



Document de travail

L'assurance maladie : soins de court terme et
traitement à long terme

N° 2004-08

Juillet 2004

GÉRARD CORNILLEAU ET CYRILLE HAGNERÉ

Département des études de l'OFCE

Bruno VENTELOU

INSERM-Marseille

Le système de santé français a bonne réputation dans le monde et il fonctionne de manière satisfaisante selon la grande majorité des français. Depuis le début des années 2000, les nuages se sont toutefois amoncelés et l'on peut aujourd'hui parler de crise généralisée. Les mauvaises nouvelles concernent autant les difficultés de financement d'une dépense fortement croissante depuis trois ans, que l'apparition d'un malaise profond au sein des professions de santé, tant à l'hôpital qu'en ville. En toile de fond, la peur d'une montée des pénuries de personnel soignants infirmiers et médicaux, voire de lits d'hôpitaux du fait des restructurations — qui contraste avec l'observation de la vive croissance de la consommation — est renforcée par le « désastre » sanitaire de la canicule.

Le bilan de l'évolution du système de santé sur longue période est toutefois beaucoup moins négatif que le laisse croire la montée des revendications et les analyses trop globales du système de soins. S'agissant des réformes envisageables, le report souvent évoqué du financement d'une partie des soins de l'assurance maladie obligatoire vers les régimes mutualistes ou assurantiels facultatifs, pose un grand nombre de problèmes car il est très difficile de séparer nettement dans les faits les dépenses essentielles (remboursables par l'assurance de base) des dépenses moins indispensables ou de confort (remboursables par les mutuelles ou les assurances). D'autre part il est très clair que si l'on vise une meilleure efficacité du système (dépenser moins à quantité et qualité égale, ou dépenser plus avec une hausse plus que proportionnelle de la quantité et de la qualité), des réformes portant sur l'offre sont indispensables. Peuvent elles être réalisées dans le cadre institutionnel existant ? Faut il introduire dans ce cadre un intervenant actif supplémentaire (les mutuelles et les assureurs) ? Comment et pourquoi faire ? Ces questions sont loin de recevoir des réponses claires et univoques.

Sur le plan microéconomique la santé reste un bien très particulier dont les conditions de production sont soumises à des contraintes dont il n'existe pas d'équivalent dans les autres secteurs d'activité : nature impérieuse de l'accès au soin ; difficulté d'accès à l'information technique pertinente (d'où la fameuse asymétrie informationnelle entre médecins et malades, mais aussi entre médecins et gestionnaires d'assurance qu'ils soient

privés ou publics ou entre laboratoires pharmaceutiques et médecins, etc.) ; multiplicité quasi-infinie des « cas » traités ; importance très grande des questions « éthiques ». Il n'est dès lors pas étonnant que le fonctionnement du système soit en permanence soumis à de fortes tensions et que les sentiments contradictoires de l'existence de vastes gaspillages et de l'insuffisance quantitative et qualitative de l'offre prédominent simultanément.

Sur le plan macroéconomique, le secteur de la santé est par contre tout à fait semblable à la plupart des autres secteurs de l'économie, si ce n'est qu'il est pourvoyeur d'emplois à la fois très et peu qualifiés et qu'il est plutôt moins exposé à la concurrence internationale¹. Son développement ne pose pas de problème particulier, pour autant que le mode de financement retenu ne perturbe pas la formation des coûts salariaux (autrement dit, que ce financement soit à la charge des ménages, plutôt assis sur l'ensemble des revenus pour des raisons d'équité et donc alimenté par l'impôt sur les revenus). Dans ce contexte, la croissance prévisible de la part des dépenses de santé dans le total de la consommation ne pose pas de problème particulier. La question centrale est bien d'ordre microéconomique. Consommer plus de biens et de services de santé est soutenable et ne pose pas de problème pour la croissance. Il s'agit de savoir si cette perspective contribue ou non à l'amélioration du bien être.

L'analyse des faits montre que la croissance des dépenses de santé suit un cheminement assez parallèle à ce que l'on peut observer dans les autres pays comparables à la France (Chapitre I). La mesure des principaux déterminants de l'évolution de la consommation des soins (Chapitre II) permet de projeter la poursuite de l'augmentation de la part des dépenses de santé dans le PIB, sur un rythme modéré, à l'horizon 2020 (Chapitre III). Le financement de la croissance des dépenses de santé implique donc une dérive des prélèvements à moyen long terme ou la baisse continue des remboursements publics et le transfert d'une partie de la charge vers les mutuelles et les assureurs privés (Chapitre IV). Des réformes structurelles peuvent bien entendu être mises en œuvre pour améliorer la qualité des prestations du système de santé. L'étude des pistes de réforme couramment envisagées (Chapitre V) montre que l'action sur la demande par la seule responsabilisation financière des patients présente des risques pour l'équité et pour la santé publique alors que l'action sur l'offre hospitalière et libérale peut permettre de renforcer le

1. Voir : Gaël Dupont, Eric Heyer, Xavier Timbeau et Bruno Ventelou, « L'impact macroéconomique des réformes du secteur de santé français », *Revue de l'OFCE*, n° 76, Janvier 2001.

rapport entre le coût et la qualité des soins sans qu'il soit possible de mesurer son effet budgétaire final.

I. L'évolution des dépenses de santé en France et dans le monde : une croissance généralement supérieure à celle du PIB, mais dont le rythme s'atténue

En moyenne, dans les pays de l'OCDE, la part des dépenses de santé dans le PIB a augmenté d'environ 1 point entre 1990 et 2001, passant de 7,3 à 8,4 % (tableau 1). Sur la même période, seules la Hongrie et la Finlande ont connu une baisse de la part des dépenses de santé dans le PIB. Une augmentation des dépenses de santé plus rapide que le PIB, qui est la cause des difficultés récurrentes de financement de l'assurance maladie, est donc la règle dans la très grande majorité des pays.

Tableau 1 : Part des dépenses de santé dans le PIB dans 22 pays de l'OCDE

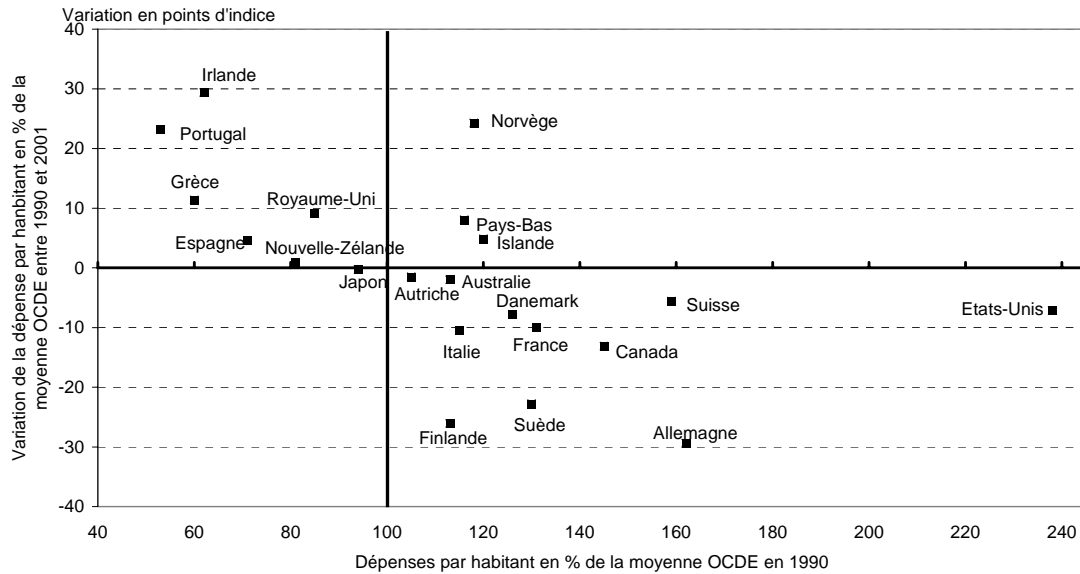
	Part des dépenses de santé dans le PIB				Variations		
	1970	1980	1990	2001	1970-1980	1980-1990	1990-2001
États-Unis	6,9 %	8,7 %	11,9 %	13,9 %	1,8	3,2	2,0
Suisse	5,6 %	7,6 %	8,5 %	10,9 %	2,0	0,9	2,4
Allemagne	6,2 %	8,7 %	9,9 %	10,7 %	2,5	1,2	0,8
Canada	7,0 %	7,1 %	9,0 %	9,7 %	0,1	1,9	0,7
France	5,7 %	7,4 %	8,6 %	9,5 %	1,7	1,2	0,9
Grèce	6,1 %	6,6 %	7,4 %	9,4 %	0,5	0,8	2,0
Islande	4,7 %	6,2 %	8,0 %	9,2 %	1,5	1,8	1,2
Portugal	2,6 %	5,6 %	6,2 %	9,2 %	3,0	0,6	3,0
Belgique	4,0 %	6,4 %	7,4 %	9,0 %	2,4	1,0	1,6
Pays-Bas	6,9 %	7,5 %	8,0 %	8,9 %	0,6	0,5	0,9
Australie	5,6 %	7,0 %	7,8 %	8,9 %	1,4	0,8	1,1
Suède	6,7 %	8,8 %	8,2 %	8,7 %	2,1	-0,6	0,5
Danemark	8,0 %	9,1 %	8,5 %	8,6 %	1,1	-0,6	0,1
Italie	5,1 %	7,0 %	8,0 %	8,4 %	1,9	1,0	0,4
Norvège	4,4 %	6,9 %	7,7 %	8,3 %	2,5	0,8	0,6
Nouvelle-Zélande	5,1 %	5,9 %	6,9 %	8,2 %	0,8	1,0	1,3
Autriche	5,3 %	7,6 %	7,1 %	7,7 %	2,3	-0,5	0,6
Japon	4,5 %	6,4 %	5,9 %	7,6 %	1,9	-0,5	1,7
Royaume-Uni	4,5 %	5,6 %	6,0 %	7,6 %	1,1	0,4	1,6
Espagne	3,6 %	5,4 %	6,7 %	7,5 %	1,8	1,3	0,8
Finlande	5,6 %	6,4 %	7,8 %	7,0 %	0,8	1,4	-0,8
Irlande	5,1 %	8,4 %	6,1 %	6,5 %	3,3	-2,3	0,4

Source : OCDE.

L'étude statistique des évolutions de longue période au sein des pays de l'OCDE, met en évidence une tendance générale au ralentissement de la croissance des dépenses depuis la fin des années soixante-dix et à la convergence des niveaux de

consommation par habitant², les pays à faible niveau de consommation ayant tendance à rejoindre les pays à niveau élevé (figure 1).

Figure 1 : La convergence des dépenses de santé entre 1990 et 2001



Source : OCDE

En 2001, la disparité des niveaux de dépenses réelles par habitant reste toutefois très importante, puisque ces dépenses atteignent 2,3 fois la moyenne des pays de l'OCDE aux Etats-Unis contre 0,8 fois la moyenne en Espagne ou au Portugal. Compte tenu de son niveau de développement et de richesse, la France se situe à un niveau a priori acceptable de 1,2 fois la dépense moyenne de l'OCDE qui est du même ordre que celui que l'on observe aux Pays Bas ou au Danemark. L'Allemagne consomme un peu plus, 1,3 fois la moyenne de l'OCDE, tout comme le Canada ou la Norvège (1,4 fois). La Grande Bretagne apparaît, toujours compte tenu du niveau de la richesse nationale, très sobre en matière de dépense réelle par habitant puisque celle-ci atteint à peine la moyenne des pays de l'OCDE (0,94 fois). Enfin la Suède et la Finlande sont les pays qui ont le plus remarquablement maîtrisé la croissance des dépenses de santé au cours des années quatre-vingt dix en ramenant leur niveau de consommation réelle de 1,3 fois la moyenne de l'OCDE en 1990 (1,1 fois en Finlande) au niveau de cette même moyenne en 2001 en Suède (1,07 fois) ou en dessous de la moyenne en Finlande (0,87 fois).

2. Voir Catherine Bac et Gérard Cornilleau, « Comparaison internationale des dépenses de santé, une analyse des évolutions dans sept pays depuis 1970 », Etudes et Résultats, N° 175, juin 2002, DREES, Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées.

Il faut toutefois prendre avec beaucoup de précaution les comparaisons de niveau de dépenses réelles car les résultats obtenus dépendent beaucoup des conventions relatives à la mesure des prix des biens et des services qui entrent dans la consommation de soins de santé. La définition des prix des dépenses de santé pose en effet de très nombreux problèmes. A la fois parce qu'une part importante, mais variable selon les pays, de la production de soins de santé est le fait d'institutions publiques pour lesquelles les calculs de prix sont indirects et parce que les produits de santé (notamment les médicaments) ont un taux de renouvellement très important qui peut biaiser les calculs d'indice de prix (voir l'encadré 1).

1. Les difficultés statistiques de la mesure des prix et du volume de la consommation de biens et de services de santé

La première difficulté de mesure statistique des prix des services de soins est liée au fait que dans de nombreux pays, une part très importante de l'offre de soins étant rémunérée forfaitairement, ne permet pas l'observation directe du niveau des prix. Ainsi en France, les hôpitaux étant financés par un budget global, il n'existe pas de prix de marché du service rendu par ceux-ci. Les comptables nationaux, qui en ont en charge la mesure des prix et du volume des soins prodigués doivent donc procéder par estimation indirecte. La convention usuelle en la matière consiste à évaluer les prix « au coût des facteurs de production », c'est-à-dire en distinguant dans l'évolution de la rémunération des facteurs entrant dans le processus de production ce qui est imputable à la hausse du volume utilisé de ces facteurs (le niveau de l'emploi pour le facteur travail) et ce qui est imputable à l'augmentation des prix de ces facteurs. Cette mesure de l'évolution du prix des facteurs utilisés est elle-même pour partie conventionnelle, car il faut séparer dans cette évaluation ce qui relève de l'amélioration de la qualité du service rendu de ce qui relève de la seule inflation des prix. S'agissant du coût du travail hospitalier, on admet ainsi que la hausse des salaires moyens imputable à la dérive des qualifications ou à des augmentations des rémunérations entraînant une amélioration de la qualification d'une catégorie particulière de personnel, accroît la qualité du service rendu et augmente le « volume » de travail utilisé. Seules les hausses générales de salaires constituent donc une augmentation de prix, comptabilisée comme telle dans les calculs de séparation des prix et des volumes. Les autres éléments qui constituent le coût total des facteurs de la production hospitalière sont eux traités sommairement souvent du fait de l'absence de données statistiques utilisables. Ainsi les achats de biens et de services par les hôpitaux français sont traités globalement car il n'existe pas de mesure du prix moyen de ces achats. Concrètement, l'indice d'inflation générale dans l'économie est utilisé pour déterminer le volume global de ces

achats. Cette méthode est évidemment approximative. Son utilisation varie au sein des pays et d'un pays à l'autre selon le mode de financement des hôpitaux ou des centres de soins. Pour les cliniques françaises, le paiement à l'acte permet ainsi un calcul direct du prix du service rendu fondé sur l'observation de l'évolution des tarifs de remboursement. Il faut noter que, dans ce cas, il faut également procéder à l'estimation de l'évolution de la qualité associée au changement des tarifs lorsque celui est induit, par exemple, par un renforcement des normes de production qui améliore la sécurité et donc la qualité des soins. Cet exercice étant évidemment très difficile, les estimations relatives à l'évolution des prix dans les secteurs rémunérés à l'acte privilégient l'affectation des changements de tarifs à la hausse des prix plutôt qu'à la qualité et aux volumes produits. Des méthodes différentes sont peu à peu introduites pour élargir le champ de la mesure directe du volume des services rendus dans tous les secteurs de la santé, y compris lorsqu'il s'agit de secteurs dont la rémunération est forfaitaire. Le développement des systèmes d'information relatifs à la nature des cas traités et des soins prodigués, permet, en effet, de mesurer plus directement le service rendu. Ainsi, pour les hôpitaux, la généralisation du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) permet aujourd'hui de mesurer le nombre de cas traités par chaque hôpital en pondérant chaque cas par le coût du traitement d'une année quelconque. Il devient dès lors possible de calculer un indicateur synthétique de l'activité des hôpitaux représentatif du « volume » de soins prodigués, la hausse des prix des soins hospitaliers pouvant dès lors être calculées en confrontant cet indicateur avec l'évolution des dépenses hospitalières globales. La question de l'amélioration de la qualité des soins peut dès lors être posée en termes quasi identiques dans les secteurs à rémunération à l'acte et dans les secteurs à rémunération forfaitaire. Cette méthode de calcul de la consommation réelle des soins hospitaliers devrait modifier sensiblement les estimations actuelles de l'évolution des volumes consommés en France.

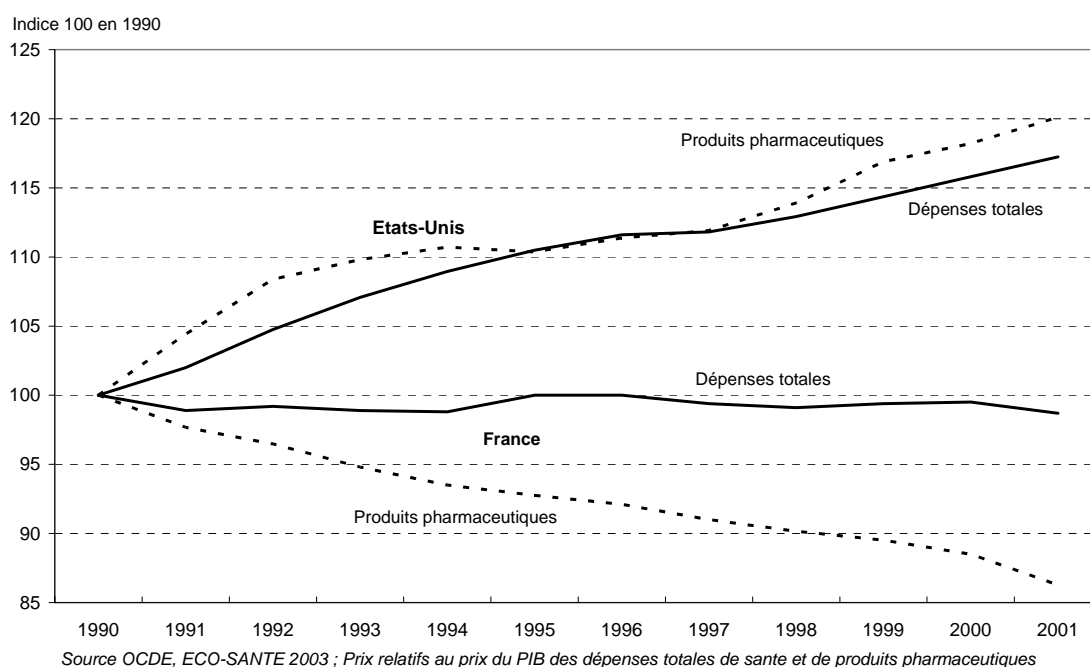
La mesure de la dépense réelle de soins est également très tributaire des évaluations de l'évolution du « volume » de médicaments consommés dans chaque pays. Or, le renouvellement des médicaments est très rapide et à chaque introduction d'une spécialité nouvelle les statisticiens doivent décider s'il s'agit d'un nouveau produit ou d'une simple forme nouvelle d'un produit ancien. Dans le premier cas, la convention usuelle de calcul de l'évolution du prix moyen des médicaments consiste à ne pas tenir compte du produit nouveau au moment où celui-ci est introduit sur le marché dans le calcul de l'indice de prix et à l'intégrer au cours de la période suivante. Cette méthode conduit donc à intégrer la consommation du produit nouveau dans le volume consommé, aucune hausse de prix moyen n'étant enregistrée au moment de son apparition. Dès lors toute introduction d'un médicament nouveau est assimilée à une augmentation de volume et de qualité du service rendu si le produit nouveau se substitue à une spécialité moins coûteuse.

Dans le second cas, si l'on considère que le médicament nouveau n'est qu'une forme particulière d'un produit ancien, il convient de comparer le prix du produit nouveau à celui du produit ancien. Dans un certain nombre de cas cette assimilation entre produits nouveaux et anciens est relativement aisée (notamment pour les produits génériques qui sont explicitement des copies de spécialités anciennes), mais, dans la grande majorité des cas, la comparaison des produits est trop complexes pour donner lieu à l'affectation d'une fraction des ventes de produit nouveau à la variation des prix. La méthode de calcul des prix du médicament a donc tendance à imputer une part faible de la hausse de la valeur de la consommation constatée à l'augmentation des prix. Il en résulte une surestimation des « volumes » consommés (la part de « qualité » étant importante dans cette estimation de « volume ») qui peut dépendre des stratégies des laboratoires pharmaceutiques, évidemment différentes dans les pays où les prix sont libres et dans les pays où ils sont administrés. Il en résulte, par exemple, des évolutions totalement contraires en France, et généralement en Europe continentale, et aux États-Unis : aux États-Unis où les prix sont fixés librement par les laboratoires, les prix des médicaments augmentent fortement (beaucoup plus que l'inflation moyenne) alors qu'en France et en Europe, où les prix sont très largement administrés, ils stagnent voire diminuent en niveau. Par ricochet la croissance estimée du volume de la consommation de médicaments aux États-Unis est faible alors qu'elle est très forte en France.

