

## Séminaire d'analyse économique



---

QUELLE RÉGULATION POUR LA SANTÉ? UN REGARD COMPARATIF.

---

**Bruno PALIER**  
(chercheur CNRS au Cevipof - Sciences Po)

---

COMMUNICATION AU SÉMINAIRE MESPI  
MARDI 16 NOVEMBRE 2004

# Quelle régulation pour la santé? Un regard comparatif.<sup>1</sup>

**Bruno Palier, chercheur CNRS au Cevipof - Sciences Po,**

Séminaire MESPI, 16 novembre 2004

La question de la réforme de l'assurance maladie hante tous les gouvernements français depuis plus de vingt ans. Toutes les tentatives de maîtrise des dépenses de santé paraissent avoir échoué dans notre pays, au point que cette croissance semble désormais incontrôlable. Certains en concluent qu'il faut en prendre son parti, la question politique devenant de savoir ce que la collectivité doit continuer à prendre en charge, et ce qui doit désormais relever des assurances privées ou du porte-monnaie personnel. Pourtant, l'analyse du fonctionnement et des réformes des systèmes de santé d'autres pays développés montre que si partout les dépenses de santé augmentent, certains pays parviennent à contrôler cette tendance sans que ce soit toujours au prix de la qualité ou de l'égalité d'accès aux soins. Ces différences dépendent de la façon dont est organisé et régulé le système de santé. Si la France a choisi l'assurance maladie pour organiser son système de santé, elle ne parvient pas à choisir un mode particulier de régulation. Pour ce faire, il faudra trancher entre différents objectifs sociaux, économiques, sanitaires et politiques, parfois contradictoires.

## **Diversité des systèmes de santé**

L'histoire des systèmes de santé des pays développés montre qu'à différentes périodes, tous les pays ont partagé des objectifs similaires en matière de santé (aider les pauvres malades jusqu'au milieu du 19<sup>ème</sup> siècle, garantir un revenu de remplacement aux salariés malades au tournant du 20<sup>ème</sup> siècle et, pour les Européens après 1945, garantir l'accès aux soins pour tous) mais ont choisi des réponses différentes. Ces différences proviennent notamment du type d'institutions de prise en charge de la demande de soins (rôle de l'Etat, des mutuelles et des assurances privées) et du mode d'organisation de l'offre de soins (place des hôpitaux publics, rôle joué par les médecins généralistes, etc.). Ces différences reflètent aussi les différences de priorité retenue pour chaque système : l'universalité de la couverture maladie pour les uns, le choix du médecin et le maintien d'une médecine libérale pour les autres, la priorité donnée au marché dans le cas des USA. Trois principaux types de systèmes de santé existent aujourd'hui dans les pays développés.

**1. Les systèmes nationaux de santé** (Suède, Norvège, Danemark, Finlande, Grande Bretagne, Irlande, Italie, Espagne, et partiellement Portugal, Grèce, Canada, Australie et Nouvelle Zélande) qui assurent un accès quasiment gratuit aux soins pour l'ensemble des citoyens afin de garantir l'universalité de la couverture maladie. L'offre de soins est organisée principalement par l'État et financée par l'impôt. Certains de ces systèmes reposent sur une organisation très centralisée (cas de la Grande Bretagne notamment) tandis que d'autres ont décentralisé leur organisation et leur gestion (cas surtout des pays nordiques).

---

<sup>1</sup> Ce texte reprend les réflexions menées dans Bruno Palier, 2004, *La réforme des systèmes de santé*, Paris, PUF, Collection Que sais-je ?. Il a été publié dans la revue de la CFDT, été 2004.

2. **Les systèmes d'assurance maladie** (Allemagne, France, Autriche, Belgique, Luxembourg, Japon, Pays-Bas). L'offre de soins y est en partie privée (soins ambulatoires, certains hôpitaux ou cliniques), en partie publique (une partie du domaine hospitalier notamment) et garantit le plus souvent le choix du médecin pour le patient, ainsi que le statut de la médecine libérale. Les frais occasionnés par les soins sont en majeure partie pris en charge par différentes caisses d'assurance maladie et financés par des cotisations sociales. Le système français est centralisé tandis que le système allemand est organisé au niveau des régions (les Länders).

