter le risque moral défini précédemment. Afin de répondre à la question de l'efficacité et de l'équité d'une telle participation, il convient de poser trois questions :

- Quelle est l'importance de ce risque moral ?
- Quelle est l'élasticité-prix de la demande de soins ?

En d'autres termes, l'utilisateur du système de soins est-il sensible à un changement de prix (dans le domaine de la santé, il s'agira d'une modification des taux de remboursement) ? Il importe ici surtout de savoir à partir de quel niveau de participation financière les usagers sont sensibles à une participation financière ?

- Peut-on distinguer un effet-prix d'un effet-revenu ?

Il convient ici de savoir si la décision éventuelle de réduction de consommation (suivant une hausse des prix) relève bien du concept de disposition à payer (« willingness to pay »), donc du choix non contraint du consommateur de réduire sa consommation de soins de santé au profit d'un autre poste de dépenses (effet-prix). Si par contre la réduction de consommation s'explique par la non solvabilité de l'utilisateur (« inability to pay »), elle traduit alors un choix contraint (effet-revenu). Dans ce dernier cas seulement, l'utilisateur du système de soins réduit sa demande au deçà d'un niveau nécessaire sur un plan strictement médical, ce qui ne saurait être souhaitable.

La première question revient à se demander si l'on consomme plus de soins lorsque l'on est mieux protégé, question qui n'est certes pas nouvelle.

En 1972 déjà, une enquête de l'IGAS¹⁶ tentait de « *discerner l'incidence éventuelle de deux sortes d'avantages : la couverture complète ou partielle du ticket modérateur et le fait de pouvoir recourir à un système de tiers-payant auprès d'institutions mutualistes* ».

Les résultats de cette enquête portant sur un échantillon de plus de 10 000 assurés infirment un certain nombre d'idées reçues. En particulier, ils indiquent l'absence d'effet sur le volume de la consommation globale de soins tout en soulignant des effets certains sur la structure de consommation de soins. Ainsi, « *le recours au premier acte médical et aux achats pharmaceutiques semble, toutes choses égales par ailleurs, relativement plus encouragé chez les mutualistes, cependant que les dépenses d'hospitalisation sont presque toujours moins fortes pour eux.* »

¹⁶ Rapport annuel, Inspection Générale des Affaires Sociales, p. 293, 1972.

Cette analyse souligne bien l'importance d'une approche globale, en raison des effets éventuels de report de morbidité de la médecine de ville vers l'hôpital. Mais se pose toutefois la comparabilité en terme de morbidité des populations étudiées dans l'enquête. Il convient en effet de s'assurer que ces résultats ne sont pas plutôt le fruit de différences préalables de morbidité ou de niveau socio-économiques qui pourraient aussi bien expliquer cet « effet de structure ».

Plus récemment, les analyses du CREDES mentionnées précédemment sur l'enquête ESPS ont permis d'établir une corrélation entre taux de couverture et utilisation des soins de santé. Ces travaux indiquent ainsi que les personnes ne bénéficiant pas d'une couverture maladie complémentaire sont moins souvent consommatrices de soins. Mais ces corrélations ne permettent pas d'établir une relation de causalité entre croissance des dépenses et niveau de couverture. Il se peut, là encore, que les personnes qui ont opté pour une couverture complémentaire présentent des caractéristiques de morbidité plus forte, permettant d'expliquer cette consommation plus élevée.

Seule une approche économétrique permettant de contrôler l'ensemble de ces facteurs pourrait permettre de conclure. Mais là encore, l'exercice est rendu difficile par le fait que la population sans assurance complémentaire ne représente plus que 17% de la population totale¹⁷ et qu'elle est très spécifique (les jeunes et les personnes âgées y sont sur-représentés).

Nonobstant cette difficulté, une étude de l'INSEE¹⁸ sur l'enquête « Santé 1980 » teste l'hypothèse selon laquelle « *si le risque moral est admissible, on devrait observer une consommation plus élevée chez les personnes disposant d'une couverture complémentaire, toutes choses égales par ailleurs* ». Les résultats empiriques indiquent d'une part la présence d'un tel risque moral et confirment d'autre part un résultat connu de la théorie de l'assurance, à savoir que ce sont plutôt les « mauvais risques » qui s'assurent (présence d'antisélection).

Ce sont surtout des études d'origine nord-américaines qui ont tenté d'apporter quelques réponses aux deux dernières questions, par des estimations des effets-prix et revenu (sur le niveau d'utilisation des soins) de modifications de la couverture assurancielle¹⁹.

L'étude de la RAND aux USA (cf Encadré 3) permet d'estimer les élasticités-prix à partir d'une expérience de grande envergure : le « Health

17 BOISSELOT P. et REMOND M.C., « Niveau de protection sociale et consommation de soins », *Solidarité Santé*, n°1, 1994, p.143-151.

18 CAUSSATL., « La consommation médicale des français : une étude sur données individuelles », contribution au 8ème colloque du Sénat sur l'évolution à long terme des dépenses de santé, Mai 1992.

19 Cf A. McGUIRE, J. HENDERSON, G. MOONEY, (1988) « The Economics of Health Care », *JLE*, 1988, pour une revue exhaustive de ces études.

Insurance Experiment ». Les résultats montrent que plus les paiements résiduels baissent, plus la consommation augmente. La gratuité des soins entraîne ainsi un niveau de consommation de dépenses de ville de 45% supérieur à celui de ménages qui acquittent 95% de ticket modérateur jusqu'au seuil de remboursement avec franchise (ménages de référence). L'écart entre les niveaux de consommation tend à se refermer dès l'introduction d'un ticket modérateur de 25%, le niveau de consommation n'étant alors supérieur que de 24% à celui des ménages de référence.