Ces considérations statistiques peuvent sembler très techniques et de peu d'intérêt du point de vue de l'analyse des conditions de financement de l'assurance maladie et de l'étude des réformes du système de soins envisageables. Elles doivent toutefois être gardées en mémoire, car elles influencent beaucoup les interprétations des comparaisons internationales dont on espère la révélation d'un modèle plus efficace que les autres. Ainsi, les États-Unis ou la Grande Bretagne, plus récemment la Finlande ou la Suède, semblent mieux maîtriser que d'autres pays leur volume de consommation. Cette observation peut être mise au crédit de systèmes de régulation plus efficaces. Mais on ne peut pas fonder cette conclusion sur la seule observation statistique tant est grande l'incertitude qui conduit au résultat. En réalité les données disponibles, et les analyses économétriques, montrent que lorsqu'un pays connaît des performances au dessus de la moyenne en matière d'augmentation du volume de la consommation de soins, il connaît aussi une inflation des prix nettement supérieure (voir figure 2, l'évolution des prix relatifs de la santé et des médicaments en France et aux États-Unis). C'est ce qui rend d'ailleurs possible la convergence des consommations relatives indiquée plus haut. Comme cette observation d'une forte substitution entre croissance des volumes et des

prix peut ne refléter qu'un simple artefact statistique lié à des conditions de financement différentes (plus ou moins de financement forfaitaire des hôpitaux, prix plus ou moins administrés dans le secteur du médicament) ou à des méthodes de calcul différentes (estimations au coût des facteurs ou aux prix du marché ; développement plus ou moins grand des systèmes d'information sur les cas traités et intégration plus ou moins poussée des résultats dans les calculs de prix ; divergences dans la mesure et la prise en compte de la « qualité »), il est dangereux d'en tirer des conclusions quant aux performances des systèmes des uns et des autres. Seule l'analyse plus fine du fonctionnement réel des systèmes de soins peut permettre de discerner les bons et les mauvais exemples.

Figure 2 : Prix relatifs des dépenses de santé de médicament en France et aux Etats-Unis



D'autre part la question du partage entre l'évolution du « volume » de la consommation de soins de santé et du « prix » de cette consommation détermine aussi le sens de la réflexion sur les réformes souhaitables. En France, l'observation continue d'une vive croissance du volume des dépenses oriente naturellement l'attention vers la maîtrise des « quantités ». Mais, la baisse continue des prix relatifs, qui vient atténuer l'impact de l'augmentation du volume de la dépense, indique sans doute, pour une part, que la régulation à la française a mis l'accent sur la maîtrise des prix, mais aussi que les conventions comptables adoptées en France ont tendance à surestimer l'augmentation du volume de la consommation. Dès lors une réflexion entièrement tournée vers la maîtrise de la croissance du volume de la consommation pourrait être en partie

inadaptée. Il est d'autant plus difficile de raisonner à partir des données comptables globales que les substitutions prix — volumes que l'on observe tant en comparaison internationale qu'à l'échelle nationale, peuvent aussi bien refléter les imprécisions d'un système d'information très imparfait que des réactions « réelles » de type économique : ainsi, la forte hausse des volumes de médicaments consommés résulte à la fois de la surestimation comptable de l'augmentation de la qualité (intégrée aux volumes consommés) que la réponse stratégique des laboratoires pharmaceutiques à la politique d'administration des prix qui peut les inciter à multiplier les innovations formelles. En conséquence la pression sur les prix peut engendrer à la fois une hausse des volumes apparemment consommés et une relance de l'innovation de forme sans avoir d'effet sur le montant final de la dépense. Mais, la pression sur les quantités (par des déremboursements ou des baisses de taux de remboursement) peut entraîner elle aussi, paradoxalement, une hausse des volumes si elle conduit à une augmentation du flux de nouveaux médicaments à prix plus élevés.

L'examen des l'évolution des dépenses de santé dans les pays de niveau de développement voisin de la France montre finalement qu'aucun d'entre eux n'a réussi à maîtriser la croissance des dépenses dans une proportion ayant permis de maintenir constant le rapport des dépenses et du PIB sur longue période. Tous les pays sont donc, d'une manière où d'une autre, confrontés à la question du financement d'une dépense dont la part croît au sein de la consommation des ménages.

2. Les déterminants de la croissance des dépenses de santé

Les difficultés statistiques évoquées ci-dessus ont des conséquences très importantes lorsqu'il s'agit d'expliquer la croissance des dépenses de santé ou d'en extrapoler la tendance. Le mauvais partage entre les prix et les volumes consommés interdit en effet toute approche dichotomique séparant l'analyse du volume de la consommation de soins de santé de celle de la formation des prix. Comme on est loin d'être assuré de la bonne évaluation de la hausse de la « quantité » de soins consommés, il n'est pas possible de considérer que la demande effective de soins, qui porte évidemment sur des quantités, progresse au même rythme et que l'on puisse dégager de son observation passée une tendance extrapolable.

Dès lors deux méthodes sont envisageables pour analyser les facteurs de la croissance des dépenses de santé et d'en extrapoler la tendance. La première consiste à raisonner à partir de la valeur courante de la consommation rapportée au PIB. C'est en gros la méthode retenue par le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie³. Dans ce cas il est possible d'extrapoler une tendance de la hausse de la part des dépenses de santé dans le PIB, mais il est évidemment difficile d'analyser les facteurs de cette croissance.

La seconde méthode consiste à partir d'une analyse directe de l'évolution du volume de la consommation, en tenant compte de l'impact de l'évolution des prix de la santé, sans toutefois interpréter les résultats obtenus comme résultant d'un arbitrage effectif entre prix et volume de consommation. On peut dès lors tenter de dégager quelques variables explicatives de l'évolution des dépenses et proposer une extrapolation de la tendance du volume « à conventions comptables constantes » et de la part des dépenses dans le PIB.

Ces difficultés relatives à la mesure, sont sans doute la cause au moins partielle du fait qu'il n'existe pas de modèle incontestable à même d'expliquer la croissance des dépenses de santé. Les modèles empiriques retiennent en général parmi les facteurs les plus importants : la croissance du revenu par tête, le vieillissement et le progrès technique.

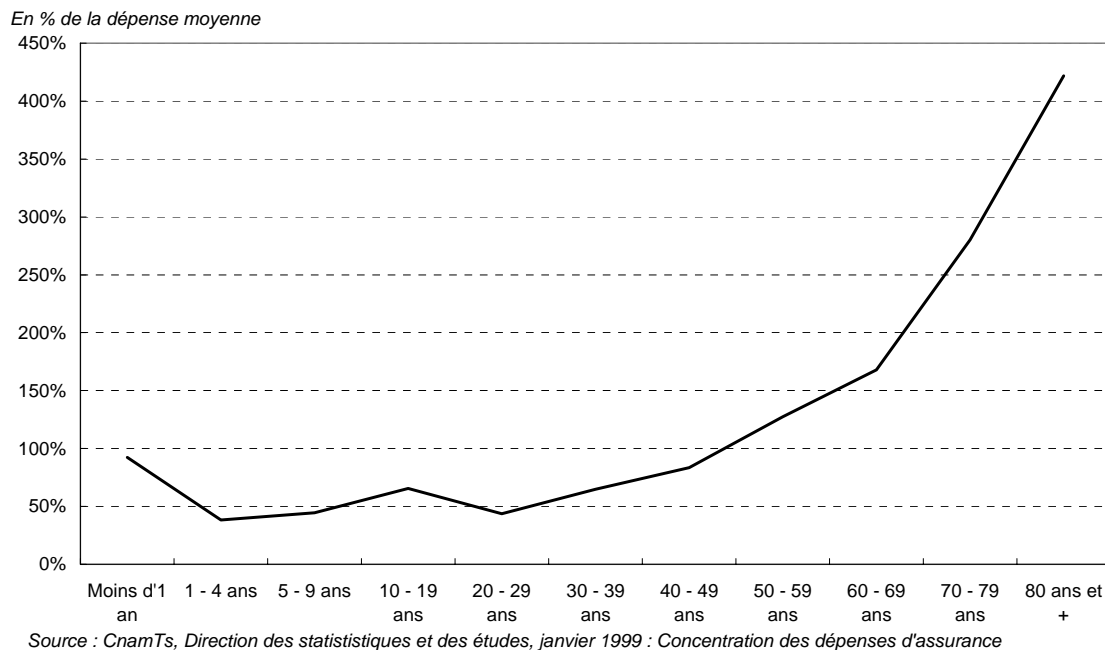
1. La démographie et le vieillissement

Le vieillissement est sans doute le facteur de croissance des dépenses de santé le mieux maîtrisé, même si un débat subsiste quant à la nature du mécanisme sous jacent. L'impact du vieillissement de la population sur le niveau moyen de la dépense de santé résulte en première approximation de l'effet comptable de la structure des dépenses par âge sur la dépense moyenne. Celles-ci sont en effet fortement croissantes avec l'âge et, selon les données de la CNAMTS, une personne de plus de 80 ans dépensait en 1995 4,2 fois plus que la moyenne (figure 3). L'augmentation de la part de la population âgée dans la population totale devrait donc entraîner mécaniquement une augmentation de la dépense moyenne de soins de santé par habitant. Toutefois, l'impact du changement de la structure par âge de la population sur la dépense moyenne de soins peut être partiellement compensé par une modification des profils de consommation par âge.

3. Voir, Rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 23 janvier 2004.

L'argument principal généralement avancé en faveur d'un impact plus faible du vieillissement à l'avenir⁴ repose sur l'observation de ce que l'allongement de la durée de la vie s'accompagne d'une amélioration de l'état de santé aux âges élevés. Or à âge donné, l'état de santé est le déterminant principal de la demande de soins. Le vieillissement, sans incapacité et en meilleure santé, aurait donc, à terme, un impact plus faible sur la dépense de santé.

Figure 3 : Dépenses de santé moyennes par classes d'âge en 1995



Toutefois, il semble également que le meilleur état de santé des personnes âgées dépend de leurs dépenses de soins. Il en résulte qu'une modification du profil des dépenses par âge reste hypothétique. En outre, l'inversion de la tendance à la hausse de la dépense relative des personnes âgées n'a pas encore été observée. L'hypothèse conservatoire du maintien à long terme du profil de dépenses actuel est donc plus prudente. Son application aux données démographiques des principaux pays comparables à la France, montre que le vieillissement entraîne une augmentation tendancielle des dépenses de soins, mais aussi que cet impact reste modéré : d'après les travaux de la DREES, l'augmentation tendancielle de la dépense de santé imputable au vieillissement serait actuellement comprise entre 0,2 % par an au Royaume-Uni et 0,9 en

4. Voir, Michel Grignon, « Les conséquences du vieillissement sur les dépenses de santé », *Questions d'économie de la santé*, CREDES, n°66, mars 2003.

Italie⁵ En France, l'impact du vieillissement est aujourd'hui de l'ordre de 0,6 % par an et il devrait passer à 0,7 en 2006 et 0,8 en 2009 avant de diminuer légèrement dans les années 2010 à 2020 (tableau 2).

Tableau 2 : Impact des facteurs démographiques sur le taux de croissance annuel des dépenses de santé à prix constants

	Impact du vieillissement (1)	Impact de la croissance de la population totale (2)	Impact total de la démographie (1) + (2)
1960-1970	0,13 %	1,06 %	1,19 %
1970-1980	0,23 %	0,64 %	0,87 %
1980-1990	0,33 %	0,51 %	0,84 %
1990-2000	0,51 %	0,39 %	0,90 %
2004	0,62 %	0,40 %	1,03 %
2005	0,65 %	0,39 %	1,04 %
2006	0,69 %	0,38 %	1,07 %
2007	0,73 %	0,37 %	1,09 %
2008	0,75 %	0,35 %	1,11 %
2009	0,77 %	0,34 %	1,11 %
2010-2020	0,73 %	0,28 %	1,01 %

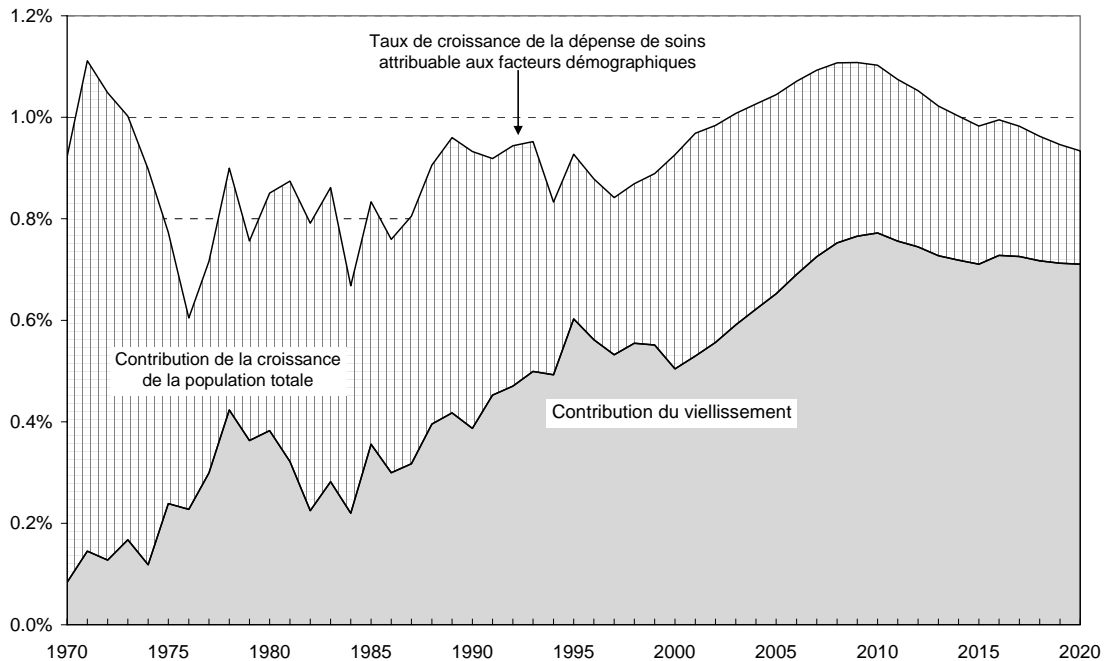
Source : calculs des auteurs

Les dépenses de santé augmentent aussi sous le seul effet de la croissance de la population totale. Le ralentissement de la croissance démographique entraînera donc en sens inverse une réduction de la croissance du total des dépenses, si bien que l'impact de l'ensemble des facteurs démographiques est remarquablement stable depuis les années soixante, de l'ordre de 0,8 à 1 % par an (figure 4). Bien entendu, la croissance démographique et le vieillissement ont une incidence potentielle différente sur le financement de l'assurance maladie : le vieillissement implique une croissance des coûts sans modification des recettes alors qu'en croissance économique équilibrée, l'augmentation de la population doit générer à long terme à la fois plus de dépenses et plus de recettes du fait de l'augmentation induite de la production. Mais la croissance de la population peut avoir un impact très retardé sur la production et les recettes : dans les années soixante, l'augmentation de la population était liée à une forte natalité qui pesait sur les coûts de santé sans dégager de recettes supplémentaires. Il faut constater que dans ces années l'impact à court terme des facteurs démographiques était donc du même ordre que celui que l'on constate aujourd'hui, même si l'ordre des facteurs est inversé, le vieillissement étant aujourd'hui le facteur principal alors que c'était la croissance de la population jusque dans les années quatre-vingt.

5. Voir Catherine Bac et Gérard Cornilleau (op. cit.).

Aujourd'hui, la contribution des variables démographiques à la croissance des dépenses de santé à prix constant est donc voisine de 1 % par an. Il faut retenir qu'à comportements inchangés, les dépenses augmentent donc chaque année au minimum de 1 %.

Figure 4 : Impact des variables démographiques sur la croissance annuelle des dépenses de santé à prix constants



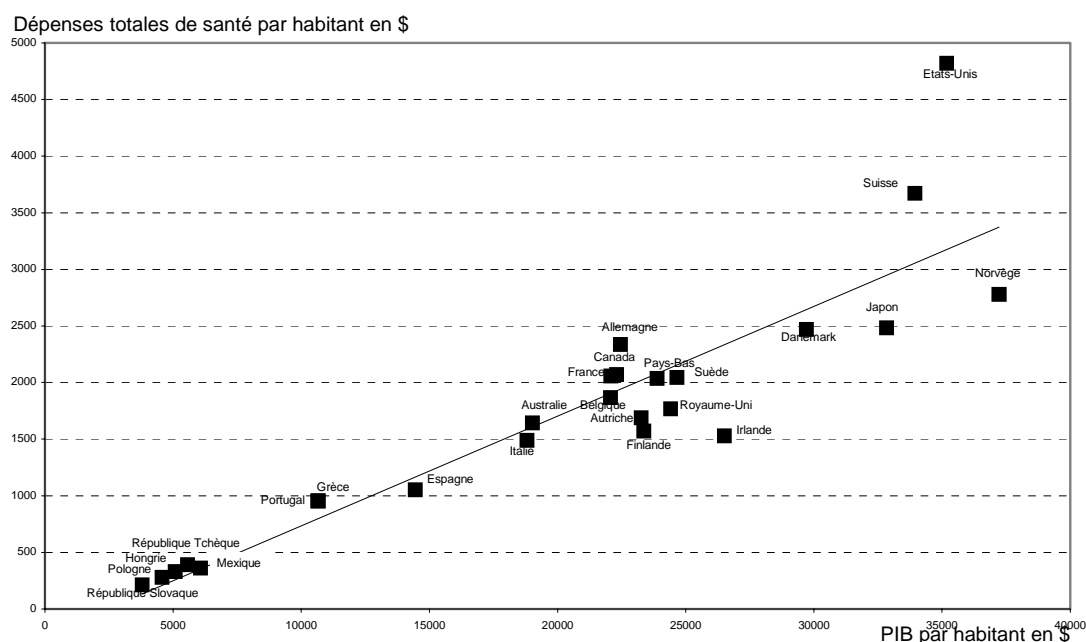
Source : calculs des auteurs.

2. La croissance des niveaux de vie.

Après les facteurs démographiques, la croissance du revenu par habitant est généralement considérée comme le principal moteur de l'augmentation des dépenses de santé. Cette relation entre dépenses et richesse nationale apparaît nettement dans les comparaisons internationales (figure 5). L'interprétation de cette corrélation est évidemment très simple : la demande des ménages augmente avec leur revenu et l'offre croît parallèlement à cette demande. Toutefois, les caractéristiques originales des biens et services de soins de santé font que le sens de la causalité peut tout aussi bien être inversé : les ménages, n'ont qu'une connaissance très approximative de leurs besoins en matière de soins. En tout cas, s'ils sont capables de ressentir ce besoin (au sens propre souvent), ils ne peuvent pas déterminer le montant de la consommation de biens et de services susceptible de le satisfaire. Seuls les professionnels de santé (en premier lieu les médecins) disposent

des connaissances et des informations permettant de déterminer les traitements nécessaires⁶. Dès lors ce sont ces derniers, les prescripteurs, qui sont à l'origine des dépenses effectivement engagées et non pas les ménages, qui bénéficient par ailleurs de systèmes d'assurance les dispensant du paiement de ces dépenses et qui sont donc peut incités à contester les décisions prises par les prescripteurs. Dès lors le moteur de la croissance des dépenses doit plutôt être cherché du côté de l'offre de soins. C'est l'explication de la hausse des dépenses de santé retenue par un certain nombre d'auteurs⁷.

Figure 5 : Dépenses de santé par habitant et PIB par tête en 2001



Mais l'offre dépend également d'évidence du niveau de la richesse nationale sur laquelle est assise le prélèvement qui permet son financement. Dès lors la question de savoir si les facteurs de demande l'emportent sur les facteurs d'offre où si la situation est inverse, n'a que peu d'intérêt quand on se préoccupe de projeter la dépense future. Il suffit de savoir que la consommation croît à long terme avec le niveau de la richesse nationale. La question centrale à cet égard est alors de mesurer l'intensité de la relation entre croissance des dépenses de santé et richesse nationale plutôt que de d'interpréter le sens de cette relation.

6. C'est K. J. Arrow qui a le premier formalisé les conséquences de l'asymétrie d'information entre patients et médecins : « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care », *American Economic Review*, Vol 53, N°5, 1963.

7. Voir Ronan Mahieu : « Les déterminants des dépenses de santé : une approche macroéconomique », Série des documents de travail de la Direction des études et des synthèses économiques, G2000/01, INSEE, janvier 2000.

Les travaux économétriques sur la relation entre dépenses de santé et croissance économique réalisés à partir de données chronologiques nationales, conduisent généralement à une très forte élasticité des dépenses de santé par rapport au PIB, en général supérieur à l'unité (en moyenne une augmentation de 1 % du PIB par habitant entraînerait une hausse supérieure à 1 % de la consommation de soins de santé par habitant)⁸. Cette mesure de l'intensité de la relation entre dépenses de santé et richesse nationale expliquerait donc l'augmentation continue de la part de ces dépenses dans le PIB. Elle conduit aussi à anticiper un prolongement ininterrompu de cette évolution.

L'utilisation de données de « panel » empilant les observations chronologiques de plusieurs pays a permis de remettre en cause ce résultat⁹. Sur ce type de données l'élasticité des dépenses de santé au PIB n'apparaît pas significativement différente de l'unité (1 % de hausse du PIB par tête entraînerait donc seulement 1 % de hausse de la dépense de santé par habitant). Cette évaluation est alors compatible avec la perspective d'une stabilisation à terme de la dépense de santé dans le PIB.