3. **Les systèmes libéraux de santé** (principalement celui des Etats-Unis, de l'Irlande, mais aussi ceux issus des réformes menées dans certains pays d'Europe centrale et orientale ou bien dans certains pays d'Amérique latine). Le système public de protection maladie y est résiduel. Seuls les soins de grande urgence, les plus pauvres et les personnes âgées et les invalides bénéficient d'un soutien public en matière de santé, tous les autres devant recourir à un système d'assurance privée, financé le plus souvent par les employeurs. Une partie de la population se trouve sans couverture maladie. L'offre de soins y est presque entièrement privée. Le système américain combine les trois types de protection maladie possibles : assistance médicale gratuite pour les plus pauvres (*Medicaid*), assurance maladie publique pour les plus âgés (*Medicare*) et assurance privée pour les classes moyennes et aisées (financées par les employeurs ou bien par les individus eux-mêmes).

Les résultats obtenus varient d'un système à l'autre. Les systèmes nationaux de santé garantissent généralement une grande égalité d'accès aux soins et des niveaux de dépense de santé relativement bas, mais peuvent fournir une qualité de soins discutable et sont surtout caractérisés par des files d'attente très longues avant de pouvoir accéder aux soins spécialisés non vitaux ni urgents. Les systèmes d'assurance maladie permettent de garantir le choix du patient, le confort et souvent la qualité des soins, mais c'est le plus souvent au prix de dépenses élevées de santé, et parfois d'inégalité d'accès aux soins. Le système américain est très performant technologiquement et permet aux plus aisés d'avoir accès aux meilleurs soins, mais il est aussi caractérisé par de très fortes inégalités (dans l'accès aux soins comme dans l'état de santé de la population), et un niveau global de dépenses de santé très élevé.

### **Les facteurs institutionnels de croissance des dépenses**

Si tous les pays ont à faire face aux mêmes facteurs d'augmentation des dépenses : augmentation du niveau de revenu et des attentes des patients, vieillissement de la population, progrès médical, les dépenses de santé n'augmentent pas de la même façon dans tous les pays. Les différentes structures des systèmes de soins expliquent ces différences, notamment le degré de liberté laissé aux patients au sein du système et le mode de rémunération des médecins.

*L'accès aux prestataires de soin.* Il existe comme une opposition entre l'égalité d'accès au système de santé et la liberté de circulation au sein du système. L'accès aux prestataires de soins peut être plus ou moins contrôlé. Les systèmes d'assurance maladie (sociales ou privées) garantissent le plus souvent une assez grande liberté de choix du médecin par le patient, qui peut aller directement chez un spécialiste, consulter plusieurs médecins sur une même pathologie, voire accéder directement à l'hôpital (cas de la France). Cette liberté crée une concurrence entre professionnels de soins qui est source d'augmentation des dépenses, elle incite à une prescription importante afin de satisfaire le client et d'éviter qu'il aille consulter ailleurs, possibilité beaucoup moins ouverte dans le cas des systèmes nationaux de santé. En effet, ceux-ci tentent de contrôler la circulation des patients à l'intérieur du système. Les patients peuvent le plus souvent choisir leur généraliste, mais à l'intérieur d'une

circonscription administrative. Ils doivent ensuite indiquer à l'autorité locale auprès de quel médecin ou centre de soins ils souhaitent être enregistrés. L'accès aux spécialistes (qui exercent le plus souvent à l'hôpital dans les systèmes nationaux de santé) est généralement restreint par l'obligation de s'inscrire sur une liste d'attente, voire par l'obligation d'être recommandé par un généraliste. Dans ce dernier cas de figure, le médecin généraliste est le point de passage obligatoire pour entrer dans le système, on parle alors d'un rôle de barrière à l'entrée (*gate keeping*) pour le médecin généraliste (comme dans le cas britannique par exemple). Le fait de contrôler la circulation du patient permet d'éviter la concurrence, source d'inflation des dépenses, mais il permet surtout un meilleur suivi des malades, une plus grande coordination entre les différents intervenants autour d'un même patient. Le suivi du patient permet notamment d'éviter les cloisonnements entre médecine de ville et hôpital (très fort en France ou en Allemagne), qui incite à la multiplication des examens (à chaque fois qu'un médecin est consulté) et peut parfois entraîner une contradiction dans les prescriptions ou les soins prodigués. C'est ce type de mécanisme qui est poursuivi avec la notion de médecin traitant et avec le dossier médical partagé proposés dans la réforme actuelle de l'assurance maladie