Ces résultats indiquent ainsi une sensibilité de la demande par rapport aux prix, à condition que le changement de prix auquel l'utilisateur fait face soit perceptible. Le niveau de la participation (hors remboursement par les assurances complémentaires) doit en effet être modifié de façon assez considérable pour qu'une telle sensibilité apparaisse (la participation doit être d'au moins 25%).

Toute la difficulté réside toutefois dans la réponse à la deuxième interrogation, à savoir si le relèvement du ticket modérateur réduit bien des dépenses inutiles et celles-là uniquement. Sur cet aspect, les résultats de l'analyse complémentaire réalisée par la RAND ne semblent pas indiquer la présence d'un effet-revenu. On peut cependant s'interroger sur l'horizon-temps, trop court peut-être pour mesurer l'impact en termes d'état de santé d'une réduction de consommation, notamment en ce qui concerne les dépenses de prévention.

212

ENCADRÉ N°3 :
L'ÉTUDE DE LA RAND

L'étude la plus aboutie à ce jour en matière d'estimation d'élasticités-prix est le « Health Insurance Experiment » de la RAND aux USA²⁰, qui s'est étalée sur une période de dix ans, et dont l'objectif était de tester l'impact de variations du taux de participation financière sur la consommation de soins de santé des ménages (plus de 2000 familles réparties dans six zones géographiques distinctes). Un niveau maximum de dépenses annuelles par ménage a été préalablement défini, seuil d'environ 1000\$ (en \$ de 1984) au delà duquel la gratuité des soins était garantie. Cinq options différentes ont été retenues concernant les dépenses en deçà de ce seuil : la gratuité totale des soins, un taux de coassurance (de participation financière des ménages) de 25%, 50%

20 Cf PHELPS, C.E. and NEWHOUSE, J.P., (1974), « Co-insurance and the demand for medical services ». Santa Monica, RAND Corporation ; W. MANNING, J. NEWHOUSE, N. DUAN, E.B. KEELER, A. LEIBOWITZ, S. MARQUIS, « Health Insurance and the Demand for Medical Care : Evidence from a Randomized Experiment », AER, 1987, June, Vol 77, n° 3, pp. 251-277 ; W. MANNING, H. BAILIT, B. BENJAMIN, J. NEWHOUSE, « The demand for Dental Care : Evidence from a Randomized Trial in Health Insurance », JADA, Vol 110, June 85, pp. 885-895.

ou 95%, et une dernière option avec un taux de 95% auquel se rajoute une franchise annuelle de 150\$ (et de 450\$ maximum par ménage) pour les soins de ville.

Le protocole retenu a permis d'éviter certaines des difficultés méthodologiques rencontrées précédemment. Ainsi, l'affectation aléatoire des ménages entre les cinq options permet d'homogénéiser les risques entre groupes, et d'éviter ainsi les problèmes d'antiselection mentionnés ci-dessus. Les réactions des producteurs ne devraient pas influencer de manière trop importante sur les résultats, de par le fait que les assurés participant à l'expérimentation ne représentent qu'une faible part de la clientèle de chaque médecin.

Une étude complémentaire a été réalisée par la RAND, visant à mettre en évidence des modifications sensibles de l'état de santé de la population suite à l'introduction de ce changement. Les résultats n'indiquent pas toutefois de modifications très sensibles, les principaux gains d'état de santé liés à la mise en place d'une gratuité des soins touchant surtout les populations les plus défavorisées, et ayant trait à des services spécifiques (correction de la vue, soins dentaires par exemple).

Ces résultats ont fait l'objet de critiques, concernant notamment la durée de l'étude, trop courte pour permettre d'identifier des changements notables d'état de santé liés à une moindre consommation d'actes de prévention. D'autres remarques ont porté sur les indicateurs d'état de santé retenus, dont la finesse a pu être mise en doute. Enfin l'étude a été critiquée en ce qu'elle exclut les chômeurs, les handicapés et surtout les personnes de plus de 61 ans. Si l'on tient compte du fait qu'en France, 25% des bénéficiaires de 65 ans et plus sont exonérés du ticket modérateur, il apparaît clairement que les bénéfices de la gratuité ont dû être sous-estimés dans l'étude de la RAND.

213

Les résultats des travaux théoriques indiquent donc une certaine sensibilité des usagers à la présence d'une forme de participation financière. Il est toutefois difficile de conclure sur l'impact en terme d'état de santé (sur le long terme) d'une telle participation, notamment auprès des ménages à plus bas revenus. Enfin, il convient de rappeler que ces résultats ont été obtenus dans des conditions quasi-expérimentales, et pourraient être sensiblement différents lorsqu'on généralise ce système à l'ensemble de la population.

Le cas du système de santé français

Efficacité de la participation

Selon M.L. Barer (1979), pour que les paiements résiduels soient efficaces, à savoir qu'ils ne constituent pas un simple transfert de charge vers l'utilisateur, mais bien plutôt un frein au risque moral, il convient que les quatre conditions suivantes soient réunies :

1 - les patients doivent être sensibles aux prix dans les décisions qu'ils prennent concernant leur utilisation du système de soins ;

2 - l'assurance privée ne doit pas combler entièrement le gap laissé par le désengagement du financeur public ;

3 - les offreurs ne doivent pas réagir à cette augmentation de la charge financière des usagers de telle sorte qu'ils en annulent son effet ;

4 - les assurés doivent être solvables et acquitter leurs dettes. Aux gains attendus de la mise en place de paiements résiduels doivent nécessairement être soustraits les coûts de gestion et de recouvrement de ce paiement direct.

Nous considérerons tour à tour chacune de ces conditions pour le cas français.