3. Le progrès des techniques médicales.

Si l'on retient l'hypothèse d'une élasticité unitaire des dépenses de santé au PIB, il faut alors expliquer les raisons qui ont conduit jusqu'ici à une hausse continue de la part des dépenses de santé dans le PIB. L'explication la plus fréquemment évoquée est relative à la nature du progrès technique : contrairement à ce que l'on observe dans les autres secteurs d'activité, le progrès technique médical serait d'une telle nature qu'il réduirait peu le coût des traitements existants alors que les nouveaux traitements qu'il permet seraient plus onéreux. Cette hausse du coût s'accompagne évidemment d'une amélioration de la qualité des soins, tant en terme d'efficacité (guérisons plus nombreuses et plus rapides, traitements moins invalidants, etc.) que de confort (moins d'effets secondaires, réduction de la douleur, etc...) qui devrait être incluse dans les estimations du « volume » de soins produits et consommés. Les méthodes comptables conduisent en pratique à cette incorporation des effets de progrès techniques dans les volumes sans qu'il soit très facile de savoir si l'on a tendance à les sur ou sous-estimer (voir ci-dessus). Mais dans tous les cas le résultat sera le même : le progrès technique

8. Voir, Ronan Mahieu (op. cit.) et L'Horty, Quinet et Rupprecht, « Expliquer la croissance des dépenses de santé : le rôle du niveau de vie et du progrès technique », *Economie et prévision*, n° 129-130, 1997/3-4.

9. Voir U.G. Gerdtham, B. Jonsson, M. MacFarlan et H. Oxley, « Factors affecting health spending : a cross-country econometric analysis », in *New Direction in Health Care Policies : Improving Cost Control and Effectiveness*, OCDE, 1995. Voir aussi, Catherine Bac et Gérard Cornilleau (op. cit.).

médical est un facteur d'inflation de la consommation de soins. Dans plusieurs travaux on a tenté de mesurer son effet en utilisant des indicateurs directs du développement des techniques nouvelles (nombre d'appareils radiologiques de pointe ; nombre de dialyses, etc...) ¹⁰. Mais il est évidemment difficile de déterminer les bons indicateurs qui ne sont pas aisément extrapolables. On suppose alors que le progrès des techniques médicales suit une tendance régulière. C'est pourquoi il est utile de s'appuyer sur les avis des experts pour déterminer les évolutions envisageables. Le rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires, rédigé par un comité stratégique présidé par Dominique Polton ¹¹, met ainsi en évidence les domaines de la médecine susceptibles de connaître des progrès techniques importants : la médecine génétique, les techniques exploratoires, la chirurgie, les analyses biologiques, le médicament et enfin l'utilisation de l'informatique et la télémédecine. Dans chacun de ces domaines, les progrès envisagés peuvent conduire aussi bien à une inflation des dépenses qu'à une rationalisation des traitements et à une plus grande efficacité, génératrice d'économie. Ainsi, les progrès de la génétique peuvent permettre une mesure des facteurs de risque individuels permettant des traitements préventifs ou précoces générateurs d'économie, mais ils peuvent aussi conduire à la multiplication de tests coûteux sans qu'il soit possible d'appliquer ex-post les préconisations médicales adaptées (soit que l'on ne dispose pas de vrai traitement préventif, soit que les préconisations médicales soient si vastes qu'elles puissent être incompatibles avec la vie des patients qui ne les observeront pas). De même le progrès des techniques d'imagerie améliore l'efficacité des diagnostics et des traitements, mais le coût des nouveaux dispositifs (tomographie par émission de positons qui devrait se développer dans les vingt ans à venir) est très élevé. La chirurgie pourrait aussi devenir « minimale » en bénéficiant des progrès de l'imagerie, de l'optique (endoscopie, vidéo endoscopie), du laser et de la robotisation, ce qui devrait conduire à une réduction des coûts des séjours, mais ce qui pourrait aussi conduire à une extension des interventions à des catégories de malades qui ne pouvaient auparavant en bénéficier. Enfin l'utilisation intensive des NTIC en médecine devrait améliorer l'efficacité de la circulation de l'information (et permettre le développement du travail de groupe) mais aura aussi un coût et entraînera le développement de services aujourd'hui mal rendus (démarche qualité).

10. Voir Ronan Mahieu (op. cit.) ou L'Horty, Quinet et Rupprecht (op. cit.)

11. *Quel système de santé à l'horizon 2020 ?*, rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires, Ministère de la Santé, Octobre 2000.

Au total il est donc très difficile de démêler les évolutions génératrices d'économies de celles qui devraient entraîner une hausse des dépenses. L'hypothèse centrale est que, vraisemblablement, la hausse de la dépense imputable au progrès technique conservera sa tendance passée.

3. Projections des dépenses de santé à l'horizon 2020

Sur la base de cette analyse, nous avons réalisé un exercice de projection de la tendance à moyen terme des dépenses de santé. Les hypothèses retenues sont les suivantes :

- élasticité unitaire de la dépense par habitant (à structure par âge de la population constante) au PIB par tête (quand le Pib par tête augmente de 1 %, la dépense par tête augmente de 1 %).
- maintien de la tendance autonome de la dépense par tête au niveau des années passées. Cette tendance est censée résulter comme on vient de le voir du progrès des techniques médicales.

Il faut tenir compte en outre de l'impact des prix relatifs des biens et services de soins de santé qui, en France, sont historiquement orientés à la baisse, sans que l'on sache très bien si cette évolution correspond à la réalité ou bien si elle relève d'un pur artefact statistique. Les analyses économétriques sur séries temporelles françaises conduisent à une estimation très élevée de l'élasticité de la dépense aux prix relatifs, de l'ordre de -2 (c'est-à-dire qu'une baisse de 1 % du rapport du prix des biens et services de santé et du prix du Pib entraînerait une hausse de 2 % du volume consommé). Mais ce résultat est très peu vraisemblable. Il résulte en particulier de la forte corrélation des prix relatifs avec le temps. Il est d'ailleurs impossible d'estimer simultanément une tendance temporelle d'évolution de la dépense par tête et l'effet des prix relatifs. Les analyses réalisées à l'aide de panel de données (empilement de données relatives à plusieurs pays) conduisent à une estimation plus réaliste de l'ordre de -0,7¹². On pourrait donc retenir une hypothèse de ce type pour projeter la tendance des dépenses. Ici, on a préféré retenir l'hypothèse plus simple d'une élasticité unitaire (1 % de variation des prix relatifs entraîne une variation de - 1 % des volumes consommés) compatible avec l'idée qu'une bonne part de la dérive des prix relatifs de la santé renvoie à des

¹² Voir Catherine Bac et Gérard Cornilleau, op. cit.

difficultés d'estimation statistique. Cette hypothèse assure d'autre part la neutralité de l'évolution des prix relatifs du point de vue du financement de l'assurance maladie (la variation des prix relatifs étant entièrement compensée par une variation des volumes de sens contraire).

Pour pouvoir projeter l'évolution future des dépenses il faut enfin fixer le niveau de la tendance autonome de la consommation par habitant (corrigée de l'effet du vieillissement) qui est censé refléter entre autre l'impact du progrès technique. Une analyse statistique simple montre que cette tendance connaît une inflexion historique à la baisse très marquée. La figure 6 présente l'écart entre le taux de croissance observé des dépenses par habitant corrigées du vieillissement et une évolution théorique calculée à partir du taux de croissance du PIB par tête et des prix relatifs (avec les deux hypothèses d'élasticité unitaire de la dépense à la richesse nationale et aux prix relatifs, il s'agit simplement de la différence de ces deux taux de croissance, celui du PIB étant retardé de deux ans car les analyses économétriques mettent clairement en évidence ce décalage). Dans les années soixante-dix cet écart était de l'ordre de 2,5 % par an, alors qu'en moyenne il n'a pas dépassé 0,2 % par an au cours des dix dernières années (1993-2002). Cette observation met clairement en évidence le fait que la croissance des dépenses de santé au cours de la période récente est surtout imputable à la croissance démographique et économique. Il n'y a donc pas d'explosion inexplicée de la consommation de soins, le rôle traditionnellement imputé au progrès technique étant de plus en plus réduit.

À partir de ces données, il est possible de fournir un scénario d'évolution future de la dépense. Nous considérerons principalement l'évolution du ratio dépenses de santé/PIB, car c'est ce ratio qui détermine le problème du financement de l'assurance maladie. La prolongation des tendances passées conduit à une hausse continue de la part des dépenses de santé dans le PIB comprise entre 0,1 et 0,15 point par an. Le tableau 3 et la figure 7 présentent la contribution des différentes variables à ce résultat. Alors que dans les années soixante-dix et quatre-vingt, la tendance autonome contribuait fortement à l'augmentation de la consommation de soins par habitant et, par voie de conséquence, à celle de la part des dépenses dans le PIB, son ralentissement est tel que l'impact de la croissance de la dépense moyenne par habitant à structure par âge constante, est pratiquement annulé par la croissance du PIB. Par contre le vieillissement voit son rôle croître de telle manière que l'augmentation de la part de santé dans le PIB dont le

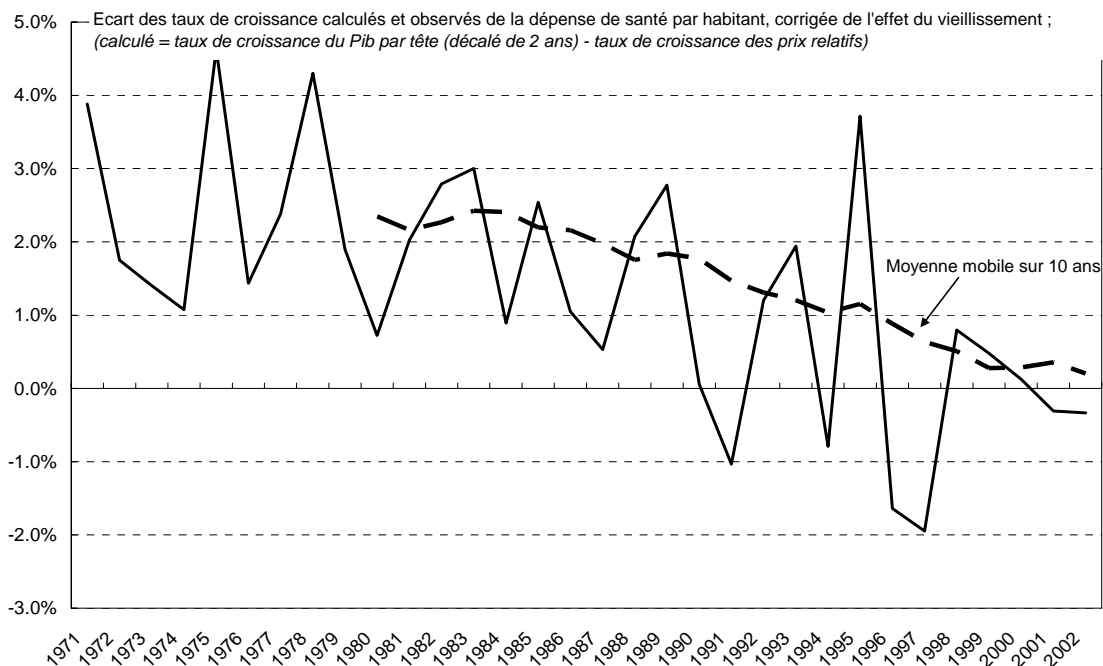
ralentissement était constant jusqu'au début des années 2000, se stabiliserait à un niveau compris entre 0,1 et 0,15 point par an.

Tableau 3 : Scénarios d'évolution du ratio consommation de biens et services de santé / PIB
H1 : maintien de la croissance autonome des dépenses par tête au niveau des dix dernières années : 0,2 % par an ; H2 : remontée de cette tendance à 0,5 % par an.

	1970-1980	1980-1990	1990-2002	2002-2010	2010-2020
Variation annuelle moyenne du ratio dépenses de santé/PIB	0,15	0,13	0,09	H1 : 0,11 H2 : 0,12	H1 : 0,11 H2 : 0,15
Dont : effet de la croissance de la population	0,03	0,04	0,03	0,04	0,03
Effet du vieillissement	0,01	0,02	0,05	0,07	0,08
Effet de la croissance de la dépense de santé par tête	0,38	0,31	0,18	H1 : 0,17 H2 : 0,19	H1 : 0,16 H2 : 0,20
Effet de la croissance du PIB	-0,20	-0,17	-0,16	H1 : -0,18 H2 : -0,18	H1 : -0,16 H2 : -0,18
Effet des prix relatifs	-0,07	-0,06	-0,01	0,00	0,00

Source : calcul des auteurs

Figure 6 : Tendance autonome de la croissance des dépenses de santé par habitant corrigée du vieillissement

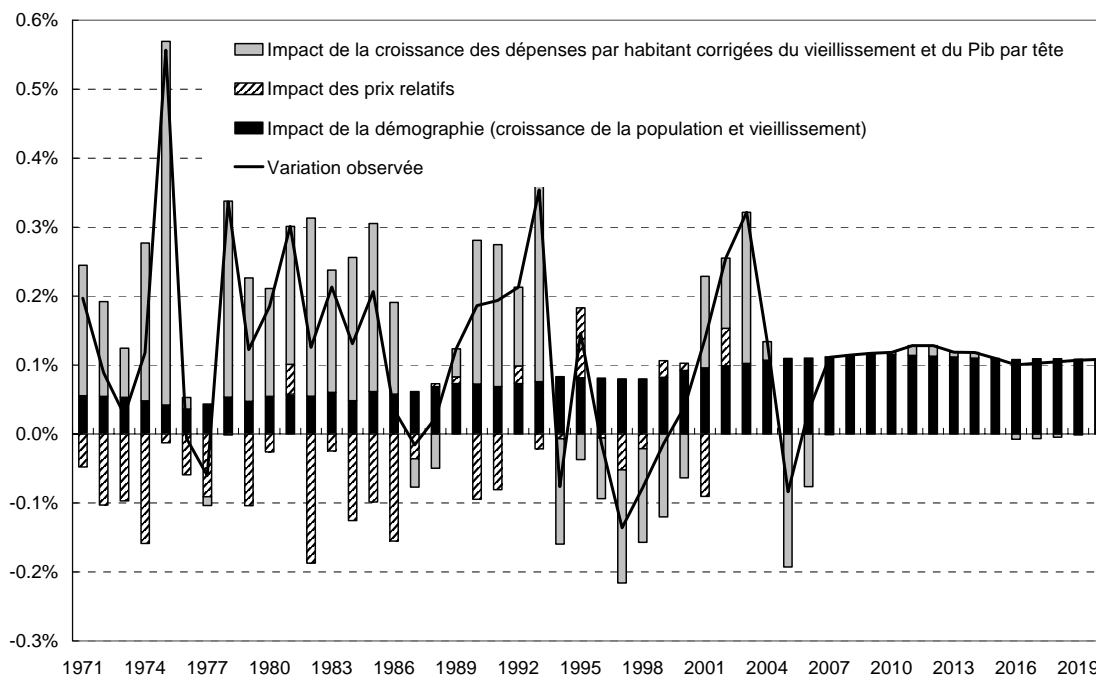


Source : Comptes de la santé, Insee, Calculs des auteurs.

Compte tenu du décalage entre la croissance du PIB par tête et celle des dépenses de santé une pause pourrait apparaître en 2005 et 2006, mais ceci ne remettrait pas en cause la tendance de moyenne période. D'ici 2010, la part des dépenses de santé

dans le PIB, actuellement un peu supérieure à 9 % augmenterait de 0,5 à 0,7 point et d'ici 2020 de 1,6 à 2,1 points pour atteindre un niveau compris entre 10,9 et 11,4 %.

Figure 7 : Croissance de la part de la consommation de biens et de soins médicaux dans le PIB (hypothèse de stabilisation à 0,2 % par an de la croissance autonome des dépenses par habitant)



Source : Comptes de la santé, Insee, calculs des auteurs.

Ces perspectives sont, du point de vue du financement, légèrement moins défavorables que celles qui ont été retenues par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Celui-ci retient en effet 3 scénarios dans lesquels la croissance du volume des dépenses de santé (mesuré par le rapport de la dépense en valeur et du prix du PIB ce qui permet de s'affranchir de l'effet des prix relatifs) excède la croissance du PIB de 1 % (scénario bas), 1,5 % (scénario médian) ou 2 % (scénario haut). Nos scénarios correspondent quant à eux à une différence de croissance entre dépenses de santé et PIB comprise entre 1 et 1,2 %. Les scénarios médians et hauts du HCAAM sont donc plus élevés. Ils correspondent implicitement à une remontée de la tendance autonome de la croissance de la dépense par habitant, corrigée du vieillissement de 0,2 % par an (moyenne des dix dernières années) à 0,8 % par an pour le scénario médian et 1,3 pour le scénario haut. La nette rupture de tendance qu'impliquent ces scénarios nous paraît difficile à expliquer, c'est pourquoi nous avons préféré rester à l'intérieur des évolutions observées au cours des années récentes.

Mais tous ces scénarios, ceux du HCAAM comme ceux présentés ici, contiennent une part d'ambiguïté. Ils reposent en effet, *in fine* sur l'extrapolation d'une

tendance autonome (globale s'agissant des scénarios du HCAAM, limitée à l'écart entre la croissance de la consommation par habitant à structure constante de la population et croissance du PIB par tête pour l'OFCE) plus ou moins fondée sur l'observation des données passées. Ils peuvent donc être interprétés en première approximation comme reflétant une évolution spontanée. Or les données du passé ont conservé la trace des politiques mises en œuvre au cours des périodes prises en compte. En toute rigueur, pour mesurer correctement les tendances spontanées passées, il faudrait donc tenir compte de manière explicite des effets des politiques. Mais cet exercice quantitatif n'a jusqu'à présent pas donné de résultats probants. Ainsi, l'analyse de la cyclicité des dépenses de santé réalisée par la DREES¹³ a pu mettre en évidence un effet retardé des mesures de régulation des dépenses au cours des années soixante-dix à quatre-vingt-dix (déremboursements, plan Veil, etc...) mais cet effet semble limité dans le temps, et il ne modifie pas la tendance sous-jacente des dépenses. Deux interprétations sont en concurrence : en dehors de leur impact comptable (on rembourse moins) les politiques de régulation financières n'ont aucun effet sur la dépense totale à moyen long terme ; ces politiques ont un effet sur le niveau de la dépense, mais pas sur sa tendance (impact en marche d'escalier). Une des raisons qui peut expliquer cette difficulté à mesurer l'impact des politiques passées tient sans doute au fait qu'elles sont mises en œuvre en bas de cycle, sous la pression de la contrainte financière, et qu'elles sont donc très liées à l'évolution du PIB. On ne peut donc pas séparer facilement leur effet de celui de la croissance de la richesse nationale. Une hypothèse vraisemblable est alors que la relation entre croissance des dépenses de santé et croissance du PIB passe, au moins à court terme, par la mise en œuvre de politiques restrictives dans les périodes de faible croissance (ceci expliquerait bien également le décalage de deux années que l'on observe sur les données françaises). Dès lors les projections que l'on peut faire incorporent dans les évolutions « spontanées » la réaction des politiques de régulation. Mais cette hypothèse n'est pas certaine : lors du cycle du début des années quatre-vingt-dix, on a bien observé après la récession de 1993, une réaction forte des autorités politiques (plan Juppé de 1995), mais on sait que cette réaction a été sans effet réel, le moyen principal envisagé pour réduire la croissance des dépenses (le passage de la médecine de ville sous contrainte financière globale avec remboursement des médecins

13. Voir, Catherine Bac, Olivier Bontout et Fabrice Lenseigne, « Décomposition tendance-cycle : une application aux prestations sociales », *Document de travail, collection Etudes*, n° 7, Ministère de l'emploi et de la solidarité, DREES, novembre 2000.

en cas de dépassement) n'ayant pas pu être mis en œuvre alors que ce plan, contrairement aux précédents, ne prévoyait pas de remboursements. On a pourtant bien observé un très fort ralentissement de la croissance des dépenses au cours des années suivantes. L'explication qui est aujourd'hui donnée de cette évolution repose sur la prise en compte de facteurs « psychologiques » (les médecins et les patients auraient été contraints par la « menace crédible » des autorités politiques). On peut évidemment aussi bien soutenir que sans intervention politique la croissance des dépenses aurait ralenti du simple fait de la réduction du pouvoir d'achat des ménages et de la prise en compte par les médecins des difficultés de leurs patients.

Face à cette incertitude sur les mécanismes qui fondent l'ajustement de la croissance des dépenses à celle de la richesse nationale deux attitudes sont possibles : soit on dramatise les évolutions futures pour rendre crédible une intervention politique qui à la limite (situation de 1995-1996) n'a pas besoin de se concrétiser en actions fortes ; soit on intègre dans les projections la régularité de l'ajustement de la croissance des dépenses aux évolutions macroéconomiques et l'on tente de replacer le débat sur le terrain microéconomique de l'organisation du système de santé et de ses interactions avec le mode de financement et de mutualisation de la dépense. Cette seconde optique nous semble plus judicieuse car elle évite de mettre en avant la seule question de l'équilibre financier. Si celui-ci se rétablit du fait de la combinaison de mesures de restrictions (déremboursements, mesures diverses d'économie), de changements temporaires de comportements des médecins et des patients (face à la peur de mesures encore plus restrictives) et de la reprise de la croissance économique, on se retrouve alors sans arguments pour réaliser les réformes susceptibles d'améliorer l'efficacité microéconomique du système.