*La rémunération des médecins.* Le mode de rémunération des médecins a aussi des conséquences sur les dépenses de santé. Associé au libre choix du patient, la rémunération à l'acte (on paye le médecin à chaque visite) est source d'inflation des dépenses. Le médecin tend à multiplier les actes pour accroître ses revenus. Le paiement à l'acte n'incite pas à la prévention (moins bien ou pas rémunérée). On fait parfois varier la valeur de l'acte en fonction du nombre total d'actes effectués par l'ensemble de la profession sur une période donnée (comme en Allemagne). Mais les professionnels tendent alors à multiplier les actes pour maintenir leur niveau de vie, au détriment de la qualité des soins.

Les médecins libéraux tiennent au paiement à l'acte, censé garantir une meilleure qualité des soins (le médecin doit satisfaire son patient qui sinon le quitte) mais surtout de meilleurs revenus au médecin. Pourtant, les médecins généralistes britanniques, payés à la capitation et au forfait, ont un revenu moyen plus élevé que les généralistes français (respectivement environ 82000€ et 55000€ par an en 2001). En France, en 2001, les revenus annuels moyens des médecins généralistes étaient de 55 209 €, et celui des spécialistes de 93 559€. Les revenus de ces derniers varient fortement d'une profession à l'autre, les psychiatres (51 938€ par an), les pédiatres (53 992€) et les dermatologues (55 991€) ayant un revenu similaire voire inférieur à celui des généralistes, les cardiologues (100 014€), les chirurgiens (119 782€), les anesthésistes (128 762€) et surtout les radiologues (198 896€) ayant des revenus beaucoup plus élevés que la moyenne<sup>2</sup>. Il convient de rappeler que les revenus varient aussi beaucoup en fonction du secteur d'activité, les revenus des médecins de secteur 1 étant entre 30 et 50% inférieurs à ceux de leurs collègues installés en secteur 2. Comme le souligne le Haut conseil sur l'avenir de l'assurance maladie : « Alors que la solvabilisation de la demande de soins est essentiellement assurée par de l'argent public, il existe des différences importantes de rémunération nette entre les différentes professions médicales, que ne justifient pas toujours le niveau d'étude et de formation, ou les difficultés et risques de l'exercice professionnel... De même à l'intérieur d'une même profession, des inégalités injustifiées peuvent exister » (2003, p.80).

Dès lors qu'on peut montrer que des facteurs institutionnels expliquent en partie le niveau des performances et celui d'augmentation des dépenses d'un système de santé, l'enjeu devient

---

<sup>2</sup> DREES, « l'évolution du revenu libéral des médecins en 2001 », *études et résultats*, n°284, janvier 2004.

moins de décider la part prise par le public et celle prise par le privé, mais comment organiser et réguler le système de façon à garantir les meilleurs résultats sanitaires, économiques et sociaux.

### **Négociation, Marché ou Etat ? Les modèles nationaux de régulation.**

De nombreux acteurs interviennent dans le monde de la santé : les professions médicales, les autres professionnels de soins, les producteurs de médicaments, l'Etat, les caisses, les syndicats et le patronat, les assureurs, les mutuelles, et une place est même parfois donnée au patient... dont tout le monde dit qu'il doit être au cœur du système de soins. A chaque type de système de santé semble correspondre un modèle particulier de régulation. Les systèmes nationaux de santé sont fortement régulés par les seules autorités publiques, nationales dans le cas britannique, locales dans le cas des pays nordiques ou d'Europe du Sud. Leurs décisions sont orientées par le souci d'assurer l'égalité d'accès aux soins, l'incitation à la prévention et les économies budgétaires. Le système américain est régulé par des mécanismes de marché, et au premier chef par les assureurs, principalement privés. Le système allemand repose sur la négociation entre gestionnaires de caisse et représentants des professions médicales. La France ne parvient pas à choisir un mode particulier de régulation.