1 - Sensibilité des usagers au co-paiement

Le niveau de co-paiement pour certains services comme les soins de médecine de ville est déjà élevé en France puisqu'il est au dessus du seuil de 25% (défini dans l'étude de la RAND comme apte à sensibiliser les usagers au surcoût engendré par une consommation excessive). Or la mise en évidence de gaspillages en France indique bien la présence de comportements de risque moral de la part des usagers que ces co-paiements ne semblent pas à même d'enrayer.

214

Plus que le niveau du co-paiement, c'est le fonctionnement même des paiements résiduels qu'il convient de reconsidérer :

- d'une part, le taux moyen cache des disparités importantes entre ménages, certains (en particulier les cadres) bénéficiant d'une police d'assurance complémentaire leur assurant un remboursement pouvant aller jusqu'au niveau des frais réels liés à la maladie ;

- d'autre part, la nature hybride des paiements résiduels pour les consultations (à la fois du ticket modérateur et du dépassement) conduit à brouiller les « signaux » que l'on envoie à l'utilisateur. Il est à cet égard significatif que la plupart d'entre eux ne sachent pas distinguer dans le total payé pour une consultation ce qui relève du ticket modérateur (responsabilisation individuelle) de ce qui relève du dépassement de secteur 2 (responsabilité collective limitée).

Or le signal associé au dépassement est de nature très différente. Il représente, en théorie, la disposition de l'assuré à payer plus cher un service qu'il jugerait éventuellement supérieur et qui pourrait être obtenu dans le secteur 1 à un prix conventionné. Une telle logique ne s'applique toutefois que si les deux conditions suivantes sont vérifiées :

- l'assuré a effectivement le choix entre médecin de secteur 1 et 2. Les travaux récents sur les zones d'ombre²¹ effectués par la CNAMTS indi-

21 En 1992 a été étudiée la possibilité de créer des zones d'ombre dans lesquelles l'installation de médecins en Secteur 2 serait impossible, en raison d'une densité déjà trop importante (plus de 50 %), afin de garantir aux assurés la liberté de choix.

quent que ce choix n'existe plus véritablement dans certaines régions ;

- l'assuré a la capacité de percevoir la juste valeur du dépassement. Le dépassement ne reflète pas toujours le choix informé de l'utilisateur pour un produit plus cher. Il se peut en effet qu'il n'ait pas véritablement les moyens de juger de la valeur marginale du produit le plus cher par manque de connaissances médicales. En conséquence, ce dépassement a été rapidement associé par l'utilisateur à un effet-qualité. Ce signal prix-qualité est d'autant plus important sur ce marché que la publicité y est théoriquement interdite.

2 - Le rôle central de l'assurance complémentaire en France

Sur un plan purement théorique²², il est clairement établi en économie publique qu'en présence de risque moral, les agents recherchent l'assurance totale, les implications étant qu'il peut être socialement justifié d'interdire la réassurance à 100% du co-paiement.

De fait, afin de tenter de réduire cet effet, un dispositif de ticket modérateur d'ordre public (TMOP) avait été envisagé dès 1979, nécessitant un décret d'application des ordonnances de 1967. Les mutuelles et les compagnies d'assurance privées se seraient alors vu interdire légalement la possibilité de rembourser l'intégralité de la somme déboursée par le bénéficiaire (un TMOP de 5% était envisagé, avec le maintien des exonérations existantes). Cette mesure n'a toutefois pas été adoptée, devant le refus massif qu'elle a suscité, en particulier auprès des mutuelles.

Les effets déresponsabilisants de la réassurance du co-paiement sont ainsi très marqués en France, en raison de l'importance du secteur complémentaire mutualiste et privé où des contrats de groupe très couvrants²³ sont souvent offerts.

3 - L'alliance tacite médecin-usager face aux paiements résiduels

A la différence d'autres systèmes de santé, le système français n'implique pas directement le médecin dans le contrôle de comportements de surconsommation de la part des patients. L'exemple du plan Séguin²⁴ illustre bien les phénomènes de réaction potentielle des producteurs à une

²² LAFFONT J. J. - *The Economics of Uncertainty and Information* - MIT press, Cambridge, 1989.

²³ On cite parfois des taux de couverture allant jusqu'à 400, voire même 600% du tarif de responsabilité de la sécurité sociale pour certains soins de dentisterie, par exemple.

²⁴ On a en effet constaté un certain report de prescription de classes de médicaments remboursés à 40% vers des classes mieux remboursées, souvent à la demande des patients eux-mêmes. Une étude récente (TABOULET F. et MENNERAT F., rationalité budgétaire versus rationalité médicale : l'exemple du plan Séguin - , journal d'économie médicale, juin 1993) a permis de mieux connaître la réaction des médecins à l'égard du plan, réaction qui a visé à - adoucir - la nouvelle contrainte financière mise en place à l'égard des usagers. Les auteurs portent un diagnostic sur le caractère peu durable des économies réalisées, notamment en termes de difficulté pratique du respect de la distinction entre maladie exonérante et maladies intercurrentes.

modification des conditions de couverture de leurs patients. En France, la fidélisation du patient est un élément-clé de la stabilité du revenu des médecins, notamment des généralistes, et la relation médecin-patient se solde souvent par une « alliance tacite » à l'encontre du producteur²⁵.

4 - La solvabilité des assurés

Cette dernière condition joue de manière beaucoup plus forte en Amérique du Nord, le recouvrement des sommes dûes par le patient s'effectuant sans véritable risque en France. Par contre, il convient de noter ici que dans ce pays, la part grandissante des exonérés réduit progressivement le nombre d'assurés « solvables ». L'efficacité purement financière du ticket modérateur s'en trouve donc automatiquement réduite.