Finalement, il nous semble donc plus judicieux de raisonner à partir de scénarios tendanciels qui correspondent aux observations plutôt que de mettre l'accent sur des risques de dérapages dont la vraisemblance n'est pas avérée. Le défi que pose les évolutions futures des dépenses de santé est donc circonscrit à une augmentation de la part des dépenses de santé dans le PIB comprise entre 0,1 et 0,15 point par an. L'augmentation de la dépense par habitant à structure constante de la population ne dépasserait que de peu la hausse du PIB par tête. C'est donc le vieillissement et la croissance démographique qui joueraient le rôle principal pour expliquer la dérive des dépenses de santé. Dans ces conditions la stabilisation de la croissance du ratio

dépenses/PIB qui est la condition incontournable de celle du taux de prélèvement social et fiscal pour la santé, à taux de remboursement donné, impliquerait une croissance de la consommation par tête à structure constante de la population inférieure à la croissance du PIB par habitant. Une baisse relativement modeste pourrait toutefois suffire : une tendance autonome de - 0,1 % par an, au lieu de + 0,2 à + 0,5 dans les scénarios « spontanés » pourrait conduire à la stabilisation du ratio dépenses de santé/PIB à l'horizon de 2010 et de 2020 si cette évolution pouvait être maintenue à cet horizon. L'effort à réaliser représente, chaque année, 1 % du total des dépenses de santé. En 2020, le niveau des dépenses serait inférieur de 20 % au niveau qui aurait été atteint spontanément. Le taux de croissance annuel moyen du volume des dépenses de santé (mesuré en déflatant la valeur des dépenses par le prix du PIB) devrait être ramené de 2,8 à 1,8 % environ. Les dépenses « inutiles », présentes et à venir, atteignent elles cet écart ? Les rationalisations possibles permettraient elles d'atteindre cet objectif ? Cela peut-il se faire sans mettre en péril la qualité de notre système de soins et l'équité dans l'accès de la population à la santé ? C'est l'enjeu des débats microéconomiques sur les réformes structurelles.

Appendice : Évolution de la structure des dépenses de santé

Avant d'examiner le contenu des réformes envisageables, il est utile de compléter les données globales relatives aux tendances générales des dépenses de santé par l'étude de la situation des grandes catégories de dépenses : dépenses hospitalières, services de santé de ville, médicament.

Les dépenses hospitalières

En France, le nombre de lits de soins aigus (hôpital public et cliniques privées confondues) qui était de 6,2 pour 1000 habitants en 1980 a été ramené à 4,2 en 2000¹⁴. Cette baisse de près d'un tiers en vingt ans s'observe dans tous les pays développés (avec une ampleur variable : - 21 % en Allemagne, - 66 % aux États-Unis). Elle traduit le progrès des techniques médicales qui permet d'éviter de plus en plus d'hospitalisations et de raccourcir très fortement la durée des séjours. En soi la réduction de l'offre hospitalière, mesurée par le nombre de lits, peut donc être l'indication d'un progrès plus que la conséquence d'une gestion budgétaire (trop) rigoureuse. L'absence de lien strict entre le nombre de lits et le

14. Voir OCDE, Panorama de la santé. Les indicateurs de l'OCDE 2003.

niveau de l'offre de soins (en quantité et en qualité) est également mis en évidence par la comparaison entre pays : en 2000, le nombre de lits pour 1000 habitants était nettement plus faible aux États-Unis qu'en France (2,9 contre 4,2) sans que la disponibilité des soins hospitaliers soit considérée comme insuffisante aux USA relativement à la France. Par contre l'offre britannique était très proche de l'offre française (3,9 lits) alors qu'en Grande Bretagne les listes d'attente sont notoirement beaucoup plus longues qu'en France. Dans tous les pays, la fonction de production hospitalière s'est modifiée dans le même sens : moins de capital immobilier, plus de capital technique et plus de travail. Pourtant d'un pays à l'autre elle reste très différente et il est difficile de mesurer précisément le niveau d'efficacité de chaque système.

Le débat français sur l'hôpital apparaît ainsi très réducteur par l'attention trop grande portée au nombre des hôpitaux et des lits. En réalité s'il existe des insuffisances elles concernent aujourd'hui surtout le niveau des équipements techniques de pointe (le nombre d'unités d'IRM est l'un des plus bas du monde avec 2,6 unités par million d'habitants, contre 23,2 au Japon, 6,2 en Allemagne, 4,6 au Royaume-Uni et 8,1 aux États-Unis, mais les taux sont aussi bas qu'en France au Canada (2,5) et en Nouvelle-Zélande, (2,6). Mais même dans ce domaine, il est difficile d'estimer un niveau d'équipement satisfaisant tant les écarts sont grands entre pays sans impact évident sur la qualité des soins dispensés.

La difficulté majeure des hôpitaux français, dont on peut dire sans ambiguïté qu'elle relève de la contrainte budgétaire, est actuellement liée à la mise en place des 35 heures, qui a réduit la durée annuelle du travail des infirmier(e)s de 9,7 %¹⁵ sans compensation immédiate par des embauches. Les embauches, prévues trop tardivement, devraient permettre, compte tenu de gains de productivités déjà réalisés lors de la mise en place des 35 heures (certains sont la conséquence de vraies réorganisations permettant d'optimiser les temps de recouvrement des équipes ou une meilleure coordination des services, d'autre sont plus formels, comme le décompte de la durée du repas du temps de travail) de retrouver un niveau de service acceptable, mais seulement à partir de 2004 et à condition que le passage à 32h30 des personnels travaillant de nuit ne perturbe pas à nouveau le fonctionnement des services . Il est évidemment paradoxal que la mise en place des 35 heures soulève tant de difficultés à l'hôpital, alors que l'État

15. La RTT est généralement accordée dans les hôpitaux publics sous la forme de 10 à 15 jours de congés supplémentaires

qui fixait les échéances, avait tout le temps de prendre les décisions nécessaires, notamment en matière de formation et d'embauche. La réticence à discuter de la question des embauches et de la compensation salariale, alors que les entreprises privées y étaient incitées, est certainement un signe de défaillance de la gouvernance publique au cours des années récentes.

Il reste que le système hospitalier français n'apparaît pas être massivement sous doté en moyens humains. D'autre part les évolutions de court terme ne font pas apparaître une accentuation forte des contraintes budgétaires sur l'offre de soins. De 1998 à 2001, le nombre de lits d'hospitalisation complète et de places d'hospitalisations à temps partiel (passages à l'hôpital de moins d'une journée, sans hébergement) a diminué de 3,5 %, mais dans le même temps le nombre de séjours en hospitalisation complète baissait de 3 % et la substitution de l'hospitalisation partielle à l'hospitalisation complète se poursuivait sur un rythme rapide, le nombre de venues de jour ayant augmenté de 5 %. En 2001, le nombre d'hospitalisations à temps partiel était pratiquement égal au nombre de séjours pour une hospitalisation complète : respectivement 11 millions et 11,8 millions. L'hôpital (comme les cliniques privées) est donc confronté à un changement structurel majeur puisqu'il est de plus en plus un lieu de soins et de moins en moins un lieu d'hébergement. Le progrès des traitements en ville (hospitalisation à domicile, mais aussi soins entièrement pris en charge en dehors de l'hôpital¹⁶) réduit le besoin de venue à l'hôpital, alors que celui des techniques hospitalières raccourci la durée des séjours jusqu'à éliminer l'hébergement. Les évolutions de courte période confirment la permanence de ces tendances qui justifient la réduction de l'offre de soins hospitaliers classique en dehors de toute contrainte budgétaire. L'observation de l'évolution de l'emploi à l'hôpital met d'ailleurs en évidence le fait que la réduction du nombre de lits ne s'accompagne pas d'une baisse globale des effectifs (tableau 4). Toutefois, le nombre de médecins exerçant à l'hôpital public est stagnant depuis 1997 et le nombre d'internes a diminué de 1,9 %. Cette évolution, liée à l'application d'un *numerus clausus* restrictif, est sans doute la cause d'une bonne part des difficultés ressenties à l'hôpital qui ont conduit au

16. La distinction entre soins hospitaliers et soins de ville devient de plus en plus délicate. Certaines pathologies sont aujourd'hui traitées par une succession d'épisodes de soins à l'hôpital, avec ou sans hospitalisation complète, et de soins de ville. Il en résulte un certain flou statistique. Ainsi, jusqu'en 1999 le traitement de l'insuffisance respiratoire chronique était comptabilisé comme une activité hospitalière à domicile. Depuis 1999, les associations en charge de ces soins sont sorties du champ des établissements de santé et l'offre de soins correspondante a été décomptée de l'offre hospitalière.

recrutement de médecins étrangers dont l'insertion reste, au moins administrativement, difficile. Pour les autres personnels de soins, la situation apparaît moins tendue. Ainsi le nombre d'infirmier(e)s en équivalents temps plein a augmenté de 7,6 % entre 1997 et 2001 dont 5,4 % entre 1999 et 2001, ce qui montre que même si le passage aux 35 heures a été très mal planifié, les établissements ont quand même anticipé une partie de ses conséquences et qu'ils ont pu, malgré les difficultés, réaliser un nombre d'embauches conséquent. Au total, le nombre des personnels de soins dans les hôpitaux publics, en équivalent temps plein, a augmenté de 5,1 % entre 1997 et 2001. Les ressources humaines de l'hôpital n'ont donc pas été très fortement contraintes au cours de dernières années, même si les 35 heures justifient un ajustement supplémentaire des effectifs. La situation des médecins apparaît toutefois nettement dégradée, d'autant plus que l'application des normes de sécurité en matière de garde depuis 2003 appelle une augmentation de l'emploi médical. Mais cette situation est davantage liée à la question de l'attractivité des carrières hospitalières et à la régulation des effectifs par le *numerus clausus* qu'à celle des ressources financières qui sont attribuées aux hôpitaux publics.

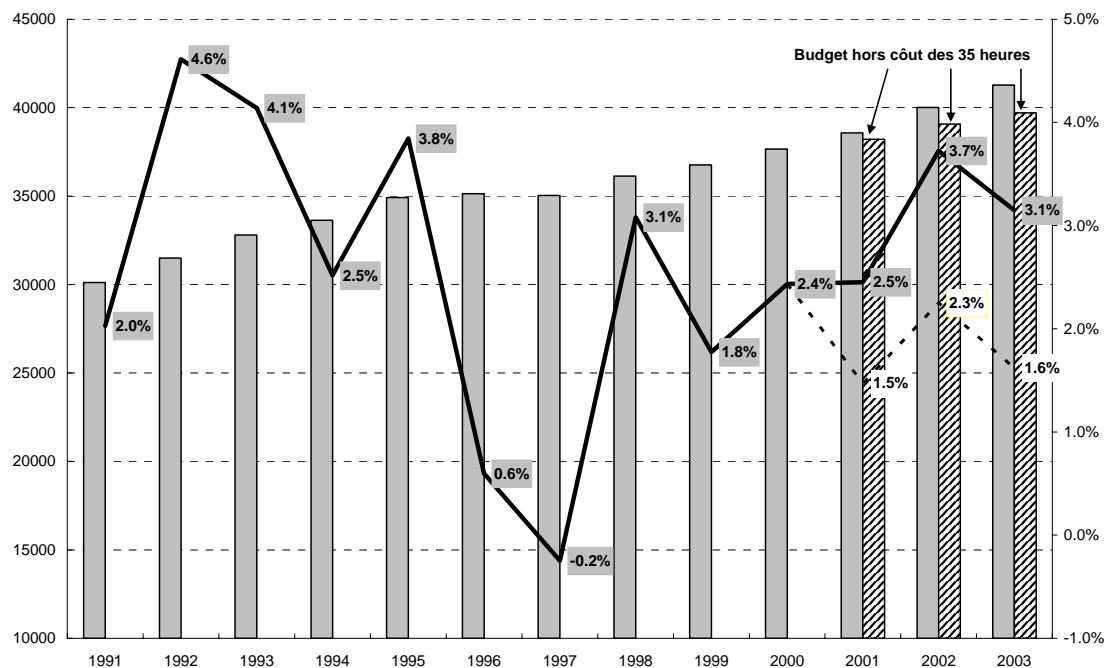
Tableau 4 : Évolution de l'emploi dans les hôpitaux publics

	1997	1998	1999	2000	2001	2001/ 1997
Nombre total de médecins	99 735	102 192	102 213	98 930	100 079	0,3 %
Dont : nombre de médecins	81 288	83 748	84 096	81 576	82 842	1,9 %
médecins en équivalent temps plein	50 471	51 647	53 010	<i>nd</i>	<i>nd</i>	
nombre d'internes	18 447	18 444	18 117	17 354	17 237	-6,6 %
Personnels des services de soins non médicaux (en équivalents temps plein)	486 454	488 527	493 633	499 611	511 381	5,1 %
Dont : Encadrement, personnel infirmier et sages-femmes	202 820	204 442	207 083	211 757	218 244	7,6 %
Aides-soignants	154 949	155 297	156 302	157 523	161 275	4,1 %
Autres personnels des services des soins	96 511	96 420	97 586	97 724	98 619	2,2 %
Personnels médico-techniques	32 174	32 368	32 662	32 607	33 243	3,3 %
Personnels administratifs et techniques (en équivalent temps plein)	157 559	157 376	158 585	157 520	159 445	1,2 %
Dont : Administratifs	71 748	72 206	73 697	73 344	75 628	5,4 %
Personnels techniques et ouvriers	85 811	85 170	84 888	84 177	83 817	-2,3 %

Source : DREES.

C'est en tout cas ce que l'on observe, quand on analyse l'évolution de la situation budgétaire qui ne met pas en évidence un resserrement très important des contraintes financières au cours des années récentes (figure 8) : le budget global des hôpitaux publics¹⁷ déflaté par le prix du PIB, a augmenté en moyenne de 2,6 % par an de 1997 à 2003. Au cours des années 2002 et 2003 cette augmentation a été portée à 3,4 %, mais l'hôpital a du absorber au même moment les coûts liés aux 35 heures.

Figure 8 Budget global des hôpitaux déflaté par le prix du PIB et taux de croissance annuel



Source : Comptes de la santé et calcul des auteurs

Ceux-ci représente environ 4 % du budget des hôpitaux si l'on considère que les 35 heures n'ont pas eu d'impact sur les médecins (10 % des effectifs), que la durée du travail des autres personnels soignants a diminué en moyenne de 9,7 %¹⁸ sans gains de productivité horaire et que la baisse de la durée du travail des autres personnels techniques et administratifs a pu être réalisée avec des gains de productivité horaire compensant les effets de la moitié de la baisse du temps de travail. On peut d'autre part supposer que le coût de la mise en place des 35 heures à été étalé dans le temps : une partie des embauches de 2001 (en équivalent temps plein, le nombre d'infirmiers et d'infirmière a augmenté de 3,1 % relativement à 2000, celui de l'ensemble des

17. Y compris les hôpitaux privés participant au service public hospitalier (PSPH) sous dotation globale.

18. Voir Frédéric Bousquet, « La mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière », *Etudes et résultats*, n° 224, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, DREES, mars 2003.

personnels de soins non médicaux de 2,4 et celui des personnels techniques et administratifs de 1,2) anticipant vraisemblablement le passage au 35 heures en janvier 2002, le coût a pu être réparti au moins sur les trois années 2001, 2002 et 2003. En valeur, le budget 2003 ayant augmenté de 15,5 % entre 2003 et 2000, on peut donc considérer que les 35 heures ont absorbé environ un quart de cette hausse (4/15,5). Finalement, corrigé de l'effet de la réduction du temps de travail, les dépenses des hôpitaux auraient donc continué à croître de 2001 à 2003, de 1,8 % par an en moyenne, à prix du PIB constant.

Les restructurations hospitalières des années passées apparaissent donc plus relever d'une nécessaire adaptation aux évolutions des techniques médicales et de la démographie, que d'un ajustement à des contraintes budgétaires fortes. La planification de l'offre hospitalière doit refléter l'évolution des besoins de soins de la population. Cette tâche incombe aux Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) qui déterminent les besoins en lits et en places en fonction, pour l'essentiel, de variables démographiques. Les travaux de ces agences montrent que les capacités hospitalières restent globalement excédentaires, mais que l'excédent a été très fortement réduit au cours du temps et qu'il est en 2003 inférieur à 10 % (tableau 4). Ce resserrement entre capacités globales et « besoins » rend l'exercice de planification de plus en plus délicat. A partir du moment où l'on s'approche de la pleine utilisation des capacités disponibles le risque de pénuries locales devient important, et la redistribution des moyens sur le territoire, ou même au sein d'un hôpital entre les différents services, une nécessité absolue.

On peut signaler deux postes spécifiques pour lesquels les contraintes budgétaires risquent de devenir trop fortes :

— Les médicaments, car le prix des produits réservés à la seule délivrance hospitalière, augmentent considérablement. Entre 1997 et 2002 par exemple, l'indice du prix des médicaments de chimiothérapie a été multiplié par deux (100% de hausse en 5 ans donc¹⁹). Avec d'ailleurs de grandes disparités dans les prix d'achat négociés, selon que les pharmacies hospitalières appartiennent à des CHU, à des hôpitaux généraux, à des cliniques mutualistes ou des à cliniques privées — les pharmaciens des cliniques

19. Jean Delorme, Laëtitia Malavolti, Jean-Paul Moatti, Alain Paraponaris, « Price Of anticancer Drugs. A Hedonic Approach For Transactions of South-Eastern France Hospitals », 1997-2000, *mimeo*, INSERM U 379.

privées à but lucratif font les moins bons négociateurs ; à noter qu'ils bénéficient d'un remboursement automatique de l'assurance maladie, au prix payé (à « l'acte »). La rationalisation des achats pourrait permettre d'endiguer une partie des conséquences de ces hausses de prix, mais probablement pas l'intégralité.

— Les moyens d'accueil des services d'urgences qui sont manifestement sous tension ; les admissions ayant augmenté au rythme de 10% par ans entre 2000 et 2003. En l'état actuel de l'organisation du travail hospitalier, et compte tenu des directives européennes en matière de récupération du travail de nuit, les listes de garde sont impossibles à boucler dans bons nombres d'hôpitaux généraux (sans internes réguliers, sans équipes médicales suffisamment dimensionnées pour faire tourner une liste permettant un nombre de gardes de nuit inférieur à 6 par mois) ; les directives ne sont pas appliquées. Ce point implique des réorganisations pour répondre à une modification du mode de recours aux soins des français²⁰. Celles-ci doivent bien évidemment être coordonnées avec la réforme de la médecine libérale.

Si la contrainte globale qui pèse sur les hôpitaux n'est pas forcément excessive, il faut donc envisager de fortes réallocations entre services et parfois même encore entre hôpitaux.

Or, le système de financement de l'hôpital qui s'appuie sur la dotation de budgets globaux est peu propice à ce type d'évolution puisqu'il favorise au contraire le maintien des situations acquises. L'adoption d'un nouveau système de tarification à la pathologie prévu par le plan « hôpital 2007 » devrait à long terme favoriser ces adaptations. Mais l'essentiel de la résorption des surcapacités ayant été réalisé, les économies possibles à l'avenir du côté de l'hôpital sont donc certainement très réduites.

20. Dans les 10 % de hausse entre 2000 et 2003, on peut considérer qu'une part est liée à l'accession des plus démunis à la CMU auparavant « privés de soins » pour raison financière, cette population, faute de médecin généraliste de référence, recourant plus systématiquement aux urgences. Voir Paraponaris et alii, « Enseignements d'une enquête dans un service d'urgences d'un centre hospitalier régional universitaire », *Presse médicale*, 2004 n° 33. Une autre part de la hausse est beaucoup plus structurelle, liée aux défaillances des gardes en médecine libérale, liée aussi à des phénomènes consuméristes en matière de santé et sans doute enfin à l'individualisation de la société, qui conduit à recourir directement à l'avis médical, sans consultation préalable de tiers référents en famille ou au voisinage.