*La régulation étatique.* Dans les systèmes nationaux de santé, la régulation est organisée par le financeur étatique. Elle peut prendre des formes relativement radicales : définition de pratiques médicales imposées soumises à contrôle et sanctions, limitation des budgets, organisation de la pénurie. Ainsi, en grande Bretagne, le Parlement vote le budget du NHS et en définit les orientations, que le ministre de la Santé responsable fait respecter. Pour prendre ses décisions, le ministre est conseillé par un organisme public, le NICE (*National Institute for Clinical Excellence*), qui indique si le NHS doit couvrir certains soins pour toute la population, ou pour certaines indications seulement, ou pour certains groupes de la population uniquement. La définition a priori du budget permet de limiter la dépenses publiques consacrées à la santé, mais conduit au rationnement quantitatif des soins. Faute de moyens suffisants, les hôpitaux sont conduits à inscrire les patients sur de longues listes d'attente pour accéder aux soins courants et non urgents. La longueur des listes d'attente a été perçue comme une des faiblesses majeures des systèmes nationaux de santé ; elle a été interprétée non seulement en termes de sous-financement, mais surtout en termes d'inefficacité, le systèmes ne fournissant pas d'incitations à être efficace pour les acteurs (notamment rémunération fixe quelque soit l'activité).

*La régulation par le marché.* Aux Etats-Unis, l'offre de soins est principalement privée, et 75% des Américains sont couverts par une assurance privée volontaire. Dans ce cadre, c'est au marché qu'est confiée la régulation du système, par les mécanismes d'ajustement entre l'offre et la demande de soins (c'est-à-dire ceux qui la couvrent : les assureurs privés). L'Etat n'intervient ici que pour prendre en charge les défaillances du marché, notamment les inégalités les plus fortes, et servir d'assureur pour les plus démunis (programme *Medicaid* et *SCHIP*) et pour les plus âgés (programme *Medicare*).

Sur le marché de la santé, on pensait que la régulation viendrait de la rencontre entre l'offre et la demande : si l'offre était trop abondante, ou bien trop chère, alors les prix (des consultations, des soins) baisseraient sous la pression de la demande (comme sur un marché de biens normaux). Mais ce n'est pas ce que l'on a constaté. Du fait de la capacité de l'offre médicale à induire la demande, les prix ont été maintenus élevés.

Dès lors, ceux qui ont dû supporter le coût de telles pratiques, les assureurs privés, ont cherché à les réguler. En effet, l'augmentation très forte des dépenses de santé aux Etats-Unis a mis les assureurs en danger en menaçant leur rentabilité. Au cours des années 1990

notamment, les assureurs privés ont de plus en plus participé à l'organisation de l'offre de soin, par la mise en place de filières ou de réseaux intégrés de soins d'une part, et par la définition et l'imposition de pratiques médicales d'autre part. Désormais, de plus en plus de médecins doivent respecter les normes et protocoles de soins définis par les assureurs (à la suite de travaux menés avec des médecins), s'ils veulent que leur client restent assurés.

*La régulation négociée allemande.* La relative unité syndicale des médecins allemands, le système d'Union régionale des médecins de caisse (qui les représentent, négocient les budgets et les rémunèrent), l'autonomie tarifaire et le principe d'autogestion par les partenaires sociaux ont permis au système allemand de fonctionner sur la base d'une négociation permanente. Dans ce cadre, les médecins de caisse, dont l'identité libérale reste affirmée, ont accepté de porter une partie de la responsabilité de la gestion de l'argent public : les représentants des médecins participent à la négociation du budget consacré aux dépenses de santé, le montant des honoraires est ajusté en fonction de l'activité totale des médecins au sein de ce budget limité. Les médecins acceptent aussi qu'il y ait une régulation et un contrôle de leurs pratiques dans la mesure où celui-ci est effectué par un organisme qui est composé de médecin et qui les représente (l'union régionale de médecin). Depuis la réunification, l'Allemagne semble cependant avoir de plus en plus de difficulté à contenir l'augmentation des dépenses de santé, bien supérieure à celle des ressources, limitées par une faible croissance économique et un chômage important.

### **France : l'absence de régulation**

Au regard de ces différents modèles nationaux, la France semble incapable de choisir un modèle de régulation, en particulier dans le domaine des soins ambulatoires. Depuis le début des années 1970, les dépenses de santé en France ont augmenté bien plus vite que le PIB. La proportion des dépenses de santé dans le PIB est ainsi passée de 7,6% en 1980 à 9,4% en 1994, la progression s'est ralentie ensuite, notamment du fait de la croissance économique des années 1997 à 2000 (qui permet au PIB de progresser au même rythme voire plus vite que les dépenses de santé). Depuis 2001, les dépenses de santé ont repris leur croissance forte, la part de celles-ci dans le PIB frôlant sans doute les 10% en 2004.