Les quatre conditions théoriques d'efficacité d'une participation financière des usagers ne semblent donc pas véritablement remplies en France. Par delà les facteurs institutionnels repérés (distorsions introduites par la possibilité de réassurance du co-paiement et par un système complexe d'exonération), interviennent des facteurs culturels et sociaux qui atténuent encore l'efficacité des paiements résiduels. Ainsi peut-on citer la perception de la maladie et de la mort dans notre société, qui tend à conférer à la médecine un rôle central et à magnifier les effets attendus d'un traitement.

216

Équité de la participation

Les implications en termes d'équité de la participation financière des usagers en France sont difficilement mesurables. Ainsi qu'il l'a été démontré en première partie, on ne dispose guère d'études sur données micro-économiques permettant de connaître de manière fine les disparités entre usagers. Toutefois, un certain nombre d'effets ont pu être identifiés :

En ce qui concerne le ticket modérateur, il apparaît potentiellement injuste, dans la mesure où la répartition de la morbidité entre niveaux socioéconomiques n'est pas homogène, les plus bas revenus ayant une morbidité plus sévère²⁶. De surcroît, les distorsions semblent de plus en plus marquées entre exonérés et non-exonérés. La logique d'exonération demeure en effet une logique essentiellement médicale, sans prise en compte directe de la solvabilité des assurés.

L'avance de frais crée pour sa part des distorsions entre secteur hospitalier et secteur ambulatoire, dans la mesure où les usagers font face à des

²⁵ ROCHAIX L., « De la difficulté d'un arbitrage entre intérêt collectif et intérêts individuels », *Journal d'économie médicale*, n°4, vol. 5, p. 223-243, 1987.

²⁶ Cf E. Van DOORSLAER, A. WAGSTAFF and F. RUTTEN, (eds), « Equity in the Finance and Delivery of Health Care : An International Perspective », Oxford Medical Publications, 1993.

incitations financières différentes. En France par exemple, une structure de consommation à tendance bi-modale a été mise en évidence²⁷, les classes les plus défavorisées ayant plus souvent recours à l'hôpital que les classes favorisées, en général plus tard et donc dans l'urgence.

Enfin, pour ce qui est du secteur 2, les implications en termes d'équité s'articulent autour de la restriction au libre choix, du fait de la concentration de médecins de secteur 2 dans certaines zones géographiques.

En conclusion, sur un plan d'efficacité, la participation financière des usagers du système de soins n'a plus pour fonction que d'effectuer un simple transfert de charge financière sur les ménages, sans parvenir, semble-t-il, à modérer leur consommation.

Sur un plan d'équité, de fortes disparités naissent de la complexité même du système de prise en charge, disparités dont la réduction passe par une remise à plat de la participation financière des usagers. Responsabiliser mieux : tel sera l'objet de la dernière section.

Responsabiliser mieux : perspectives critiques en guise de conclusion

Les expériences étrangères en matière de responsabilisation

Il ne s'agit pas ici de recommander la simple transposition de systèmes étrangers de financement par les usagers mais plutôt d'offrir une relecture du cas français à la lumière de tendances que l'on peut identifier dans les pays industrialisés. On peut en distinguer au moins trois :

217

Une relation inverse semble exister entre le degré de contrôle en amont aux soins de second recours et l'importance de la participation financière des usagers en aval

Les modes de responsabilisation adoptés par les pays européens apparaissent fondamentalement liés à l'architecture générale de leur système de santé, en particulier à la place accordée à la liberté de l'utilisateur. Les pays consacrant une large part à la liberté individuelle comme la France doivent recourir à des participations financières élevées au moment de l'accès aux soins. Inversement, des pays introduisant des filières (cf Encadré n°4) comme la Grande-Bretagne, l'Allemagne, le Danemark, pour ne citer que quelques exemples, peuvent accorder la gratuité aux soins de premier recours.

²⁷ Les travaux de P. MORMICHE ont permis de caractériser les filières d'utilisation des soins selon le milieu social, *Economie et Statistiques*, n° 189, juin 1986.

ENCADRÉ N°4 :
LES FILIÈRES DE SOINS EN EUROPE

En Europe, la plupart des usagers des systèmes de santé sont obligatoirement inscrits auprès d'un généraliste, parfois pour une durée déterminée (trois mois, un an). C'est le cas de l'Allemagne, du Danemark, de l'Espagne, de l'Irlande (pour les plus bas revenus), de l'Italie (affiliation à une unité locale de soins), des Pays-Bas.

Les objectifs affichés de cette affiliation sont d'assurer la continuité des soins de l'ensemble de la population. Elle permet aussi d'éviter le « tourisme médical », à savoir la consultation de plusieurs médecins pour la même pathologie. La plupart des systèmes de soins reposant sur cette affiliation au médecin généraliste introduisent un filtre entre soins de premier recours et soins de second recours. Le recours au spécialiste ou aux soins hospitaliers relève alors de la décision du généraliste, et non plus du patient, comme c'est le cas en France et en Belgique. La définition de telles filières de soins répond à l'objectif d'éviter des recours inutiles à des soins spécialisés.

Des incitations financières sont parfois incluses dans les modalités d'accès aux soins. Qu'elles soient positives ou négatives, elles demeurent plutôt l'exception que la règle :

— Incitations négatives : *au Danemark et au Québec, un patient qui consulte directement un spécialiste sans passer préalablement par un généraliste doit payer l'intégralité des frais, alors que cette consultation aurait été gratuite dans le cas d'un passage par le généraliste ;*

— Incitations positives : *trois compagnies d'assurance privées allemandes ont récemment tenté d'introduire des systèmes de bonus (remboursement de trois à cinq mois de cotisations en cas d'absence de frais médicaux) qui ont fait l'objet d'une évaluation récente²⁸. Il convient en effet de bien mesurer l'impact que pourrait avoir une telle incitation sur le niveau de consommation de soins de l'assuré et de ses ayants-droit.*

Face à cette première tendance, la responsabilisation en amont par des filières de soins apparaît, inexistante en France. De fait, le système français est un des rares à offrir l'accès direct et sans limites aux quatre points d'entrée dans le système que sont les soins de généralistes, de spécialistes, les consultations externes en établissement et l'urgence. Le prix d'une telle liberté (en consultations multipliées mais surtout en actes diagnostics et en prescriptions qui y sont associés) est payé par tous sous forme d'augmentations de cotisations, alors même qu'elle ne profite qu'à un petit nombre. Cette liberté se solde aussi par une participation financière complexe, parce que greffée sur une structure de consommation largement ouverte.