Tableau 5 : Besoins de lits et capacités hospitalières en 1994 et 2003

	1994			2003			Evolution 1994-2003	
	Besoins théoriques	Capacités autorisées	Capacités /Besoins	Besoins théoriques	Capacités autorisées	Capacités /Besoins	Besoins théoriques	Capacités autorisées
Provence-Alpes-Côtes d'Azur	17 364	25 046	44,2 %	19 069	22 121	16,0 %	9,8 %	- 11,7 %
Corse	1 225	1 650	34,7 %	1 170	1 371	17,2 %	- 4,5 %	- 16,9 %
Ile de France	47 239	59 572	26,1 %	43 841	48 241	10,0 %	- 7,2 %	- 19,0 %
Midi Pyrénées	10 319	12 840	24,4 %	10 660	11 761	10,3 %	3,3 %	- 8,4 %
Basse Normandie	6 255	7 624	21,9 %	6 181	6 629	7,2 %	- 1,2 %	- 13,1 %
Alsace	7 681	9 266	20,6 %	7 259	8 462	16,6 %	- 5,5 %	- 8,7 %
Rhône-Alpes	22 586	27 161	20,3 %	22 238	24 675	11,0 %	- 1,5 %	- 9,2 %
Limousin	3 383	4 059	20,0 %	3 153	3 767	19,5 %	- 6,8 %	- 7,2 %
Languedoc Roussillon	9 996	11 810	18,1 %	9 547	10 214	7,0 %	- 4,5 %	- 13,5 %
Haute Normandie	6 610	7 777	17,7 %	6 625	7 075	6,8 %	0,2 %	- 9,0 %
Bourgogne	7 384	8 686	17,6 %	6 883	7 624	10,8 %	- 6,8 %	- 12,2 %
Poitou-Charentes	5 859	6 805	16,1 %	6 120	6 300	2,9 %	4,5 %	- 7,4 %
Lorraine	11 180	12 962	15,9 %	9 275	11 686	26,0 %	- 17,0 %	- 9,8 %
Picardie	7 042	8 130	15,5 %	7 411	7 557	2,0 %	5,2 %	- 7,0 %
Auvergne	5 722	6 587	15,1 %	5 695	6 226	9,3 %	- 0,5 %	- 5,5 %
Franche Comté	4 869	5 534	13,7 %	4 802	5 017	4,5 %	- 1,4 %	- 9,3 %
Champagne-Ardenne	6 019	6 818	13,3 %	5 929	6 243	5,3 %	- 1,5 %	- 8,4 %
Aquitaine	12 791	14 426	12,8 %	12 216	13 479	10,3 %	- 4,5 %	- 6,6 %
Nord Pas de Calais	16 322	18 182	11,4 %	16 508	16 770	1,6 %	1,1 %	- 7,8 %
Pays de la Loire	12 897	14 082	9,2 %	11 717	12 519	6,8 %	- 9,1 %	- 11,1 %
Centre	9 855	10 590	7,5 %	9 298	9 761	5,0 %	- 5,7 %	- 7,8 %
Bretagne	11 710	12 445	6,3 %	12 103	12 465	3,0 %	3,4 %	0,2 %
TOTAL	244 308	292 052	19,5 %	237 700	259 963	9,4 %	- 2,7 %	- 11,0 %

Source : *Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2004, annexe B1.*

Les dépenses de ville

L'évolution de la part de la médecine de ville dans les dépenses de santé reflète évidemment les mêmes effets du progrès des techniques médicales que ceux qui sont mis en évidence par l'étude de l'évolution des dépenses hospitalières. La réduction de la part de l'hospitalisation dans les soins a pour contrepartie une augmentation plus rapide des dépenses réalisées en ville (tableau 6). En 20 ans, de 1982 à 2002, la part des dépenses hospitalières a ainsi diminué de 10 points dans le total de la consommation de soins et de biens médicaux au profit de la part des dépenses réalisées en ville.

Tableau 6 : Décomposition de la consommation totale de soins et de biens médicaux

En %	1977	1982	1987	1992	1997	2002
1. SOINS HOSPITALIERS	52,9	54,9	51,3	48,6	48,9	44,9
2. SOINS AMBULATOIRES	25,3	23,8	27,0	27,6	26,5	26,6
Dont Médecins	12,5	11,3	12,5	12,8	12,8	12,4
Auxiliaires Médicaux	3,5	3,3	4,4	5,1	5,1	5,5
Dentistes	5,9	6,0	6,4	6,1	5,7	5,5
Analyses	2,4	2,3	2,6	2,6	2,2	2,4
Cures Thermales	1,1	0,9	1,0	0,9	0,8	0,7
3. TRANSPORTS DE MALADES	0,9	1,1	1,3	1,4	1,3	1,6
4. MEDICAMENTS	18,0	17,3	17,4	18,4	18,9	21,0
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	2,9	2,9	3,1	4,1	4,4	5,9
Dont : Optique	2,0	2,0	1,9	2,5	2,4	2,8
Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés	0,7	0,8	1,0	1,4	1,3	1,5
Petits matériels et pansements	0,2	0,2	0,2	0,2	0,7	1,7

Source : Comptes de la santé.

Cette augmentation de la part de la ville s'accompagne d'une déformation des structures des dépenses ambulatoires qui met bien en évidence les changements liés au recul de l'hôpital et à l'extension des pathologies chroniques liées au vieillissement qui entraînent un suivi long et régulier des patients par les médecins de ville. La part de dépenses consacrées à la rémunération des médecins est stable, celles des dentistes diminue, alors que celle des auxiliaires médicaux, des transports de malades, des autres biens médicaux et de médicaments augmentent.

La question posée pour l'avenir est de savoir si ces évolutions vont se poursuivre et s'il faut s'attendre à une progression toujours aussi rapide des dépenses, sous l'effet du déplacement de l'hôpital vers la ville, ou si l'essentiel des changements à l'hôpital étant déjà intervenus, la croissance de certaines dépenses va pouvoir ralentir (en particulier pour les autres biens médicaux dont la croissance a été extrêmement rapide depuis le début des années quatre-vingt). La fin des restructurations hospitalières permet de pencher pour la seconde hypothèse. Mais il n'existe pas de travaux qui permettent d'étayer solidement les perspectives d'évolution du volume et des structures des dépenses de ville.

L'autre question, souvent posée, à propos de l'avenir de la médecine ambulatoire (et aussi de la médecine hospitalière) est relative à la démographie des médecins. Cette

question est aujourd'hui très bien documentée²¹ et de nombreux travaux montrent que le problème principal est celui de la grande hétérogénéité des densités médicales sur le territoire (de 67,5 médecins généralistes pour 100 000 habitants en Seine Saint Denis à 136,8 dans les Hautes Alpes, pour une moyenne nationale de 92,2). D'ici 2010 la réduction de la densité médicale moyenne dans l'hypothèse d'une stabilité du numerus clausus (4700 par an) serait d'environ 6 % et de 24 % en 2020. Avec une hypothèse plus réaliste de remontée à 8000 du numerus clausus, la baisse de la densité médicale en 2020 ne serait plus que de 12 %. En tout état de cause cette variation de la densité médicale est très inférieure aux écarts que l'on peut observer aujourd'hui entre régions. D'autre part, il est très difficile de déterminer l'impact de la densité médicale sur l'efficacité du système de soins²², dont les modes d'organisations dépendent par contre assez nettement. Ainsi, en France, la moindre densité médicale libérale du nord de la Loire conduit à un recours plus important à l'hôpital, alors que les système de santé du Midi reposent plus sur la médecine de ville et les cliniques privées²³. La seule chose que l'on puisse dire avec certitude à propos de l'évolution de la densité médicale est donc qu'elle devrait impliquer des changements dans la répartition territoriale des médecins et les modes d'organisation des systèmes de soins. Mais, bien entendu, on peut également déduire des perspectives d'évolution de la densité médicale qu'elle ne sera pas à l'avenir un facteur d'inflation de la dépense de service de santé.

Les dépenses de médicaments

La consommation de médicaments a constitué un des postes les plus dynamiques de dépenses de soins au cours des années récentes. Depuis le début des années 2000, elle augmente nettement plus vite que le montant des honoraires des médecins (figure 9). Le poids des ordonnances est donc de plus en plus lourd. Pour une part, cette augmentation des dépenses de médicament est un élément du progrès des techniques médicales. Le poids du médicament au cours des dernières années s'accroît d'ailleurs autant à l'hôpital qu'en ville. Mais, pour une autre part, elle résulte de la stratégie des laboratoires pour augmenter le montant de leurs ventes. La pression commerciale des laboratoires pharmaceutiques est en effet très forte : 24 000 visiteurs médicaux (soit 1 pour 3 médecins généralistes) et 20 000 € de dépenses de promotion par praticien et par an²⁴. Il est très difficile de séparer ces deux

21. Voir notamment la synthèse du rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

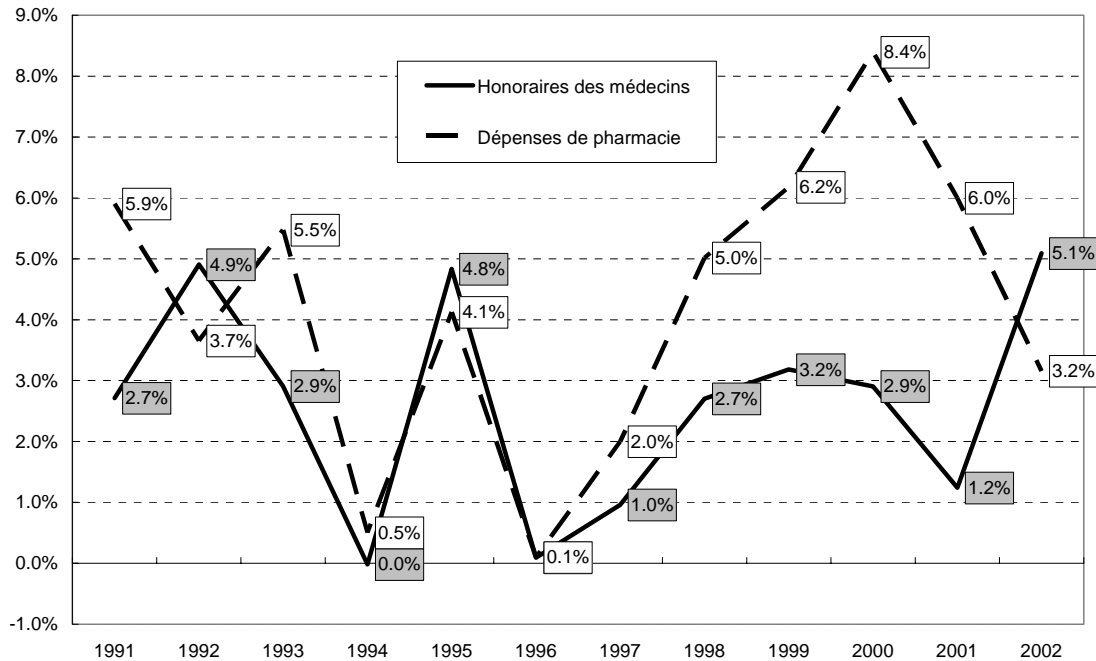
22. Voir la synthèse du colloque « Les besoins en médecins : état des connaissances et pistes de recherche » organisé par la CnamTs et le Credes, CREDES, *Questions d'économie de la santé*, n° 35, mars 2001.

23. Voir Didier Balsan, « Les disparités interrégionales des dépenses de santé », *Etudes et résultats*, n° 95, décembre 2000, Ministère de l'emploi et de la solidarité, DREES.

24. Voir le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

causes de croissance de la consommation de produits pharmaceutiques car les données scientifiques ne permettent pas toujours de tracer une frontière nette entre les bons et les moins bons médicaments, pas plus qu'entre les bons et les mauvais usages.

Figure 9 : Taux de croissance des honoraires des médecins et des dépenses de pharmacie (déflatés par l'indice de prix du PIB)



Source : Comptes de la santé.

Une étude de la DREES²⁵, a ainsi montré que dans le cas des anti-acides et des anti-ulcéreux, la très forte croissance des dépenses au cours des vingt dernières années (la part du chiffre d'affaire de ces produits a doublé passant de 2,3 % du marché total du médicament en 1980 à 5,3 en 2000) est imputable à la fois au progrès médical réel qu'a représenté la mise sur le marché des dernières générations de produits dont l'efficacité dans le traitement des ulcères est incontestée, et à la généralisation des prescriptions de ces produits pour le traitement de pathologies plus bénignes qui ne justifient pas toujours leur utilisation.

La régulation du marché du médicament est, en conséquence du flou qui entoure la définition de l'efficacité et du bon usage des produits (un produit efficace et cher peu être moins adapté qu'un produit moins efficace et moins cher dans certains usages), très complexe. En France, le régulateur met traditionnellement l'accent sur le contrôle des prix. Apparemment avec succès, puisque le prix relatif des médicaments diminue régulièrement. Toutefois, cette évolution des prix apparents peut masquer le contournement de la

25. Didier Balsan et Sandrine Chambaretaud, « Les ventes d'anti-acides et d'anti-ulcéreux depuis 20 ans », DREES, *Dossiers solidarité et santé*, n°2, avril-juin 2002.

contrainte par les laboratoires qui multiplient les innovations de forme et incitent au déplacement de la consommation des produits les moins chers vers les produits les plus chers. Ainsi en 2002, les ventes de « boîtes de médicaments »²⁶ ont augmenté de 1,8 % alors que le chiffre d'affaire des médicaments admis au remboursement a crû de 4,8 %. La hausse de la valeur des ventes peut se décomposer de la manière suivante²⁷ :

+ 4,8 % = + 4,4 % imputable à l'augmentation des « volumes » des présentations existantes
– 1,7 % imputable aux prix des présentations existantes
+ 2,1 % imputable aux ventes de « nouvelles » présentations (i.e. dont les ventes étaient nulles en 2001).

La baisse des prix (– 1,7 %) est donc largement compensée par le transfert de la consommation vers des produits plus chers et l'apparition de nouvelles spécialités. Ce résultat met bien en évidence les limites de la régulation par les prix.

Depuis plusieurs années la régulation a évolué dans un sens moins restrictif sur les prix. Les accords passés avec l'industrie pharmaceutique prévoient, via des mécanismes complexes, des remises de fins d'années des laboratoires à la Sécurité sociale, lorsque le total des ventes dépasse un taux de croissance convenu à l'avance²⁸. Cette orientation devrait permettre le rapprochement des prix français des prix internationaux (en général plus élevés) en évitant un trop fort dérapage des dépenses. Il est peu probable, qu'en l'absence d'une action plus structurelle sur les conditions de la prescription, elle permette une maîtrise complète de la croissance de ces dépenses. L'incertitude sur son évolution est sans doute celle qui contribue aujourd'hui le plus à l'incertitude sur la croissance future du total de la dépense de santé.

4. La question du financement de la croissance des dépenses de santé

Le déficit courant de l'assurance maladie représente actuellement presque 0,7 point de PIB. Ce déficit résulte, comme on le verra, du décalage entre l'augmentation des taux de prélèvement et celle de la part dans le PIB des dépenses de soins remboursés. Sa nature structurelle implique que des mesures soient mises en œuvre à court terme pour rétablir

26. Il s'agit des dénombrements de ventes de médicaments admis au remboursement enregistrés par la CnamTs (source : fichier MEDICAM). Cet indicateur physique est évidemment très frustré puisqu'il s'appuie sur une somme de produits incommensurables.

27. Calculs réalisés à partir des données de la CnamTs (fichier MEDICAM).

28. Voir l'accord cadre 2003-2006 entre l'industrie pharmaceutique et le comité économique des produits de santé.

l'équilibre des comptes. Cette question doit être distinguée de celle de la régulation macroéconomique. L'accumulation de déficits au sein des régimes sociaux du fait d'un décalage structurel entre croissance des dépenses et des recettes n'est pas en effet justifiable car elle entraîne, outre l'augmentation des charges financières des régimes, le brouillage du débat sur l'organisation souhaitable des systèmes. Si l'on considère, par ailleurs, que la conjoncture macroéconomique justifie le creusement du déficit public, il est plus avisé de transférer celui des comptes sociaux à la charge de l'État qui a pour mission de gérer la politique économique générale.

Des réformes structurelles doivent bien entendu être mises en œuvre pour assurer une meilleure allocation des ressources à moyen long terme. Compte tenu de l'ampleur de l'effort nécessaire, quantifié plus haut, et des délais de mise-en-œuvre de ce type d'action, il semble irréaliste de fonder sur ces seules politiques le rétablissement des équilibres financiers de l'assurance maladie. Enfin, il est très possible que l'on surestime les marges d'amélioration de l'efficacité d'un système dont il reste très difficile d'analyser les performances, en raison de la complexité des questions posées qui mêlent la recherche de l'efficacité, sans aucun rationnement, sous des contraintes très fortes d'équité et d'éthique. Dans tous les cas, il semble donc raisonnable d'au moins solder les comptes actuels de l'assurance maladie en lui apportant un financement supplémentaire qui devrait logiquement s'appuyer sur la CSG. D'autres mesures de court terme sont également envisageables qui s'appuient toutes sur la baisse des taux de remboursements de l'assurance publique. Mais pour éviter qu'elles n'entraînent l'accroissement des inégalités, ou des effets indésirables sur la santé publique en conduisant à un rationnement irrationnel des soins, elles doivent être soigneusement étudiées dans le cadre de la réforme structurelle. Leur mise en place rapide est donc difficilement envisageable.

1. Le déficit de l'assurance maladie a aujourd'hui un caractère nettement structurel.

Le déficit de l'assurance maladie devrait atteindre près de 13 milliards d'euro en 2004, soit presque 0,7 point de PIB. Celui-ci ne représentait qu'un peu plus de 0,1 point de PIB en 2000. Le creusement rapide du déficit peut laisser penser qu'il résulte principalement du déficit de croissance des dernières années. Toutefois, l'examen de l'évolution des recettes et des dépenses sur plus longue période conduit à considérer, à l'inverse, que la composante structurelle du déficit est tout à fait

dominante. Séparer dans les évolutions observées du solde des comptes sociaux (ou des comptes publics en général) ce qui est imputable aux évolutions structurelles de ce qui est imputable à la conjoncture économique est toujours un exercice difficile qui repose sur un certain nombre d'hypothèses conventionnelles. Il faut en effet déterminer l'évolution spontanée des recettes et des dépenses sous l'hypothèse d'une croissance économique régulière correspondant au potentiel du pays. Or en dehors des situations de plein emploi, cette croissance potentielle de l'économie est très largement indéterminée. Toutefois, s'agissant des dépenses de santé, le choix du taux de croissance de référence de l'économie est secondaire si l'on retient l'hypothèse d'une relation assez forte entre croissance des dépenses et augmentation de la richesse nationale (cf. supra). Dans ce cas en effet, une accélération, ou un freinage, de la croissance économique ne modifie pas la tendance de l'évolution du ratio dépense/PIB. Seuls des décalages de courtes périodes peuvent affecter sa trajectoire. En conséquence, à moyen long terme le niveau de la dépense dans le PIB dépend uniquement de tendances autonomes démographiques (vieillesse) ou technique (augmentation tendancielle de l'écart entre croissance de la dépense par habitant et croissance du PIB). Dès lors, si le taux de prélèvement s'ajuste convenablement au niveau de la part des dépenses dans le PIB, aucun déficit ne peut perdurer à moyen terme. Seuls des écarts conjoncturels des dépenses et des recettes peuvent apparaître du fait de décalages dans les ajustements des dépenses au PIB et des taux de prélèvement à l'évolution du ratio dépenses/PIB. Si un déficit apparaît durablement, il résulte donc de l'insuffisance « structurelle » du taux de prélèvement.

Les évolutions observées au cours du cycle macroéconomique 1988-2003 mettent ceci bien en évidence. En 1988-89, l'assurance maladie était en quasi équilibre (excédent de 280 millions d'euro en 1988 et déficit de 390 millions en 1989). L'économie était au même moment en haut d'un cycle et elle allait ralentir à partir de 1990 jusqu'à la récession de 1993. Elle traversa ensuite quatre années de croissance lente (1,7 % en moyenne) puis trois ans de croissance forte de 1998 à 2000 (3,5 % en moyenne) avant de retomber en croissance faible et en quasi stagnation en 2003. Au total, la croissance moyenne des années 1988 à 2003 atteint à peine 2 %. Dans le même temps, les dépenses remboursées par la CnamTs ont

augmenté de 3,8 % en moyenne²⁹ et la part de ces dépenses dans le PIB a cru de 0,13 point par an, passant de 6,1 à 8 % en quinze ans. Or cette évolution correspond assez précisément à la tendance imputable aux facteurs non économiques de la croissance des dépenses de santé (démographie, tendance autonome). Le taux de prélèvement aurait donc du, quel que soit par ailleurs le niveau de la croissance économique s'ajuster à cette hausse de la dépense. On peut illustrer cette situation en calculant l'évolution du déficit de l'assurance maladie à partir de 1991 en supposant une croissance économique régulière de 2,5 % par an correspondant au potentiel de l'économie française³⁰. Les dépenses indexées sur le PIB, auraient connu une croissance plus rapide que celle qui a été observée. Il en aurait évidemment été de même pour les recettes. Pour ne pas imputer à la conjoncture les retards d'ajustement des taux de recettes relativement à leur tendance, l'évolution du taux de prélèvement doit également être lissé. De cette manière son évolution annuelle représente bien l'augmentation délibérée de longue période du financement. La différence entre les recettes et les dépenses virtuelles de l'assurance maladie lorsque l'économie suit un cheminement régulier est alors représentative du déficit structurel. Les écarts entre le déficit effectivement observé et ce déficit structurel sont quant à eux imputables à la conjoncture (ce qui inclut l'effet de la conjoncture sur les recettes et ceux des décalages de l'ajustement des dépenses à la croissance).