Pour faire face à cette augmentation des dépenses de santé, la France semble avoir tenté sans succès toutes les formes de régulation possibles : par l'Etat, par la négociation, par le marché. Les politiques françaises de (non ?) régulation du système de santé françaises se décomposent en effet en trois grandes étapes. La première (jusqu'à la fin des années 1980) est marquée par la fixation des prix à des niveaux bas, régulation étatique autoritaire qui est restée sans effet car les professionnels de santé ont pu compenser le gel des tarifs par une multiplication des actes. Dans un deuxième temps (principalement au cours des années 1990), l'Etat et les caisses d'assurance maladie ont tenté de négocier des enveloppes de dépenses avec les professions médicales, sans succès du fait de l'absence de volonté des professions médicales de respecter leurs engagements, et de l'incapacité (juridique et politique) de l'Etat de sanctionner le non respect des conventions. La troisième étape, qui s'esquisse aujourd'hui, vise à restructurer profondément le système, avec la mise en place d'un système plus étatique pour la protection maladie de base, et un délestage d'une part plus grande des soins courants au secteur concurrentiel privé.

Dans le nouveau schéma d'organisation qui se met en place, l'Etat cherche à définir un budget a priori consacré aux dépenses de santé (voté tous les ans au Parlement dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale), mais il se révèle incapable d'en imposer le respect aux acteurs du système, du fait notamment de la non coopération des professions médicales. Il est difficile d'imaginer que dans ces conditions les objectifs fixés seront respectés dans les années à venir. C'est bien là que se situe la crise de gouvernance du système, quand l'Etat

vote un budget qu'il ne peut faire respecter, quand aucun acteur ne se sent responsable de la bonne gestion des deniers publics. Tant que les moyens de faire respecter le budget voté au Parlement ne seront pas trouvés, continuera de se poser la question de l'augmentation incontrôlée des dépenses de santé et de la régulation impossible du système de santé français. Et l'on continuera sans doute à ne pas trouver d'autres solutions que de transférer de plus en plus de prise en charge au secteur de l'assurance complémentaire.

Il faudrait changer d'autres paramètres pour que le fonctionnement du système puisse être régulé, tout en respectant les objectifs d'égalité d'accès aux soins, d'égalité d'état de santé et de viabilité financière : une meilleure prise en charge des soins ambulatoires (sans avance de frais), la mise en place de médecins référents, l'orientation collective de l'installation des médecins, un changement du mode de leur rémunération, une réorientation des pratiques médicales vers la prévention, une amélioration de l'articulation entre médecine de ville et hôpital... Mais pour mettre en œuvre ces mesures, il faudrait remettre partiellement en cause deux éléments essentiels de l'identité de notre système de santé : la liberté de choix du patient, les libertés des médecins libéraux. Il n'est pas sûr que les Français soient prêts à renoncer à une partie de leur liberté pour rester fidèle à leur médecin référent, il n'est pas sûr que les médecins soient prêts à écorner certains principes de la médecine libérale comme la liberté d'installation, le refus du tiers payant ou le paiement à l'acte pour mieux utiliser l'argent public qui leur est confié.

Les réformes des systèmes de santé sont comme écartelées entre quatre objectifs souvent contradictoires : assurer la viabilité financière des systèmes, mais aussi l'égal accès aux soins, la qualité de ceux-ci et enfin la liberté et le confort des patients et des professionnels. Chaque réforme opère un arbitrage entre ces objectifs sociaux (garantir la même santé pour tous), sanitaires (obtenir de meilleurs résultats de santé), économiques (assurer la viabilité financière et la compétitivité des systèmes) et politiques (obtenir la satisfaction des usagers et des prestataires, leur liberté de choix et d'action, l'absence de files d'attente...). S'il n'est sans doute pas possible d'élaborer une réforme qui puisse améliorer toutes ces dimensions à la fois, il importe cependant de poser explicitement ces enjeux afin que les conséquences des choix effectués soient claires pour tous les citoyens, notamment le choix de la liberté et du confort au détriment de l'égalité.