²⁸ Cf. P. ZWEIFEL, « Bonus Options in Health Insurance », KLUWER academic publishers, 1992, 160 pp.

Tous les pays garantissent l'efficacité de la participation en aval (lorsqu'ils y recourent) par des systèmes de co-paiements non réassurables (franchises)

Les franchises (cf Encadré 5) sont pratique courante dans de nombreux pays. Des co-paiements non réassurables sont en place depuis plusieurs années au Japon, avec des niveaux élevés : 20% pour les affiliés à l'assurance maladie nationale, 10% pour le régime des salariés. Les assurances privées sont soigneusement contrôlées afin d'éviter qu'elles ne couvrent l'intégralité du co-paiement ²⁹.

ENCADRÉ N°5 :
LE MÉCANISME DE LA FRANCHISE

La franchise est une des modalités traditionnellement utilisée dans le cadre de l'assurance (notamment automobile) pour réduire le risque moral. Dans le domaine de la santé, elle revient à laisser à la charge de l'assuré une partie forfaitaire des frais supportés à l'occasion de chaque demande de remboursement, sans possibilité de remboursement par une assurance maladie complémentaire. Ce prélèvement cesse dès lors que le total des frais dépasse la franchise, dont le montant est fixé par les pouvoirs publics ou les gestionnaires de l'assurance maladie.

Plusieurs modalités de franchises peuvent être définies, selon les critères retenus :

* Franchises à l'acte ou franchises globales (annuelles ou trimestrielles)

La première modalité revient à laisser à la charge de l'assuré une somme forfaitaire pour chaque catégorie de prestation. La deuxième modalité revient à laisser à la charge de l'assuré une somme forfaitaire pour un panier de biens et services. Ainsi, la consommation de l'ensemble des médicaments donne lieu à paiement d'une franchise annuelle par assuré au Danemark.

* Franchises fixes ou modulables selon le revenu

Des exonérations peuvent être définies en fonction de critères d'imposition, de même que des modulations en fonction de classes de revenu.

219

Une franchise à l'ordonnance est appliquée en Grande-Bretagne, en Italie, au Portugal. Une franchise au médicament était aussi appliquée en Allemagne jusqu'en 1992 ³⁰. La Suède vient de renforcer son dispositif en la matière en augmentant les paiements résiduels non remboursables pour

²⁹ Cf. KAMEL, W., « Le système de santé au Japon », les cahiers de la Boétie, Institut la Boétie, 3e trim. 1992.

³⁰ Depuis cette date, la participation financière revient à un ticket modérateur de 15 % sur chaque médicament, avec un plafond de 15 DM.

les consultations de médecins dans le comté de Stockholm. Enfin, la Belgique vient d'adopter une mesure allant dans le sens de l'interdiction de réassurance de certains co-paiements. La France est donc l'un des derniers pays dans lequel certains assurés disposant de couvertures complémentaires très couvrantes, peuvent être intégralement remboursés pour leur dépense de soins.

Il se peut toutefois que la position des assureurs complémentaires soit amenée à évoluer sous peu en France. En effet, la dérive des dépassements de certains médecins et dentistes qui tendent à ajuster le niveau de leurs honoraires en fonction de la couverture de leurs patients peut menacer l'équilibre financier de certaines compagnies. La concurrence s'exercant de plus en plus sur l'étendue de la couverture, certaines compagnies se trouvent prises dans une spirale inflationniste qui conduit régulièrement à des hausses non négligeables de primes.

Afin de résorber cette spirale, certains assureurs entreprennent depuis peu de passer des accords locaux avec des producteurs qui s'engageraient à ne pas aller au-delà d'un certain niveau de dépassement. Ces accords s'inspirent de méthodes de micro-management américaines (notamment les PPOs - Preferred Provider Organizations qui conduisent à la passation de contrats entre offreurs et assureurs). Outre le fait que ces accords risquent d'être considérés comme des ententes délictueuses, ils peuvent se solder, pour ceux des producteurs en deçà du niveau de dépassement négocié, par un simple alignement sur ce niveau. Pour ceux qui sont en dessus, tout reposera sur la capacité des assurés (que l'on sait limitée) à faire jouer la concurrence et à rechercher un offreur qui a passé un tel contrat.

L'une des issues probable, en cas d'échec de telles tentatives de « management » de la concurrence, sera une sélection accrue des risques (en fonction de facteurs d'âge, mais aussi de morbidité). Une telle pratique relève d'une logique purement assurantielle et devrait permettre aux compagnies d'assurance de retrouver un certain équilibre financier. Elle risque toutefois d'aller à l'encontre de préoccupations d'accès égal aux soins. Il se peut alors que l'État soit amené à intervenir sur ce marché afin de clarifier les règles du jeu d'une concurrence renforcée. La situation s'apparente en effet à celle du dilemme du prisonnier, toutes les compagnies ayant intérêt à réduire le risque moral par la mise en place de franchises ou co-paiements non réassurables, mais aucune ne pouvant le faire seule, de peur de perdre des parts de marché. Il existe des exemples récents d'interventions de l'État qui ont permis un assainissement des conditions de la concurrence, comme la réduction autoritaire des dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques.