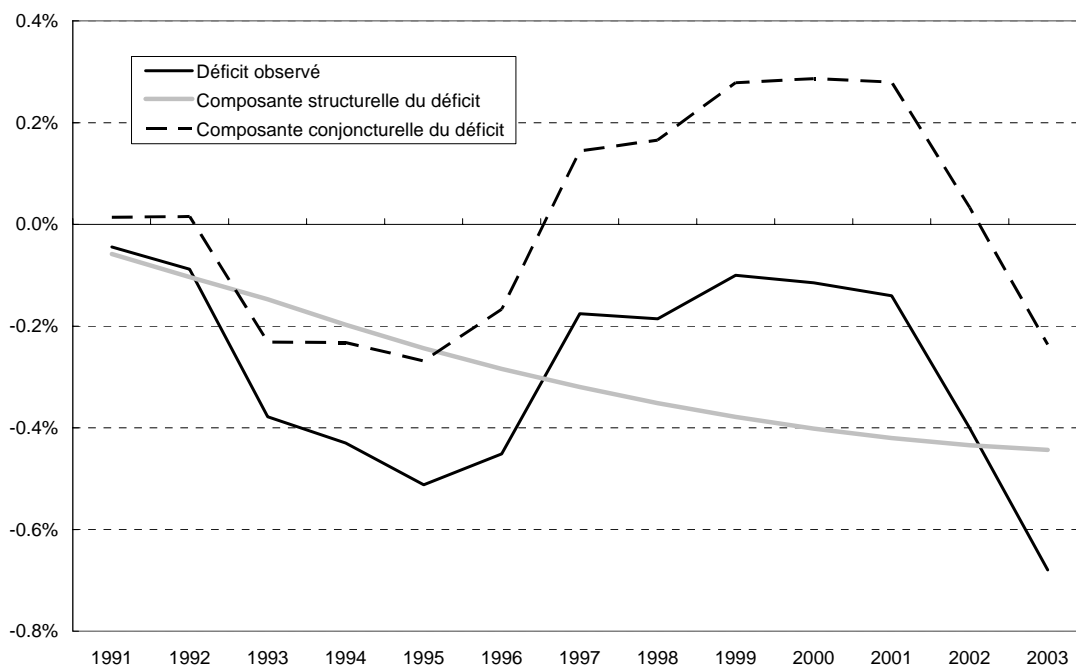
Cette décomposition de l'évolution du déficit observé en part structurelle et conjoncturelle (graphique 8), met clairement en évidence l'insuffisance d'ajustement du taux de prélèvement qui est la cause principale du déficit en 2003. Pour cette année, on peut en effet considérer qu'un peu plus des deux tiers du déficit (0,5 point de PIB sur 0,7 ou encore 9 milliards d'euros sur 12) sont imputable à la composante structurelle.

La conjoncture a contribué, quant à elle, à creuser le déficit au-delà de sa tendance dans un premier temps (de 1993 à 1997) avant de masquer son aggravation pendant les années de forte croissance de 1999 à 2000.

29. le champ de la CnamTs est plus réduit que celui de l'assurance maladie dans son ensemble et ses dépenses croissent, pour des raisons démographiques, plus rapidement que la moyenne

30. La croissance potentielle est très difficile à estimer et selon les hypothèses retenues elle varie assez fortement de 2 à 3 % par an. Ici nous n'avons retenu qu'une hypothèse car le lien entre dépenses de santé et Pib est tel que la décomposition du déficit entre composante structurelle et conjoncturelle dépend très peu du niveau de la croissance potentielle.

Figure 10 : Déficit structurel de la CNAMTs, déficit observé et contribution de la conjoncture (en point de PIB)



Source : Comptes de la Sécurité sociale, calculs des auteurs.

L'évolution de la contribution de la conjoncture au déficit de la CnamTs, suit parfaitement les évolutions macroéconomiques. En début de période, le déficit est à peu près nul car on sort d'un haut de cycle et que le niveau du taux de prélèvement est correctement ajusté. La récession de 1993 conduit à une forte dégradation car les dépenses ne ralentissent pas immédiatement et le déficit devient supérieur à son niveau structurel. À partir de 1997, la reprise économique compense entièrement les évolutions antérieures, et le déficit se réduit à la fois du fait de la hausse induite des recettes et de la poursuite de l'ajustement à la baisse des dépenses. Jusqu'en 2000, le déficit se maintient à niveau faible (autour de 0,1 point de PIB) toujours sous l'effet du retard du redémarrage des dépenses et du maintien de recettes élevées. À partir de cette date le déficit se creuse rapidement sous l'effet du nouvel ajustement retardé des dépenses, en hausse cette fois, alors que les recettes ralentissent. En 2003, la conjoncture aurait un impact important, mais minoritaire sur le déficit (de l'ordre de 0,2 point de PIB).

Ce diagnostic sur les causes des difficultés financières de l'assurance maladie, qui impute à une croissance structurellement insuffisante des recettes la formation du déficit, indique assez nettement le sens de l'action envisageable à court terme : la hausse des prélèvements paraît incontournable. Cette conclusion relève de la tautologie : si les

français désirent dépenser davantage pour leur santé il faut bien que, d'une façon ou d'une autre, ils en assurent le financement.

2. Augmenter la CSG ?

Même si elle a ralenti, la croissance de la part des dépenses de santé dans la consommation des ménages ne s'est pas interrompue au cours des dix dernières années et les perspectives que l'on peut tracer pour les années 2005-2020 ne devraient pas remettre en cause cette évolution qui s'observe dans tous les pays du monde. L'ampleur de la dérive des dépenses de santé est de l'ordre de 0,1 à 0,15 point de PIB par an. A taux de prélèvement constant il faut donc s'attendre à un déficit de l'ordre d'un point de PIB tous les sept ou dix ans. Jusqu'à présent, le financement de cette hausse de la part des dépenses dans la consommation n'a jamais été programmé. En période de haute conjoncture, le niveau élevé des recettes permet de se contenter de transferts financiers ou de modification des taux des recettes secondaires (tabac, alcool, taxe sur les assurances, etc...) pour assurer l'équilibre du régime. En basse conjoncture, l'affaiblissement des recettes s'ajoute au déficit structurel pour créer une situation de crise qui appelle la hausse du taux de la source de financement principal, les cotisations sociales sur les salaires, la CSG aujourd'hui. La dramatisation de cet ajustement s'accompagne alors de l'idée que cette hausse subie doit être la dernière.

Sans doute serait-il utile d'intégrer dans les débats sur l'avenir de l'assurance maladie, une réflexion sur les moyens permettant d'assurer une croissance régulière des recettes qui garantissent, en moyenne, l'équilibre du régime. Cette croissance nécessaire des recettes est, comme on l'a vu, structurellement supérieure à celle de l'assiette des prélèvements, du moins pour les dix ou vingt ans à venir. En conséquence, il serait logique d'annoncer à l'avance que le taux du prélèvement sera régulièrement augmenté, quelle que soit par ailleurs la situation conjoncturelle, pour que le solde structurel du régime ne s'éloigne jamais beaucoup de l'équilibre.

Dans le passé, lorsque le financement de l'assurance maladie reposait exclusivement sur les salaires, une hausse continue du taux de prélèvement pouvait avoir des conséquences macroéconomiquement néfastes et socialement contestables. Le coût du travail pouvait, en effet, s'en trouver augmenté au-delà de ce qui était souhaitable pour la croissance économique et l'emploi. L'augmentation des cotisations pesant sur les seuls salariés, alors que la hausse des dépenses était le fait de l'ensemble de la population, contribuait aussi à une redistribution des revenus mal maîtrisée ; les

retraités, dont les prestations étaient indexées sur les salaires bruts et qui étaient exonérés de cotisations maladie bénéficiaient ainsi de transferts, acceptés en un temps où leurs revenus étaient faibles, mais sans justification quant à la modalité de cette redistribution.

Depuis la mise en place de la CSG, qui constitue aujourd'hui la recette structurelle principale de l'assurance maladie, la situation a été radicalement changée. La hausse du taux de prélèvement n'a aujourd'hui aucune raison d'être répercutée dans le coût du travail. La CSG étant un impôt assis sur tous les revenus, dont le taux est décidé par la puissance publique, n'est pas plus pris en compte dans les débats entre partenaires sociaux que ne l'est le taux de l'impôt sur le revenu. Une hausse de son taux pour l'ensemble des revenus est d'autre part neutre du point de vue de la répartition secondaire. Les motifs qui conduisaient à redouter une hausse de fiscalité, destinée par ailleurs à financer une augmentation de la consommation des ménages, ont donc largement disparus.

Le seul argument opposable à une hausse de la CSG est aujourd'hui relatif à la crédibilité des réformes microéconomiques nécessaires dans le secteur de la santé. Annoncer à l'avance que l'État augmentera régulièrement les prélèvements pourrait en effet dissuader les efforts de rationalisation de la part des acteurs du système de santé et renforcer les comportements opportunistes à la fois des patients et des prestataires de soins. Mais, alors qu'il existe des raisons de fond qui justifient la permanence d'une augmentation des dépenses plus rapide que celle des recettes (vieillesse de la population, forte demande pour des soins surs et de qualité, traitements nouveaux à la fois plus efficaces et plus « confortables », etc...), il n'est pas certain que la crédibilité de l'intervention publique sorte renforcée de l'affirmation de la volonté « inflexible » de maîtriser les dépenses et de ne plus jamais augmenter les taux de prélèvement. Au contraire, inspirés par les nombreux exemples passés, les acteurs peuvent considérer que la crédibilité de la politique annoncée est faible et qu'il n'est pas nécessaire d'accomplir les efforts susceptibles d'améliorer l'efficacité de la dépense. L'exécution des lois de financement de la Sécurité sociale fournit un bon exemple des risques associés à l'affirmation d'une contrainte financière trop forte : après une période de deux ans marquée par l'effet du choc « psychologique » de l'introduction de l'ONDAM, les dépenses effectives ont systématiquement excédé et de beaucoup, les objectifs fixés alors que les quelques éléments de réforme structurelle envisagés (substitution par des

médicaments génériques, introduction du médecin référent, développement des réseaux de soins, etc...) étaient abandonnés ou se mettaient en place très difficilement. On peut évidemment considérer que cette situation a aussi résulté de l'abandon, juridiquement contraint, des mesures de sanction prévues par la loi et qui n'ont jamais pu être appliquées. Il est en effet certain qu'une réforme contraignante dans les faits aurait pu conduire à une inflexion plus durable de la croissance des dépenses. Mais le rejet des solutions radicales, indique aussi que dans le champ des réformes envisageables, la coopération des acteurs est indispensable. Il est vraisemblable que leur adhésion à la réforme implique un programme crédible de dépenses auquel doit correspondre une perspective de financement réaliste.

Dès lors la programmation des hausses nécessaires du taux de prélèvement pourrait être un élément d'une réforme d'ensemble qui soit crédible à la fois du point de vue de l'équilibre financier du régime et du point de vue des réformes microéconomiques souhaitables.

En 2004, compte tenu des dérives passées, une augmentation d'un point de la CSG semble justifiée compte tenu de la nature structurelle du déficit. En apportant environ 9 milliards d'euros de recettes supplémentaires à l'assurance maladie cette augmentation ne comblerait que les deux tiers du déficit effectif, qui pourrait atteindre 13 milliards. Mais il faut aussi tenir compte de ce que la conjoncture macroéconomique reste défavorable et qu'une reprise plus vigoureuse en 2005 devrait apporter spontanément des recettes supplémentaires. D'autre part, l'acceptation d'une augmentation du taux de prélèvement n'implique pas le renoncement aux réformes et aux économies de dépenses, et il faut que l'objectif futur de dépenses tienne compte de leurs effets. Ne pas financer l'intégralité du déficit par une hausse du taux de prélèvement indique clairement que des efforts microéconomiques doivent être réalisés. Pour les années suivantes, la dérive spontanée des dépenses étant de 0,1 à 0,15 point de PIB, une augmentation de la CSG de 0,1 point annoncée dès maintenant, indiquerait selon le même raisonnement que l'objectif de dépenses retenu est réaliste tout en impliquant la mise-en-œuvre effective de réformes économes. Bien entendu, l'observation continue de la tendance de la croissance de la dépense (corrigée des effets de la démographie et de la croissance de la richesse nationale) et de la mise en place des réformes devrait conduire à réviser régulièrement l'objectif de hausse du taux de prélèvement. Une inflexion à la baisse viendrait sanctionner les gains d'efficacité du

système, alors que la situation inverse mettrait nettement en évidence ce que l'on pourrait alors qualifier sans ambiguïté de dérapage, justifiant éventuellement la mise en œuvre de réformes plus contraignantes.

La hausse de la CSG et sa programmation peuvent toutefois être en contradiction avec les nécessités de la régulation macroéconomique. En 2004 en particulier, elle viendrait amputer le revenu des ménages alors que la consolidation de la reprise implique le redémarrage de la consommation et de la demande interne. Cet argument ne devrait toutefois pas conduire à renoncer au rééquilibrage financier de l'assurance maladie. Cette dernière joue en effet son rôle dans la stabilisation économique quand son déficit est imputable à la seule conjoncture. Par contre lorsque ce déficit résulte, comme c'est le cas aujourd'hui pour l'essentiel, d'une insuffisance structurelle des recettes, il n'est pas possible de le laisser perdurer. D'une part parce que les dépenses de santé sont des dépenses courantes³¹ qui doivent être financées immédiatement et, d'autre part, parce que la lisibilité de la gestion du secteur de la santé implique l'affichage de son coût réel.

La combinaison d'une situation macroéconomique dégradée et de difficultés dans le financement de l'assurance maladie ne doit pas conduire à la confusion des instruments et des objectifs. L'objectif d'une bonne gestion de l'assurance maladie implique une hausse de ses ressources alors que la situation conjoncturelle justifie le soutien de la demande intérieure. Il convient de trouver les instruments adaptés à ces deux situations. S'agissant du problème de l'assurance maladie, l'augmentation du taux de la CSG apparaît le bon instrument. Le soutien de la demande peut, quant à lui, s'appuyer soit une réduction des autres prélèvements ou sur un surcroît de dépenses publiques. Si le taux de la CSG est augmenté pour résoudre le problème de l'assurance maladie, et si l'on considère que l'équilibre des finances publiques avant la hausse de la CSG était adapté à la situation conjoncturelle la hausse de la CSG peut être décidée mais son application différée, les recettes correspondantes étant néanmoins transférées immédiatement à l'assurance maladie à partir d'un prélèvement sur l'État qui est l'agent central responsable de la régulation macroéconomique. Cette dernière possibilité

31. Dans les pays très peu développés, les dépenses de santé peuvent être assimilées à un investissement car une population en bon état de santé est une condition indispensable de la croissance. Dès lors il est possible de justifier un financement par emprunt d'une part de ces dépenses, l'amélioration de l'état de santé de la population permettant l'augmentation de la production et le remboursement des sommes initialement investies. Clairement il n'en va pas de même dans les pays développés où les dépenses assurent le seul maintien d'un bon état de santé et où il est peu vraisemblable que leur augmentation génère un surcroît de croissance.

pourrait même être systématisée, si l'on créait un taux d'appel de la CSG modulé en fonction de la conjoncture. En situation conjoncturelle dégradée, la CSG pourrait ainsi être réduite provisoirement, le manque à gagner pour l'assurance maladie étant pris en charge par l'Etat. Il n'y a donc pas, *in fine*, d'incompatibilité entre les exigences de soutien de la conjoncture et celles du financement de l'assurance maladie.

3. Diminuer les remboursements ?

La baisse des remboursements est le second moyen susceptible d'apporter rapidement une amélioration de la situation financière de l'assurance maladie. Jusqu'au Plan Juppé de 1995, qui fut le premier à ne pas y recourir, elle a d'ailleurs toujours constitué l'un des volets des réformes mises en œuvre dans le cadre des plans récurrents de réduction du déficit de l'assurance maladie.

S'il est difficile d'évaluer l'effet à long terme de la baisse des remboursements, il semble toutefois que l'impact de cette politique soit transitoire. Sur les huit plans concernant l'assurance maladie, mis en œuvre entre 1982 et 2003³², six s'appuyaient sur des réductions de dépenses et de prises en charge, alors qu'un (le plan Evin de 1988) était dépensier (avec de nombreuses exonérations de ticket modérateur) et un autre (le plan Juppé de 1995) consistait en une réforme structurelle et institutionnelle. Aucun de ces plans — ceux qui visaient à réaliser des économies par des déremboursements, celui qui proposait à l'inverse une hausse des prestations ou celui qui s'appuyait sur la réforme structurelle — ne semble avoir infléchi la tendance sous jacente des dépenses remboursées³³. Après la mise en œuvre de chacun de ces plans, on observe toujours une inflexion de la composante cyclique de l'évolution des dépenses qui produit des effets pendant quelques trimestres, mais sans impact sur la composante tendancielle des dépenses. Il n'est pas certain que les techniques utilisées (décomposition cycle tendance ou économétrie avec variables indicatrices) puissent rendre compte de l'influence effective à long terme des taux et du champ des remboursements, en particulier si, comme on peut le penser, la répétition des plans conduit à leur faire jouer un rôle structurel dans l'ajustement de la dépense au niveau de la richesse nationale. Il reste

32. 1982 : plan Bérégovoy (juillet et septembre) ; 1983 : plan Delors (mars et septembre) ; 1985 : plan Dufoix (mai et juin) ; 1986 : plan Seguin (novembre) ; 1988 : plan Evin (septembre) ; 1991 : plan Durieux (juillet) ; 1993 : plan Veil (août) ; 1995 : plan Juppé (novembre).

33. Voir Catherine Bac, Olivier Bontout et Fabrice Lenseigne, « Décomposition tendance-cycle : une application aux prestations sociales », Ministère de l'emploi et de la solidarité, DREES, *Document de travail, Collection études* N° 7, nov. 2000.

cependant qu'aucun plan n'aura permis, pas plus en France qu'à l'étranger, de limiter strictement la croissance des dépenses à celle du PIB et donc de stabiliser définitivement le taux de prélèvement. Cette observation résulte sans doute du fait que, pour une bonne part, la croissance des dépenses ne peut pas être évitée du fait de la pression des besoins (vieillesse notamment) et de la force de la demande. Depuis la dernière baisse importante des taux de remboursement institutionnels (1993-1994), on observe une hausse régulière du taux moyen apparent de remboursement (montant des dépenses remboursées par l'assurance maladie rapporté au total de la dépense). Cette évolution résulte à la fois de la croissance des dépenses liées à des traitements exonérés de ticket modérateur (affections de longue durée) et de la déformation des structures de consommation vers des produits plus chers et mieux remboursés. Seul le taux de remboursement des dentistes, qui était déjà très bas, reste orienté à la baisse (tableau 7).

Tableau 7 : Taux de remboursement apparent des dépenses de médecine de ville par l'assurance maladie

En %	1990	1993	1996	1999	2002
Taux moyen de remboursement	63,3	62,7	61,8	62,0	62,2
Dont Médecins	68,7	68,4	66,6	67,0	66,8
Dentistes	41,8	37,9	36,5	35,0	34,3
Auxiliaires médicaux	77,7	79,5	79,1	78,7	79,8
Pharmacie	60,6	60,2	59,5	60,9	63,5
Analyses	72,5	71,8	71,7	73,5	73,5
Autres biens médicaux (prothèses, matériel ...)	31,5	32,3	34,9	42,3	44,1

Source : Comptes de la santé, calculs des auteurs.

Pour avoir un impact significatif rapide sur le déficit, la baisse des taux de remboursement devrait être très importante : au moins 5 points pour représenter un peu plus du tiers du déficit de 2004. Une telle baisse réduirait immédiatement le déficit, mais elle n'entraînerait pas nécessairement une inflexion durable des dépenses.

Cette action ne peut pas se justifier en dehors d'une réflexion sur les réformes structurelles pour que la baisse des taux de remboursement ait un effet de long terme, sans remettre en cause les fondements de l'assurance maladie. Elle implique un travail complexe, et jusqu'à présent inabouti, de redéfinition du champ de l'assurance maladie. Que doit-on rembourser et à quel taux ? Cette question est loin de recevoir une réponse claire alors que le développement des maladies chroniques liées à l'âge ou au progrès

médicaux eux-mêmes (qui permettent des survies plus nombreuses, au prix de traitements plus ou moins continus), efface de plus en plus la frontière qui sépare le petit du grand risque. La réduction du champ du remboursement doit s'accompagner en conséquence d'exceptions qui rendent fort compliquée la redéfinition du panier de soins remboursables (voir infra).

De même, la baisse des taux de prise en charge a des conséquences négatives sur l'accès aux soins des plus démunis qui doivent être compensées par la mise en place de systèmes de redistributions supplémentaires.

Enfin, les changements de périmètre de l'assurance maladie et de ses taux de prise en charge doivent être réalisés de manière cohérente avec les autres éléments de la réforme structurelle. Si l'on met l'accent sur des changements de mode de rémunération de la médecine libérale (en instillant par exemple une part de rémunération à la capitation ou en réduisant le recours direct aux spécialistes) ou si l'on s'oriente vers une intégration de la production des soins et de la fonction d'assurance (du type du « Managed Care » à l'américaine), la baisse des taux de remboursement présente moins d'intérêt. De même si l'on met en place des systèmes d'information et d'action améliorant la qualité des prescriptions (Références médicales effectivement opposables) le taux de remboursement des médicaments devient une variable nettement moins centrale.

En général, la politique du remboursement ne peut pas être séparée des politiques de contrôle de l'offre et des actions qui visent à améliorer la qualité des soins. La redéfinition des taux de prise en charge doit découler de l'articulation générale de la réforme envisagée et elle ne peut donc pas être un élément central dans les rééquilibrages financiers de court terme.

Mais la baisse des taux de remboursement peut aussi être conçue, à court terme, comme un jeu à somme nulle pour les patients et pour les producteurs de soins. L'opération consiste alors en un transfert de charge entre l'assurance maladie publique (dont le financement est inclus dans le périmètre conventionnel des prélèvements obligatoires) et les assurances et mutuelles complémentaires³⁴. La baisse du taux de remboursement public a alors pour seul effet de limiter l'augmentation des prélèvements obligatoires. Ce serait le cas, par exemple, d'une

34. L'Ofce a déjà réalisé une étude des effets microéconomiques d'un tel transfert, pour la commission de finances de l'Assemblée nationale. Voir le dossier transmis à la Commission le 29 octobre 2003, Etude n°1 : Christine Delvallée et Bruno Ventelou, « Réduire le taux de remboursement de la Sécurité sociale : une simulation sur données d'enquête ».

baisse plus ou moins systématique des taux de prise en charge du médicament ou de la mise en place de franchises par boîte de médicament ou par année de soins. De nombreuses possibilités existent pour réduire la charge du remboursement public en transférant une partie aux assureurs complémentaires. *A priori*, dans ce schéma, il n’y a pas de réduction globale de la prise en charge : au lieu d’une hausse de CSG, le financement de la croissance des dépenses est réalisé par la hausse des cotisations mutualistes ou d’assurance complémentaire. La question qui se pose alors est celle des 10 % de français qui ne disposent pas de couverture complémentaire. Depuis la mise en place de la CMU, il s’agit pour l’essentiel de personnes à revenus modestes mais qui ne bénéficient pas de la solidarité nationale, qui ne travaillent pas dans des entreprises fournissant une garantie complémentaire professionnelle et dont les moyens sont trop faibles pour acheter une assurance volontaire. Il est possible de mettre en place un dispositif spécifique pour ces personnes par une aide à l’achat d’une couverture complémentaire.

Mais, pour être équitable et efficace cette aide devrait être importante et concerner au moins tous les titulaires de revenus moyens par unité de consommation inférieurs à 1,5 Smic.

Actuellement, un peu moins de 9 % des résidents ne disposent d’aucune couverture complémentaire. Ce taux de non couverture est très dépendant du revenu puisque ceux qui disposent de moins de 550 € de revenu mensuel par unité de consommation sont 15,7 % à ne pas être couverts alors qu’ils ne sont que 4 % parmi ceux dont le revenu est supérieur à 1300 €(tableau 8).

Tableau 8 : Bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé par niveau de revenu

En %			
Revenu mensuel par unité de consommation	Bénéficiaires		Sans couverture complémentaire
	d'une complémentaire privée	de la CMU	
Moins de 550 €	55,4	29,9	15,7
550 à 690 €	71,5	13,0	14,7
690 à 840 €	81,7	5,9	11,4
840 à 990 €	89,0	3,1	8,6
990 à 1300 €	91,9	1,2	7,0
Plus de 1300 €	95,5	0,4	4,0

Source : Agnès Couffignal, Michel Grignon, Marc Perronin, « La complémentaire maladie en France : qui a accès à quel remboursements ? (Annexe 8 du rapport du Haut conseil pour l’avenir de l’assurance maladie).

Pour assurer l’égalité d’accès aux soins, il faudrait donc ramener le taux de non couverture des plus pauvres au niveau de celui de ceux qui disposent au moins de 1300 € par mois et par unité de consommation (soit 1,3 SMIC net environ). On

peut penser qu'il faut pour cela instituer une aide à l'achat d'une couverture complémentaire au moins jusqu'à 1,5 SMIC de revenu par unité de consommation. Pour éviter les effets de seuil (du type de celui qui existe avec la CMU, et qui a déjà conduit à élargir le champ de celle-ci à ceux dont les revenus sont justes supérieur au seul d'attribution automatique) il faut en effet mettre en place une aide dégressive qui pour apporter une incitation suffisante dans le bas de l'échelle des revenus doit s'éteindre en un point relativement élevé de l'échelle des revenus. En plaçant ce point d'extinction à 1,5 SMIC (soit environ 2,5 plafond de la CMU) on peut prendre en charge 100 % de la cotisation d'assurance complémentaire pour ceux dont les revenus ne dépassent pas le seuil de la CMU (environ 570 €), 50 % au niveau du Smic et 16 % à 1,3 SMIC. Ce dispositif ne serait peut-être pas suffisant pour porter le taux d'adhésion aux assurances complémentaires au niveau de celui des plus riches, il permettrait cependant de s'approcher du minimum de 90 % pour toutes les tranches de revenus.

Le coût de cette aide à l'achat d'une couverture complémentaire serait élevé dans l'hypothèse où tous les bénéficiaires potentiels l'utiliseraient : environ 3,6 milliards d'euros (tableau 9), soit l'équivalent de plus de 5 points de dépenses de soins de ville remboursables (honoraires, analyses, médicaments et autres biens), soit encore 2,6 fois les dépenses actuelles de CMU. Ce coût peut paraître important si on le rapporte à l'augmentation attendue du taux d'adhésion aux assurances complémentaires. Ceci s'explique par le fait que l'aide s'appliquerait tous les ménages à faibles revenus, y compris ceux qui bénéficient déjà d'une assurance complémentaire et pour lesquels la mise en place du nouveau dispositif constituerait une « aubaine ». Le ticket d'entrée pour un transfert de charges de l'assurance publique vers l'assurance privée est donc élevé.

**Tableau 9 : Coût d'une aide à l'achat d'une assurance complémentaire
(cotisation annuelle forfaitaire de 300 € par personne)**

Tranches de revenu par UC (en nombre de SMIC)	Nombre de ménages (en milliers)	Nombre de personnes (en milliers)	Par ménage		Par personne		Taux de prise en charge par l'état (en %)	Coût de l'aide (en millions d'€)
			montant moyen de l'aide (en €)	coût moyen restant à charge (en €)	montant moyen de l'aide restant à charge (en €)	coût moyen restant à charge (en €)		
CMU (moins de 0.595 SMIC) Aide dégressive du seuil de la CMU jusqu'à 1.5 fois le SMIC	2 169	4 454	616	0	300	0	100,0	1 336
0,595 – 0,6	57	114	592	3	299	1	99,5	34
0,6 – 0,65	389	957	712	27	289	11	96,4	277
0,65 – 0,7	431	1 118	704	74	272	28	90,5	304
0,7 – 0,75	450	1 206	686	118	256	44	85,3	309
0,75 – 0,8	448	1 171	625	158	239	61	79,8	280
0,8 – 0,85	476	1 253	586	203	223	77	74,3	279
0,85 – 0,9	538	1 334	511	232	206	94	68,8	275
0,9 – 0,95	546	1 393	484	281	190	110	63,3	265
0,95 - 1	576	1 412	425	310	174	126	57,8	245
1 – 1,05	638	1 576	387	354	157	143	52,3	247
1,05 – 1,1	703	1 678	335	381	140	160	46,8	236
1,1 – 1,15	690	1 627	292	415	124	176	41,3	202
1,15 – 1,2	672	1 620	258	465	107	193	35,7	173
1,2 – 1,25	749	1 772	216	494	91	209	30,4	161
1,25 – 1,3	692	1 670	179	545	74	226	24,7	124
1,3 – 1,35	694	1 704	142	594	58	242	19,3	98
1,35 – 1,4	654	1 551	98	614	41	259	13,8	64
1,4 – 1,45	621	1 488	59	659	25	275	8,2	37
1,45 – 1,5	614	1 494	20	710	8	292	2,7	12
Total	10 640	26 139	340	397	139	161	46,2	3 622
Total CMU + aide	12 809	30 593						4 958

NB : plafond de la CMU = 0.595 SMIC

Source : Simulation à l'aide du modèle MISME.

Seule la perspective d'une réforme profonde débouchant sur une autre organisation du système, intégrant les fonctions d'assurances et de production des soins, peut justifier la mise en place d'un tel dispositif de transfert complexe et coûteux.

Enfin, ceux qui ne bénéficieraient pas ces transferts verraient leur cotisation aux mutuelles augmenter.

5. Quelques pistes pour des réformes structurelles

Au-delà de mesures de court terme visant à trouver de nouvelles sources de financement aux dépenses de santé, il convient de s'interroger sur des mesures plus structurelles permettant, soit de pérenniser ces ressources, soit d'infléchir le rythme d'accroissement des dépenses, celles qui relèvent du gaspillage de moyens du moins. Nous ne reviendrons pas sur l'augmentation de la CSG qui est sans doute, face à une augmentation *structurelle* des dépenses, la seule réponse de *long terme* concernant le volet « financement » de la santé. Nous nous consacrerons à l'inverse à l'autre marge de manœuvre, à savoir, le volet « efficacité des dépenses ». À côté de forces structurelles, comme le vieillissement, qui légitiment une certaine déformation des budgets en faveur de la dépense de santé, on considère en effet que certaines évolutions sont illégitimes et qu'une partie de la hausse des dépenses de santé est due à des défauts de régulation ou d'organisation des systèmes de santé. C'est cette considération qui va justifier des réformes. Après avoir discuté la question préalable du périmètre (que couvre-t-on ?), nous traiterons successivement des différentes mesures portant sur la demande et l'offre (comment couvre-t-on ?) : deux grands types de modes de régulation seront distingués à chaque fois : signaux de prix et formes institutionnelles.

1. La question du périmètre

L'assurance maladie prend en charge certaines dépenses et pas d'autres. Il existe donc déjà un « panier de soins » défini de manière implicite qui fixe *a posteriori* le périmètre de l'assurance-maladie. Ce périmètre constitue une frontière entre dépenses relevant de l'assurance publique et dépenses relevant de la prise en charge par les consommateurs.

On peut noter cependant que cette frontière est, sinon floue, tracée en pointillés : certaines dépenses sont prises en charge à 100 %, d'autres à 60 %, d'autres à 35 %, d'autres encore moins (prothèses dentaires, optique, etc...). Il y a plusieurs manières de justifier cette frontière imparfaite :

- i) La première, qui n'est pas la plus illégitime, pourrait correspondre à des hésitations de l'assureur public. Certaines dépenses peuvent être jugées comme utiles dans un processus de soin, mais avec un certain degré d'incertitude ; cette incertitude se traduisant alors par un signal de taux de remboursement plus faible. Cette logique est par exemple celle sous-jacente à la classification et au remboursement de médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisant. De même, certaines dépenses de santé parfois

- cosmétiques ou de confort ont, en même temps, des fonctions de prévention, qu'il s'agit de ne pas totalement décourager (ex. vitamines).
- ii) La deuxième justification pourrait provenir de la théorie de l'assurance, selon laquelle, pour réguler la surconsommation due au paiement socialisé, il faut moduler la « franchise » en fonction de l'élasticité-prix de cette demande. D'une franchise nulle pour les dépenses peu élastiques (thérapies du cancer), à une franchise élevée pour les dépenses très élastiques.
 - iii) Enfin le remboursement partiel est, en France, un outil pour le législateur pour dessiner la frontière, non pas du panier de soins, mais de la partie du panier de soins qui a vocation à être prise en charge par le deuxième étage de l'assurance maladie, à savoir les mutuelles et assurances privées ;

Ces trois raisons s'embrouillent. Actuellement les taux différenciés conduisent à une combinaison de remboursement public et de remboursement privé. Du coup, la dernière justification tend à neutraliser totalement les deux premières : le ticket modérateur ne modère plus du tout, puisqu'il est quasi-automatiquement complété par le système assurantiel privé.

Une réponse à ce type de problème pourrait se trouver dans une définition plus tranchée de ce qui relève de l'assurance maladie (publique et privée). Si l'on n'adhère pas à l'idée, sans doute radicale et peu en vogue, d'une recentralisation de l'assurance maladie (payeur unique), une définition plus explicite de ce qui est « remboursable », ou au moins de ce qui ne l'est pas, est sans doute nécessaire.

Mais cette recherche d'une frontière qui séparerait clairement ce qui doit être pris en charge de ce qui n'a pas à l'être est très aléatoire. Dans deux rapports de 2000 et 2001, le Haut comité de la santé publique³⁵ a bien mis en évidence la difficulté de l'exercice et les risques d'accroissement des inégalités ou d'impact négatif sur la santé publique d'une définition trop restrictive du panier de soins et de services remboursables. En théorie le panier de soins remboursables doit couvrir toutes les dépenses dont l'efficacité médicale est reconnue, qui assurent l'égalité des citoyens dans l'accès à la santé ou qui concourent à l'amélioration de la santé publique. Le premier point ne devrait pas poser de problème, si ce n'est que l'efficacité est évidemment relative et qu'elle doit être appréciée concrètement en fonction des cas traités. Le deuxième critère implique que le panier de soins prenne en compte les dépenses qui concourent à maintenir les individus en bonne santé et pas seulement celles qui sont associées au traitement des maladies. Cet argument incite clairement à inclure dans le panier de soins remboursables les dépenses de réparation (prothèses dentaires), de prévention ou de sevrage (produits d'aide à l'arrêt du tabac). L'argument d'égal accès à la santé (et pas seulement aux

35. Haut Comité de la santé publique, *Le panier de biens et services de santé : première approche*, Éditions ENSP, Rennes, 2000 et *Le panier de biens et services de santé -2*, Éditions ENSP, Rennes, 2001.

soins) incite aussi à retenir des taux de remboursement élevés (qu'ils soient partagés ou pas entre l'assureur public et les assureurs complémentaires, pourvu que l'accès à l'assurance soit garanti aux plus démunis). Il est enfin renforcé par le dernier critère justifiant la prise en compte d'une dépense dans le panier de soins : qu'elle contribue à l'amélioration de la santé publique. Ce dernier critère est rationnel du point socio-économique car la santé publique garanti la minimisation des coûts des pathologies évitables, tout en améliorant le bien être. Il justifie, comme le deuxième argument, la prise en charge des dépenses de prévention et de dépistage. Or, en France, une partie « cachée » des coûts de la prévention est incluse dans les dépenses courantes de soins. Le CREDES a ainsi montré qu'à minima, 8 % des dépenses courantes de médecine de ville devraient être comptabilisés en dépenses de prévention³⁶. Dès lors, il devient très difficile d'exclure du panier de soins de base la plupart des dépenses courantes de soins.

Trois conclusions peuvent être tirées de travaux relatifs à la définition du panier de soins remboursables. En premier lieu, il apparaît nettement que la distinction entre petit et grand risque n'est pas pertinente et qu'il est souhaitable que l'assureur public prenne en charge avec un haut niveau de remboursement, l'essentiel des dépenses de soins. Une réflexion approfondie sur le panier de soins conduit donc plutôt à préconiser son extension (dentaire, optique) et l'augmentation des taux de remboursement du petit risque (éventuellement par l'extension gratuite des couvertures complémentaires pour ceux qui n'en disposent pas, faute de revenus suffisants), que la réduction de son champ ou la baisse des taux de remboursement les plus bas.

La deuxième conclusion porte sur la nature même du panier de soins, dont le contenu doit plutôt être défini comme un ensemble de bonnes pratiques — bien remboursées — que comme une collection de médicaments ou d'actes médicaux. Ce souhait peut être mis en rapport avec la « protocolarisation » des traitements associés aux pathologies (pour ne pas ouvrir des droits à des remboursements de soins en dehors de leur contexte pathogène ad hoc) ; ce qui mettrait en première ligne les prescripteurs, les médecins généralistes au premier chef. Bien entendu une évolution de ce type est difficile à mettre en œuvre dans un système de médecine libérale où le libre choix du patient implique un remboursement sur la base d'actes inscrits dans une nomenclature. Elle implique, en réalité, une plus grande intégration de la décision de soins et de la

36. Voir Philippe Le Fur, Valérie Paris, Céline Pereira, Thomas Renaud, Catherine Sermet, « Les dépenses de prévention dans les Comptes nationaux de la santé. Une approche exploratoire », CREDES, *Questions d'économie de la santé*, n° 68, juillet 2003.

fonction de remboursement ; ce qui représente une rupture de système beaucoup plus importante (par exemple avec la mise en place d'un système de « fundholding » à l'anglaise où le médecin, devenu « référent », gère une enveloppe financière dont le montant dépend de la pathologie traitée).

Enfin, la dernière conclusion qui ressort de l'analyse du panier de soins est qu'il n'existe pas de critère clair permettant de distinguer ce qui devrait relever de l'assurance publique de ce qui devrait relever de l'assurance privée complémentaire. L'objectif d'un accès égal à la santé implique en effet la prise en charge publique, ou l'accès gratuit, au système de santé pour le plus grand nombre. De ce point de vue, que l'assureur soit public et assure directement les remboursements ou que l'assureur soit privé et que les cotisations soient prises en charge par des transferts, n'a pas beaucoup d'importance. A ceci près, que la seconde solution, qui multiplie les intervenants et implique des systèmes de transferts complexes, peut être plus coûteuse que la première. Il n'y a que dans le cas d'un changement profond du système avec la mise en place d'une intégration poussée des fonctions d'assurance et de production de soins que la multiplicité des intervenants pourrait avoir un intérêt car on pourrait alors bénéficier des retours d'expérience de modes d'organisation et de gestion de systèmes plus ou moins concurrents.

En tout état de cause, il paraît peu vraisemblable que la redéfinition du panier de soins puisse contribuer directement à la réalisation d'économies financières. La réflexion sur la définition de ce qui doit ou ne doit pas être pris en charge est, par contre, sans doute utile pour améliorer l'efficacité du système de soins. Elle devrait être permanente de manière à adapter rapidement les remboursements aux progrès des connaissances médicales ou aux avancées de la santé publique.

2. La régulation de la demande.

Pour l'essentiel la régulation de la demande de soins repose sur le ticket modérateur. En général, ce principe de régulation par les prix consiste à faire supporter une part du coût des soins par les patients, afin qu'ils arbitrent de manière plus clairvoyante (*i.e.* en faveur d'une moindre consommation). Le dispositif est pensé comme un mécanisme classique de révélation des préférences permettant de limiter les surconsommations liées à l'assurance.

Toutefois, la particularité fondamentale de la consommation de soins impose des limites strictes à l'utilisation de cette modalité de régulation. D'une part la préférence

des patients porte sur la santé et pas sur la consommation de soins dont la nature et le montant sont déterminés par les médecins³⁷. Il en résulte que les restrictions de consommation induites par le co-paiement des dépenses de soins par les assurances et les assurés, peuvent ne pas être adaptées à la demande de santé des individus. En pratique, certains assurés peuvent être amenés à renoncer à des soins qui auraient été très utiles à leur santé, faute d'une information pertinente sur le lien entre la dépense qui reste à leur charge et l'avantage qu'ils pourraient retirer de cette dépense.

D'autre part, le ticket modérateur doit être modulé par le fait que certaines consommations médicales ne relèvent en aucun cas des « préférences » mais de la « survie ». Dans ce cas, l'élasticité de la demande de soins est *a priori* nulle (maladies graves), et le ticket modérateur peut provoquer un affaiblissement de la couverture assurantielle et une défaillance en matière de mutualisation du risque maladie. D'après notre étude antérieure sur données représentatives, 530 000 français présentant un risque vital élevé (4 et 5 sur une échelle allant de 0 à 5) sont en dehors du dispositif d'exonération de ticket modérateur³⁸. Les assurances complémentaires ne couvrent que partiellement cette défaillance dans la mesure où les personnes les plus démunies sont fréquemment dépourvues d'assurance complémentaire (voir tableau 8 ci-dessus) : 16 % des plus démunis (Revenu par unité de consommation inférieur à 550 euros) contre seulement 4 % parmi ceux qui disposent de plus de 1300 € par mois et par unité de consommation). Il serait donc délicat de fixer un ticket modérateur plus élevé qu'il n'est actuellement, sous peine de décourager l'accès aux soins des plus démunis et d'aggraver encore les inégalités de santé.

En pratique, le système français possède une porte de sortie grâce au système d'exonération du ticket modérateur pour le traitement des maladies graves. Cette exonération est souhaitable dans la mesure où elle permet de restaurer une couverture quasi-complète du risque pour les maladies graves (ALD). Peut-être existe-t-il une marge de manœuvre pour ce qui concerne les critères d'attribution de l'exonération et les droits ouverts (le champ des consommations exonérées) ? Une plus grande décentralisation/responsabilisation du suivi de cette décision par le médecin généraliste est en tout cas indispensable ce qui implique l'évolution de sa fonction.

37. Cette distinction a été introduite par Grossman en 1972 : « On the concept of health capital and the demand for health », *Journal of Political Economy*, 80.

38. Christine Delvallée et Bruno Ventelou (*op. cit.*).

Une autre solution est d'abandonner le ticket modérateur pour un système de franchise pure (non réassurable) : au lieu de laisser à la charge du patient un pourcentage des dépenses, la franchise consiste à imposer un coût fixe d'entrée dans le système de soins ; puis l'accès au panier de soins est gratuit pour le malade. Tendanciellement, ce système est plus pénalisant pour les maladies bénignes fréquentes, sur lesquelles se greffent les surconsommations. Certains font valoir qu'il est incitatif à la prévention : on paye un coût quoiqu'il arrive, ce qui pousserait autant que possible à éviter le risque maladie. D'autres font valoir qu'il peut, comme toute baisse des remboursements, décourager l'accès au système de soin et, au contraire, occulter la dimension de « prévention », parfois cachée et incidente, des visites médicales occasionnées par les petites pathologies. Une telle mesure devrait en tous cas être assortie d'un effort important sur la médecine préventive et vraisemblablement d'une exonération de la franchise pour les personnes démunies. Ce dernier argument conduirait à mettre en œuvre un étage supplémentaire de transfert progressif sous condition de ressources, qui alourdirait encore le système. Au total, on aurait alors trois type de transferts associés à l'assurance maladie : le transfert lié à l'assurance de base (avec des cotisations proportionnelles au revenu et des prestations égalitaires) ; le transferts lié à la CMU et éventuellement, à l'aide à l'achat d'une assurance complémentaire ; le transfert lié à l'exonération de la franchise sous conditions de ressources. Une telle configuration induirait des coûts de gestion des transferts sous condition de ressources dont l'utilité est certainement discutable. Elle s'accompagnerait aussi certainement d'un accroissement important de l'opacité de notre système d'assurance maladie.