Une telle intervention pourrait consister en une impossibilité de réassu-

rance à 100%. Dans une telle éventualité, il conviendrait de mettre en place les correctifs nécessaires pour pallier le caractère inéquitable de telles mesures. En effet, la morbidité n'étant pas répartie de manière aléatoire selon les classes de revenu (les pauvres ont tendance à être plus gravement malades), une responsabilisation directement proportionnelle à la consommation serait injuste ; en outre, certaines pathologies entraînent des coûts hors de proportion avec les revenus des patients, même pour les catégories sociales les plus aisées. Un plafonnement différencié des paiements résiduels en fonction du revenu pourrait alors être envisagé³¹.

D'autres formes d'intervention sont envisageables. L'État pourrait ainsi généraliser l'idée sous-jacente aux accords bilatéraux définis précédemment, à savoir plafonner les dépassements. Aux États-Unis, un certain nombre d'États envisagent ainsi de plafonner les honoraires de leurs médecins à 130% du tarif opposable de Medicaid. Une telle mesure n'aurait pas d'incidence directe sur les comptes de l'assurance maladie. Mais elle se justifierait par le fait que les spirales inflationnistes résultant de la liberté de fixation des honoraires en secteur 2 opèrent pour finir une ponction sur le revenu des ménages (soit directement s'ils n'ont pas de complémentaire, soit indirectement, s'ils en ont une, par l'augmentation des cotisations d'assurances complémentaires à terme).

Les instruments sont utilisés de manière différenciée en fonction de critères de revenu ou de population-cible

221

Les mesures de participation financière proportionnelles à la consommation n'existent jamais dans leur version « pure » : à l'objectif d'efficacité associé à une participation directement proportionnelle à la consommation, se joignent des objectifs d'équité, qui sont garantis par la mise en place de systèmes d'exonération ou de modulation selon le revenu. Dans la plupart des pays européens, l'exonération touche majoritairement les jeunes, les personnes âgées, les personnes défavorisées, les chômeurs et les personnes atteintes de maladies graves. Elle s'accompagne parfois de la mise en place de plafonds, au delà desquels la gratuité s'applique (Belgique, Italie, par exemple).

Certains pays structurent de manière plus explicite encore leur système de participation financière par des prises en charge différenciées en

³¹ Ce système aurait pour effet d'établir un lien entre les montants payés au titre du ticket modérateur par un assuré et son niveau de revenu. Il permet de se rapprocher du principe de proportionnalité au revenu tout en conservant le lien avec le niveau de consommation. Il revient à donner à l'assuré la garantie que ses dépenses n'excéderont pas un pourcentage donné de son revenu. En deçà du pourcentage, l'assuré acquitterait l'intégralité du ticket modérateur ; au delà, il bénéficierait de la gratuité des soins. L'impact économique de la mise en place d'un tel système fait actuellement l'objet de simulations.

fonction du revenu. Ceci permet d'utiliser certains instruments comme l'avance de frais pour les plus hauts revenus, en évitant de générer par ce système des effets pervers de sous-consommation par les plus bas revenus. Ainsi, en Irlande, l'avance de frais ne s'applique qu'aux 65 % de la population à moyens et hauts revenus, le reste de la population bénéficiant de la gratuité intégrale des soins. Il en est de même aux Pays-Bas, où jusqu'à récemment, le tiers-payant était généralisé pour les seuls salariés, l'avance de frais s'appliquant par contre aux fonctionnaires et aux assurés privés. Dans ces pays, l'efficacité de la mesure repose fondamentalement sur la capacité à cibler les instruments sur des sous-populations définies en fonction du revenu.

En France, l'exonération repose fondamentalement sur des critères médicaux et aucune considération de revenu n'intervient directement. De même, l'accès au tiers-payant en pharmacie s'applique à tous. L'on constate alors que ce tiers-payant est surtout utilisé par des personnes qui ont la connaissance de son existence, les plus éduqués et donc souvent aussi, les plus aisées. On a alors le résultat inverse de celui que l'on attendait !

Propositions pour une refonte de la participation financière en France

222

Il importe de sortir au plus vite le système de responsabilisation financière des usagers de l'ornière dans laquelle il se trouve en France, à savoir une situation atypique caractérisée par une responsabilisation en amont quasiment inexistante et une participation financière en aval inefficace, voire inéquitable dans certains cas.

Mais les propositions de réforme de la participation financière des usagers, fort peu nombreuses au demeurant, sont de nature par trop manichéenne. Elles s'articulent en effet autour de son augmentation ou de sa suppression. Les tenants d'une augmentation mettent en avant à la fois l'intérêt d'un appel à des fonds privés supplémentaires et celui d'une responsabilisation accrue des usagers. Ceux qui, par contre, prônent sa suppression soulignent le fait que nombre de pays n'y ont pas recours, sans pour cela connaître une inflation forte de la demande de soins de santé.

Aux premiers, il convient d'opposer les trois contre-arguments suivants :

- la participation financière ne peut porter, en tout état de cause que sur le « petit risque », ce qui réduit considérablement la perspective d'apport de fonds supplémentaires ;

- le niveau actuel de participation financière des usagers apparaît suffisamment élevé, en tout cas pour les soins de ville, d'après les travaux du « Rand Health Insurance Experiment ». Moins que le niveau de cette participation, se pose la question de la réassurance du co-paiement par la

complémentaire. De fait, la responsabilisation ne sera renforcée qu'à condition que soit évoquée et résolue cette question. Si tel n'était pas le cas, l'augmentation de la participation risquerait de générer des effets-revenu pour certains assurés ne bénéficiant pas des remboursements d'assurances complémentaires, sans modifier pour autant la consommation de ceux qui bénéficient de ces remboursements généreux.