Par ailleurs, une grande part de la modération de la demande pourrait passer par d'autres vecteurs informationnels que les prix. Les généralistes, « médecins de famille », devraient pouvoir jouer un rôle d'information et de modération. De même des auxiliaires de soins pourraient très souvent orienter/guider les patients vers un meilleur usage des soins (infirmiers, pharmaciens, professions paramédicales, et — pourquoi pas ? — un métier nouveau « d'auxiliaire médical » sous la supervision de médecins).

Les assurances publiques, mutualistes, ou privées pourraient également jouer leur rôle à condition qu'elles ne soient pas perçues comme « juge et partie ». Enfin l'éducation à la santé devrait évidemment faire partie du bagage de l'élève français en

enseignement général : le rôle et les effets externes négatifs des antibiotiques, les règles nutritionnelles élémentaires, le bon usage des urgences, etc...

D'une manière générale, il apparaît finalement que la régulation de la demande de soins constitue le volet le plus délicat de toute réforme du système de santé. La responsabilisation financière des individus peut en effet, compte tenu de l'information très imparfaite dont ils disposent sur leurs besoins réels en matière de soins, les amener à réaliser des arbitrages défavorables à leur santé de telle manière que leurs dépenses peuvent en être augmentées à terme. Pour éviter le rationnement des soins des plus démunis il faut en outre mettre en œuvre des dispositifs de transferts complexes et coûteux qui risquent, malgré tout, d'être insuffisants pour que l'on puisse les considérer comme totalement équitables. Cette voie est sans doute celle qui est la moins porteuse d'économies financières et d'amélioration de la qualité des soins et des actions en faveur de la santé.

3. La régulation de l'offre

Comme la régulation de la demande, la régulation de l'offre peut reposer en premier lieu sur la mise en place d'incitations passant par les prix. Il s'agit de mettre en place un système de paiement qui soit favorable à l'économie de moyens, sans mettre en péril la qualité des soins.

À l'hôpital, ce rôle doit être joué par la « tarification à la pathologie » dont la mise en place est prévue par le plan Hôpital 2007. Ce schéma de paiement instaure un prix fixe (*price cap*) pour la rémunération des soins dispensés dans le cadre du traitement de chaque pathologie ; il est donc strictement associé à une nomenclature des maladies, le PMSI en France³⁹. Le principe de ce type de tarification est de placer les établissements dans une situation de concurrence fictive : face à une rémunération des soins dispensés, fixée sur la base de la moyenne des coûts observés, les établissements ont intérêt à réaliser l'effort maximal de maîtrise des coûts⁴⁰. Cet effort devient, en effet, indispensable au maintien de leur activité et il leur permet d'envisager la réalisation d'un surplus et le financement d'investissements supplémentaires (matériels ou de toute autre nature). La dynamique qui résulte de la révision des tarifs, fixés à partir de

39. Programme de médicalisation des systèmes d'information. Ce système permet l'enregistrement statistique des soins prodigués lors des séjours hospitaliers classés selon une nomenclature de GHM (Groupes homogènes de malades) défini à partir des pathologies traitées.

40. Voir, Dominique Henriët, « Tarification à la pathologie : enjeux et perspectives de l'expérimentation en France », *Dossiers solidarité et santé*, Hors série, juillet 2002 (DREES, Documentation française).

moyennes qui enregistrent progressivement les effets des efforts réalisés par chaque établissement, doit conduire à aligner, *in fine*, les coûts de traitement de chaque pathologie sur les services les moins dispendieux ; cette « concurrence fictive » entre les hôpitaux vise à instiller, si l'on veut, de l'efficacité marchande dans l'hôpital public.

Mais ce système, largement mis en œuvre à l'étranger depuis une dizaine d'années⁴¹, n'est jamais appliqué comme modalité « pure » de financement des hôpitaux. Des *surcoûts* doivent être acceptés, par exemple lorsqu'un hôpital exerce une fonction de recherche, une mission d'incorporation des nouvelles technologies, ou une fonction d'aménagement du territoire (dans les zones rurales). Toute la subtilité du système repose justement sur les proportions respectives de la somme fixe allouée à l'hôpital pour ses fonctions « hors jeu concurrentiel », et de la somme variable fonction de l'activité (la proportion donc dans laquelle l'hôpital est traité comme une entreprise privée concurrentielle). Il faut donc soigneusement préciser dans quelle proportion le paiement à la pathologie doit s'installer et dans quelle mesure, et comment, l'hôpital déclaré déficitaire dans ce jeu de paiement sera sanctionné (fermeture ?). Généralement, les ajustements nécessaires (réduction d'effectif, intensification du travail) sont diplomatiquement passés sous silence. Enfin, la question de la « qualité » reste entière ; elle passe d'abord et surtout par celle de la nomenclature originelle. Il serait ainsi nécessaire de s'interroger sur ce qu'est réellement le « produit hospitalier » : une mécanique thérapeutique ? Un traitement de maladie avec prise en considération du malade ? Un système de resocialisation de la personne ? La nomenclature, comme toute modélisation rationnelle du réel, comporte un risque réductionniste⁴².

En ville, le schéma de paiement actuel, le paiement à l'acte, est aussi contesté, et c'est la capitation qui semble s'imposer comme alternative. Il s'agit d'abonner le patient chez un médecin qui devient son « référent ». Ce système a beaucoup de vertus : il contribue à stabiliser le revenu des médecins ; il peut être associé à des signaux incitatifs concernant la zone d'exercice (prime pour les zones difficiles) ; il préserve la liberté de choix et l'exercice libéral sachant que l'abonnement chez son médecin peut être révisable chaque année — ou même chaque trimestre ; et finalement, il est cohérent

41. Voir les actes du colloque organisé par la DREES à Paris les 7 et 8 juin 2001 : « La tarification à la pathologie. Les leçons de l'expérience étrangère », *Dossier solidarité et santé*, Hors série, juillet 2002 (DREES, Documentation française)

42 Voir, pour une discussion de cette question, B Ventelou, 2002, « Les Groupes Homogènes de Malades : Classification de l'activité hospitalière, construits sociaux et efficacité économique -Où mettre les bornes ? », *miméo OFCE*.

avec l'idée qu'une mission de service public est déléguée au médecin généraliste : le suivi curatif et préventif de sa population de patients, son éducation à la santé, ses conseils nutritionnels, etc... Le médecin est rendu responsable du risque maladie supporté auparavant uniquement par le malade et le système assurantiel. Il y a bien sûr un danger d'écrémage qui doit être contré : par le Droit (la déclaration d'une maladie lourde n'est en aucun cas une cause de rupture du contrat de suivi du patient) et des ajustement de prix (la déclaration d'une maladie lourde peut donner lieu à une réévaluation de la capitation).

L'un des points où la marge d'innovation est sans doute la plus grande en matière de réforme est très certainement la réorganisation de la médecine de ville. Sur le territoire français, on peut faire le constat global de généralistes trop peu nombreux et relativement mal payés, surtout si l'autorité politique leur assigne de nouvelles missions, et des spécialistes trop nombreux et généralement surpayés. Les gardes de secteur, la prévention, l'hygiène, l'éducation à la santé et à la consommation de soins, l'alerte en cas de crise épidémiologique, ne sont pas — ou plus — correctement assurées par les médecins généralistes sur l'ensemble de territoire. De plus le *numerus clausus* a conduit à « vieillir » cette catégorie de professionnel de santé, sans qu'il ait été possible ni de contrôler la sur densité médicale dans certaines zones géographiques (la liberté d'installation a subsisté), ni de trouver d'autres personnels pour décharger d'une partie de leur travail les médecins en situation de sous densité médicale. Les données d'un panel représentatif de médecins généralistes sont les suivantes⁴³:

L'âge médian est de 50 ans, ils sont à 76 % des hommes ; ils gagnent environ 50 000 euros net de charge, mais cette moyenne cache de fortes disparités ; 48 % travaillent plus de 55 heures par semaine ; 45 % n'ont pas d'abonnement à des revues médicales ; 13 % n'ont pas d'ordinateur ; en revanche, ils reçoivent des visiteurs médicaux, pour 23 % d'entre eux, plus de 10 fois par semaine.

43. Verger et alii, *Presse Médicale* 2003, pp1022-5.

Le commentaire qui ressort de ce portrait type⁴⁴ est que le médecin généraliste est un homme relativement vieux, relativement surchargé, peu disponible pour des formations continues, peu enclin à l'autoformation et très sollicité par les laboratoires pharmaceutiques, lesquels sont parfois sa seule source d'information et de formation. Ces caractéristiques ont des conséquences sur les pratiques quotidiennes d'exercice de la médecine : 82 % ne pratiquent pas ou peu la prescription en DCI (Dénomination Commune Internationale) ; 10 % ont une durée de consultation inférieure à 12 minutes (tout compris, il s'agit là de la division du temps de travail par le nombre de consultations) ; 30 % avouent ne pas consulter les guides de bonne pratique ; 53 % avouent qu'ils rencontrent, par manque de temps, des difficultés à prendre en charge correctement un problème comme l'obésité et le surpoids chez leurs patients (le manque de temps étant la seconde difficulté pour la prise en charge de l'obésité, derrière le manque de motivation des patients face à des conseils nutritionnels).

Les réformes possibles, visant à mieux répartir et à augmenter quantitativement et qualitativement (temps de consultation, temps d'écoute et de conseil) l'offre de soin de médecine générale sont relativement nombreuses :

Rémunération : introduction de la capitation ; pour l'atténuer, cette formule « d'abonnement » doit être associée à une possibilité de recours des malades à des avis secondaires fournis, par exemple, par l'hôpital public

Assurance professionnelle : Prise en charge du risque professionnel par un système d'assurance, éventuellement public, ou bien, sous délégation de service public ; ce système doit laisser au médecin une responsabilité sur certaines de ses fautes diagnostiques, mais couvrir l'essentiel de l'aléa thérapeutique

Démographie médicale et réorganisation de la médecine libérale : Le *numerus clausus* doit être relevé pour faciliter cet ajustement ; surtout dans le but de ne pas modifier structurellement la pyramide d'âge des médecins en exercice dont il est important qu'elle garde une forme raisonnablement triangulaire. Des transferts de médecins

44. Portrait type du médecin représentatif en région PACA. Il s'agit du Panel MG PACA, regroupant 600 médecins de la région, mis en place par l'ORS/URML-PACA/INSERM U 379. On utilise ce panel, en considérant que peu de différences structurelles existent entre la population médicale en région et celle de la France toute entière. Ce panel est le seul panel disponible qui soit en France représentatif d'une population de médecins généralistes. Il a été suivi à l'aide de trois vagues d'enquêtes, elles-mêmes intervenant deux fois par ans. Deux enquêtes ont porté sur l'activité et les habitudes de prescription, les autres enquêtes documentent la prise en charge de pathologies comme la dépression, l'obésité, etc.

spécialistes vers la médecine générale, en ville et à l'hôpital (participation des spécialistes libéraux aux listes de garde et aux centres de permanence de soin) pourraient être utiles. De même on pourrait envisager, à terme, de revenir sur la liberté de consulter certains spécialistes sans avis préalable (constitution de filière de soins).

Qualification : Redéfinition des qualifications requises pour certains actes (optique, pourquoi pas aussi, radiologie). Remise en cause du monopole des médecins pour un certain nombre d'activités de soins non cliniques. Création d'un statut intermédiaire de « soignant auxiliaire » pouvant jouer un rôle d'accompagnement du médecin généraliste, au sein de son cabinet et sous son contrôle, en matière d'éducation à la santé et d'éducation à la consommation de soins⁴⁵. Ce métier serait un élément susceptible de redonner un peu d'attrait aux carrières d'infirmier libéral. Il correspondrait à un besoin d'adaptation de l'offre médicale aux caractéristiques des patients, dont les « maladies émergentes » sont essentiellement la dépendance liée au vieillissement.

Formation continue : La formation des médecins à la prescription doit certainement être prise en charge par l'autorité publique et ne plus être déléguée à l'industrie pharmaceutique. Ce coût à court terme peut être considéré comme un investissement.

S'agissant du médicament, les efforts de régulation devraient porter sur les remboursements des spécialités à service médical rendu (SMR) insuffisant et sur la promotion des génériques. Ces mesures visent à modérer la consommation. Mais si les remboursements des médicaments peu efficaces peuvent avoir un impact positif sur la qualité des soins, ils peuvent aussi déplacer la consommation vers des produits plus efficaces et plus chers. La promotion des génériques peut quant à elle être contournée par le renouvellement très rapide de la pharmacopée. En général, l'action sur le prix moyen des traitements médicamenteux devrait buter sur l'obstacle de la restructuration mondiale de la pharmacie. Le marché mondial est caractérisé, aujourd'hui, par l'asymétrie très forte des prix entre le marché américain, où les prix sont élevés, et les autres marchés, où les prix sont bas. La prise de conscience de cette asymétrie, qui fait implicitement supporter aux patients américains une part plus lourde de la charge de recherche développement des médicaments, a conduit les autorités américaines à faire

45. Ces fonctions relèvent de la médecine préventive et sont quasi-absentes aujourd'hui de l'offre française de soins. L'expérience des deux villes Fleurbaix et Laventie dans lesquelles une opération pilote a consisté à structurer une offre de soins préventifs permanente (en matière de conseil diététique, etc...) est à cet égard très concluante. Voir notamment *Bulletin de l'ordre national des médecins*, 20041, n°1, janvier, p7.

pression pour une augmentation des prix en dehors des Etats-Unis⁴⁶. Il n'est pas certain que les autorités américaines atteignent directement leur objectif, mais elles pourraient alors utiliser l'arme de la régulation de leur marché interne pour obtenir *in fine* une certaine égalisation des prix à l'échelle internationale (en autorisant, par exemple, les réimportations à partir de pays à bas prix). Il est exclu que la France puisse rester à l'écart d'un mouvement général de rééquilibrage qui conduira vraisemblablement à une hausse des prix moyens. Dès lors le poids de la facture du médicament ne pourra plus être contenue par la régulation des prix et le développement des génériques. La politique du médicament devra donc s'orienter, beaucoup plus qu'aujourd'hui, vers la maîtrise de la prescription et de l'usage des médicaments. Elle devra donc être réintégrée dans la politique générale d'amélioration du système de soins.

Toutes les actions envisageables, à l'hôpital, en ville, ou pour le médicament, ont en commun de viser une amélioration de la qualité des soins qui pourrait, à terme, contribuer à l'élévation du rapport qualité/coût des dépenses de santé. Il devrait naturellement en résulter une amélioration du bien être. Il est difficile par contre d'inférer les économies financières éventuelles liées à la mise en œuvre de ces réformes. D'autant que leur application implique souvent des dépenses supplémentaires à court terme.

4. Intégration des fonctions d'assurance et de production de soins.

Les réformes de la médecine de ville devraient aussi, logiquement, conduire à une concentration de l'offre médicale. Les médecins, pour mutualiser le risque maladie, employer de nouvelles professions intermédiaires, exercer une permanence des soins et leur mission de surveillance sanitaire, etc..., devront très certainement se regrouper en cabinets plus gros. Associées à la création de filières de soin, ces évolutions pourraient donner lieu à la formation de véritables « réseaux de soins ».

Une fois l'offre médicale ainsi restructurée, se posera inévitablement la question de son intégration avec les assurances santé. Du côté des mutuelles et des assurances privées, la pression sera forte pour internaliser la production des soins et mieux la contrôler, surtout si la part prise en charge par celles-ci devait augmenter. On a déjà vu qu'un tel transfert de charge, de l'assureur public vers les mutuelles et assurances privées complémentaires, n'est réellement souhaitable que sous trois

46. Voir, Uwe E. Reinhardt, Peter S. Hussey, and Gerard F. Anderson : « U.S. Health Care Spending In An International Context. Why is U.S. spending so high, and can we afford it ? », *Health Affairs*, Volume 23, Number 3, mai-juin 2004.

conditions : *i*) l'accès aux assurances complémentaires pour les plus démunis doit être amélioré ; *ii*) il faudra être très attentif au prix et aux conditions d'entrée dans les contrats d'assurance complémentaire (risque d'écrémage des hauts risques) ; *iii*) les complémentaires doivent devenir acteurs/régulateurs de la production de soins, car dans le cas contraire (le co-payeur reste passif), le transfert de charge n'est qu'un habillage comptable sans grand intérêt.

Le modèle de système de soins, correspondant à cette évolution vers une intégration forte des fonctions d'assurance et de production de service de santé, est celui des HMO (*Health Maintenance Organisations*) et du *Managed Care* américain, qui s'est beaucoup développé depuis la fin des années quatre-vingt. Les premières HMO remontent aux années 1920 et ont été formés sur le modèle paternaliste classique ; c'est l'employeur qui proposait une protection sociale de son propre chef et non l'Etat. Ces *réseaux de soins coordonnés* permettent à la population adhérente – contre une somme annuelle s'apparentant à la prime d'assurance — de bénéficier des prestations de santé. Les prestations sont généralement⁴⁷ prépayées aux différents soignants par la HMO, sur la base du nombre de têtes à soigner annuellement (capitation). Les HMO connaissent aux USA un vif succès public depuis une quinzaine d'année : elles soignent à des coûts relativement faibles, ce qui leur permet de proposer un prime d'adhésion inférieure aux primes d'assurance santé classique ; elles sont prônées par les économistes pour leurs propriétés de contrôle de la dépense, avec notamment la possibilité d'une mise en concurrence *ex ante* entre les offreurs de soins. Les HMO ont donc l'avantage de réaliser une situation de double concurrence à la fois entre les assurances, sur leur propre marché, et entre les soignants, sur leur marché de facteurs. Les HMO ont inspiré l'organisation des programmes publics de santé, par exemple le plan Clinton qui visait d'une part à étendre, par la création d'un Federal Health System, sorte de super-HMO, la couverture d'assurance maladie aux Etats-unis (15 % des résidents ne disposant pas d'une couverture du risque santé) et d'autre part à homogénéiser les coûts de contribution (les travailleurs des petites entreprises, ou soumis à des conditions

47. Il est difficile de définir une HMO. Il en existe plusieurs types, avec des pratiques différentes, voir Luft (1994). Par exemple, plutôt que la capitation, les HMO proposent parfois d'autres accords : salariat pur et simple du médecin, ou au contraire, paiement à l'acte, mais soumis à une conventionnement préalable du médecin libéral par l'organisation. Dans ce dernier cas, on qualifie le système des initiales PPO (*Preferred Provider Organisations*) : l'assurance propose un réseau de soigneurs privilégiés -payés à l'acte-, le patient étant libre d'accepter ce réseau ou d'en sortir (ponctuellement) avec un surcoût à sa charge.

pénibles, payant généralement plus cher leur assurance). Cette formule n'est pourtant pas indemne de critique :

— on peut reprocher aux HMO leur caractère bureaucratique — la *Blue Shield Blue Cross Association* regroupe 15 millions d'adhérents, ce qui en fait un petit NHS à l'anglaise.

— on peut évoquer un risque – non démontré à ce jour – d'ajustement par la qualité. Les soignants retrouveraient la marge perdue dans la concurrence en réduisant la qualité.

— on peut craindre aussi un phénomène d'anti-sélection des patients présentant le plus gros risques.

D'autre part, alors que l'on pouvait penser, dans les années quatre-vingt dix, que le développement des HMO avait permis de maîtriser la croissance des dépenses, la reprise très forte de celles-ci, observée depuis le début des années 2000 (et certainement liée à la forte croissance de l'économie américaine), semble indiquer que l'intégration des soins et de l'assurance n'est pas une panacée. Un certain nombre de travaux américains montrent ainsi aujourd'hui que le morcellement du système qui résulte du développement des HMO, a pu renforcer le pouvoir de marché des offreurs de soins tout en renchérissant les coûts de gestion du système⁴⁸.

L'intégration des fonctions d'assurance et de production des soins, qui représenterait une rupture de système très forte en France, n'apporte donc pas la garantie d'économies financières très importantes. Un système de soins où la coordination des différents intervenants (hôpital, médecins de ville, auxiliaires médicaux, acheteurs de médicaments, ...) est mieux assurée, dont les principes de tarification sont plus incitatifs (moins de tarifs à l'acte, meilleure rémunération des actions de prévention, meilleure dissuasion des gaspillages), qui peut mettre le patient face à ses responsabilités (en refusant des soins inutiles ou en exigeant éventuellement des examens préventifs), peut constituer un progrès, y compris en terme de santé publique et de bien être individuel et collectif. Mais dans ce domaine, comme dans tous les autres, il reste très difficile d'inférer les conséquences financières des réformes envisageables.

48. Voir, Uwe E. Reinhardt, Peter S. Hussey, and Gerard F. Anderson (*op. cit.*)

Des réformes sont sans conteste nécessaires pour corriger les insuffisances du système existant (mauvaises incitations, protocoles de soins inadaptés voire dangereux, absence de prise en compte des coûts, mauvaise répartition spatiale des ressources,...). Leur assigner un objectif d'économie rigoureux, comme la stabilisation de la part des dépenses de santé dans la richesse nationale, pourrait aller contre la volonté des citoyens, s'ils souhaitent dépenser plus pour leur santé quand leur revenu s'élève. Ceci pourrait aussi conduire à une dégradation de la qualité et au développement des inégalités. Une planification raisonnable du financement, qui passe par l'acceptation d'une hausse modérée, à moyen terme, de la part des dépenses de santé dans la consommation, fournirait sans doute un cadre plus propice à la mise en œuvre de réformes améliorant l'efficacité du système.