- l'usager n'est pas le principal acteur dans la détermination d'une dépense : la demande de soins est conditionnelle à l'avis de l'expert, le médecin. Faire porter le poids de la responsabilisation sur le seul patient peut en conséquence apparaître injuste.

Aux seconds, il importe de rappeler :

- que la spécificité du système de santé français en matière de responsabilisation des usagers est forte : aucune régulation en amont n'a été instaurée (sous forme de filières, par exemple), la seule reponsabilisation de la demande étant composée de la responsabilisation en aval, au moment de la consommation de soins. La suppression brutale de celle-ci dans un système qui serait demeuré « à guichet ouvert » pourrait effectivement se révéler inflationniste.

- que la suppression pure et simple du ticket modérateur priverait l'État d'une source de financement non négligeable des soins de santé, en une période de déficit accru de la Sécurité sociale.

223

Une troisième voie s'impose alors : *la remise à plat de la participation financière des usagers, à rendement financier constant*. A l'aube d'une telle refonte, il importe de clarifier le champ sur lequel doit porter la responsabilisation puis de reconsidérer les objectifs qui devront être assignés à cette nouvelle participation.

L'arbitrage entre taille du panier et niveau de prise en charge

Il existe bel et bien un arbitrage entre taille du panier (nombre de biens et services effectivement couverts par une assurance maladie) et niveau de prise en charge (ou taux de remboursement). La France se distingue de la plupart des pays européens par l'arbitrage qu'elle opère en la matière : elle couvre en effet un panier très large de biens et services et se voit contrainte d'imposer des taux de participation financière élevés sur des soins de premier recours (consultations de généralistes, par exemple), soins souvent gratuits dans d'autres pays. Dans un contexte de ressources rares, le fait de ne pas opérer de choix explicites sur le panier de biens peut amener à des formes de rationnement implicite sur d'autres biens plus importants, comme ces soins de premier recours où la prévention joue un rôle primordial.

Le premier temps de la remise à plat de la participation financière des usagers est donc une réflexion sur l'assiette sur laquelle doit porter la solidarité. Si cette idée s'impose sur un plan purement logique, elle est toutefois complexe à mettre en place, car elle implique au préalable une évaluation tant du flux (nouveaux produits et services) que du stock (l'existant, à savoir les biens et services qui font l'objet d'une prise en charge). Faisant suite à cette évaluation, doit être mis en place un processus démocratique de choix. Le rapport Santé 2010³² avait retenu le Parlement comme cadre de ces arbitrages, en raison du caractère éminemment éthique de ces choix.

Arbitrage entre liberté de l'usager d'une part, équité et efficacité de l'autre

C'est principalement au nom de la liberté des usagers que le système de participation financière des usagers se voit contraint de fonctionner de manière sous-optimale, en termes d'efficacité et d'équité. Les conséquences immédiates de cette liberté restent en général occultées, en particulier :

- une mise en concurrence des généralistes et des spécialistes, alors même que le développement harmonieux de la médecine appelle plutôt une complémentarité entre ces acteurs. Cette concurrence inégale se solde par un rétrécissement du marché des généralistes, qui les conduit à développer des comportements de fidélisation de la clientèle par la multiplication de prescriptions. Dans la mesure où les seuls moteurs de cette concurrence sont les patients, qui n'ont que peu de repères pour juger de la qualité de la prestation des médecins (hormis les médias qui survalorisent la spécialisation et la technicité), il est à craindre que cette concurrence ne soit plus génératrice de surcoûts que d'efficacité et qu'elle ne conduise à terme à une dévalorisation de la profession du médecin généraliste ;

- la nécessité d'une forte responsabilisation en aval, sous forme de paiements résiduels élevés. En effet, dans la mesure où le libre accès conduit à une forte concurrence entre prestataires de soins, il est peu probable que ceux-ci acceptent de jouer le rôle de garant de l'intérêt collectif (à savoir, la réduction du risque moral côté patient). En conséquence, la seule responsabilisation possible est celle du patient, en aval, c'est à dire au moment de la consommation. Or la responsabilisation en aval devient inefficace lorsqu'elle est prise en charge à 100% par les complémentaires et elle est en tout état de cause inéquitable (car proportionnelle à la consommation qui n'est pas répartie de manière aléatoire dans les classes de revenu).

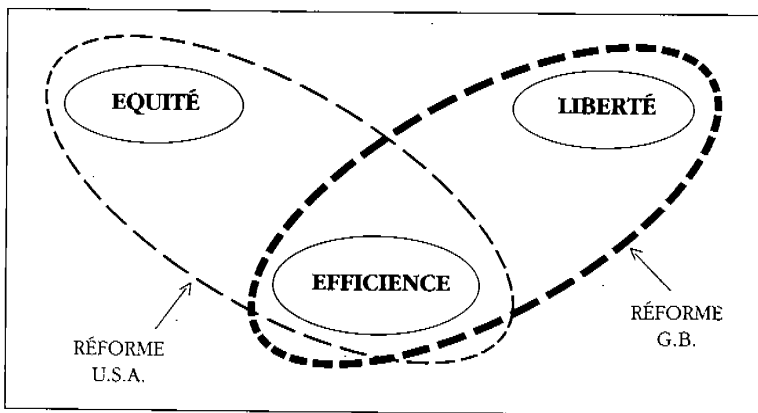
³² CGP, « Santé 2010 : équité et efficacité du système de santé : les enjeux », G. de POUVOURVILLE, « un scénario de régulation du système de soins en France », p.477.

C'est aussi au nom de la liberté (d'assurance et d'être assuré) que des mesures visant à interdire la réassurance à 100% du co-paiement sont abandonnées. Il est clair que cette possibilité de réassurance conduit à des participations nulles pour certaines catégories de la population, notamment celles relevant d'une police d'assurance contractée par l'entreprise, entraînant une consommation non fondée médicalement. Il conviendrait là encore d'arbitrer entre la réduction de la liberté d'assurer, et l'inefficacité actuelle de la participation financière pour certaines catégories de la population.

Il importe à ce stade de rappeler qu'il existe un arbitrage entre les trois dimensions que sont l'équité, l'efficacité et la liberté, l'une de ces dimensions ne sachant prédominer sans mettre en danger l'équilibre même du système. De fait, la recherche d'un meilleur équilibre a conduit les responsables de systèmes de santé étrangers à engager des réformes qui visent souvent à un rééquilibrage vers l'un des pôles qui aurait été négligé.

Le Graphique suivant permet de fait une relecture des tentatives récentes de réformes des deux systèmes de santé que sont le système américain et le système britannique. Le premier tente ainsi un rééquilibrage sur le pôle équité, le deuxième amorçant plutôt un recentrage sur le pôle « liberté-satisfaction » de l'utilisateur.

GRAPHIQUE :
Adaptation du graphique d'E. Baris³³



33 BARISE., CONTANDRIOPOULOS A.P. et CHAMPAGNEF., « Cost containment in Health Care : a Review of Policy Options, Strategies and Tools in Selected OECD Countries », Working paper, GRIS, n° R92-07, June 1992.

Ce triptyque nous permet aussi d'esquisser les contours de la réforme qu'il conviendrait d'amorcer en France. D'un système qui attache une grande importance à la liberté, il conviendrait de rétablir l'équilibre sur l'autre pôle, à savoir l'efficacité, sans pour autant remettre en cause les acquis en matière d'équité et d'accès égal aux soins.

Cependant, les tentatives récentes de mise en place de contrats de santé ont bien montré l'attachement de tous à cet acquis qu'est la liberté d'accès. Par ailleurs, le silence sur le problème central de la liberté de réassurance des co-paiements est tout aussi révélateur, quant à l'importance attachée à la liberté dans ce domaine. En conséquence, une réforme de cet ordre ne peut qu'être amorcée de manière progressive et incitative.

A ce titre, pourraient être utilisées des incitations au recours systématique à un médecin préalablement choisi par le patient pour une période déterminée. Ce système devrait permettre aux usagers pour lesquels la liberté d'accès en plusieurs points d'entrée n'est pas valorisée en soi d'y renoncer, en l'échange de ces incitations (financières et autres comme par exemple, des conditions préférentielles d'accès et de soins chez le médecin d'affiliation).

Conclusion

226

Il importe enfin de rappeler l'interdépendance entre offre et demande, interdépendance qu'il convient de prendre en compte dans la définition de recommandations. Les travaux d'analyse micro-économique centrés sur la théorie de l'agence indiquent en effet clairement que la fonction de demande du patient est conditionnelle à l'avis de l'expert, le médecin³⁴.

A titre d'illustration, la mise en place d'un ticket modérateur d'ordre public ne saurait à lui seul résoudre le problème de risque moral dans la relation entre le patient et l'assurance (obligatoire et complémentaire). L'efficacité d'une telle mesure dépend aussi fondamentalement des incitations auxquelles fait face le médecin dans sa pratique quotidienne (donc, de son système de rémunération), dans la mesure où la demande est pour partie conditionnelle à l'avis de l'expert, le médecin.

De la même façon, prôner la seule régulation de l'offre risque de se révéler insuffisant en France. Par exemple, la régulation de la densité médicale par la réorientation de certains médecins n'aura que peu d'effet sur le taux de croissance des volumes si des mesures parallèles ne sont prises pour modifier les incitations prévalant côté usagers. Sinon, leur demande sera simplement transférée vers les médecins demeurés en activité.

³⁴ Cf. L. ROCHAIX, « Asymétries Informattonnelles et Comportement médical », Thèse de doctorat en Sciences Economiques, Rennes, Décembre 1986.

En conséquence, par delà des recommandations de bons sens (comme la simplification des mesures de participation des assurés, qui doit permettre une plus grande transparence des signaux qu'on souhaite leur faire passer), il convient surtout de proposer des scénarios d'ensemble qui intègrent cette interdépendance.

Telle avait été la démarche adoptée à l'issue des travaux de l'atelier « Rémunérations des producteurs et incitations financières des usagers »³⁵. Deux scénarios-limite avaient ainsi été définis à l'horizon 2010.

Le premier scénario est au fil de l'eau. Il repose sur les hypothèses suivantes :

- le panier de biens reste large et l'accès aussi libre qu'aujourd'hui ;
- la responsabilisation en aval se trouve progressivement renforcée et s'accompagne éventuellement d'une interdiction de réassurance à 100% du co-paiement ;
- les médecins demeurent payés à l'acte et la tendance à la spécialisation se poursuit.

Le deuxième scénario est plus interventionniste. Il conduit à un renforcement de la responsabilisation en amont et repose sur les hypothèses suivantes :

- la responsabilité collective est recentrée sur un panier de biens plus circonscrit et les règles d'accès aux soins sont redéfinies, avec une forme flexible et incitative de fidélisation des usagers ;
- la responsabilisation en aval perd progressivement de son importance au profit de participations financières qui relèvent d'une logique de redevance d'utilisation du service public ;
- une partie croissante de l'activité des médecins est rémunérée par des formes de contractualisation, avec prises en charge globales des patients.

A l'évidence, la réforme du système se situera entre ces deux scénarios-limite, selon que le décideur privilégiera la responsabilisation en amont (donc l'efficacité et l'équité) ou en aval (et donc implicitement la liberté).

³⁵ CGP, « Santé 2010 : équité et efficacité du système de santé : les enjeux », Rapport de l'atelier technique n°4 : « Rémunérations des producteurs et incitations financières des usagers », Lise ROCHAIX et Aïssa KHELIFA, p. 245-461.