

Introduction générale

Chantal Cases * et Brigitte Dormont **

En France, l'analyse économique peine encore à trouver sa place dans les décisions touchant à la régulation du système de santé. Les administrations concernées restent en partie marquées par une tradition planificatrice, avec une prise en compte limitée des comportements individuels, « comme si les différents acteurs n'avaient pas de réactions stratégiques » (Mougeot et Naegelen, 2011). En outre, les méthodes de l'économie publique sont encore peu mobilisées pour éclairer les arbitrages en matière de dépenses de soins ou d'assurance maladie.

Les programmes électoraux restent par ailleurs très laconiques sur les questions relatives à l'organisation du système ou au financement de la couverture des soins, bien qu'il s'agisse d'un poste majeur de la dépense nationale. Les dépenses de soins et de biens médicaux représentent en effet 9 % du produit intérieur brut en 2011 (Le Garrec *et al.*, 2012). Avec un taux de couverture par la sécurité sociale et l'État égal à 76,8 %, la santé est le deuxième grand poste de la protection sociale après les retraites. La prudence des politiques s'explique par le fait que la santé est un sujet éminemment conflictuel, en France comme dans tous les pays développés, toute proposition risquant de mécontenter de nombreuses parties de la société. La qualité du débat public s'en ressent. Les propositions visant à plus d'efficacité sont soupçonnées d'introduire un rationnement des soins, une accusation récurrente instrumentalisée par les groupes porteurs d'intérêts menacés par la recherche d'efficacité.

Sur le plan académique, l'économie de la santé a connu un long cheminement avant de se positionner dans le paysage universitaire français (Benamouzig, 2005). La discipline est maintenant reconnue comme une spécialité à part entière, comme en témoigne l'existence d'une liste pour l'économie de la santé dans la catégorisation des revues réalisée par le comité national du CNRS pour la section 37 (économie et gestion). Comme d'autres domaines de la politique publique, l'économie de la santé présente un intérêt particulier, car elle touche à des questions d'équité et de régulation dans un champ où des acteurs privés côtoient l'intervention publique. Mais les recherches dans ce domaine comportent des difficultés spécifiques. Une difficulté réside dans le fait que les institutions jouent un rôle important dans l'analyse, ce qui nécessite un fort investissement dans leur connaissance. Par ailleurs, la délimitation disciplinaire de l'économie de la santé n'est pas toujours facile à établir, à l'intérieur de l'économie ou des sciences sociales, mais aussi avec des disciplines comme la santé publique et l'épidémiologie. De nombreux médecins sont hostiles à la modélisation déployée par l'analyse économique des comportements des acteurs du système et de leurs réactions stratégiques, une description qui leur semble contredire le cadre déontologique défini par le serment d'Hippocrate.

Les débats autour de la santé ont un contenu fortement émotionnel car le sujet touche à la maladie et à la mort. Mais ceci ne permet pas d'éluder la question des arbitrages, bien au contraire. Faute de critères transparents, les arbitrages sont quand même rendus - ils le sont toujours - avec des critères non formalisés qui peuvent être contestables. Par ailleurs, d'autres domaines de l'intervention publique, comme l'économie du travail et l'économie de l'environnement, portent aussi sur des questions essentielles, pour ne pas dire vitales. Quel que soit le domaine, des arbitrages collectifs sont inévitables. L'analyse économique peut aider à clarifier les principes selon lesquels ils peuvent être définis et mis en œuvre, qu'il s'agisse d'arbitrages au sein de l'ensemble des dépenses de santé ou entre dépenses de santé et autres dépenses publiques.

* Directrice de l'INED

** Professeure à l'Université Paris-Dauphine, titulaire de la Chaire Santé Dauphine.

Ce numéro spécial d'*Économie et Statistique* veut montrer tout l'intérêt des recherches en économie de la santé et leur importance pour la décision publique. Il est consacré aux « Systèmes de santé », en s'intéressant de manière privilégiée aux questions de régulation, et en faisant la distinction classique entre santé et soins. Les soins médicaux sont un moyen au service de l'amélioration de la santé, sans en être l'unique déterminant. Le bien-être des individus est déterminé par la consommation de différents biens et par leur santé, les soins étant un facteur de production de santé. La première partie du numéro s'intéresse à des questions concernant l'équité des politiques de santé et l'analyse des inégalités de santé. La deuxième partie porte sur l'organisation de l'assurance maladie et la troisième sur l'efficacité dans la production de soins en médecine de ville et à l'hôpital. Nous espérons que ce numéro pourra éveiller l'intérêt du lecteur et susciter des vocations.

L'ensemble des travaux de recherche présentés dans ce numéro s'appuient sur des analyses empiriques qui utilisent des données individuelles sur la population ou les producteurs de soins. L'économie de la santé n'a pas toujours bénéficié de la richesse des données administratives et des enquêtes dont pouvaient disposer par exemple les économistes du travail. Certes, de grandes enquêtes en population sont assez anciennes. La première enquête « décennale » santé de l'Insee a été réalisée au début des années 1960. Le CreDES, devenu depuis l'Irdes, a innové dès 1988 en réalisant une enquête annuelle puis biennale appariée avec les données individuelles de dépenses de soins enregistrées par l'assurance maladie. Mais ce n'est qu'assez récemment que les chercheurs ont pu investir dans les grandes bases de données administratives. Elles se sont fortement développées dans les années 1990 et 2000 avec la mise en place du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) dans les établissements de santé et la création du système national inter régime de l'assurance maladie (SNIRAM). Leur appropriation et leur utilisation par les chercheurs restent encore aujourd'hui trop peu développées.

Les articles présentés montrent l'apport des données individuelles et la richesse des analyses qui peuvent en être tirées. Pratiquement toute la panoplie des systèmes d'information a été mobilisée dans ce numéro. Certaines données ont été collectées spécifiquement pour les besoins de la recherche, dans le cadre d'enquêtes *ad hoc*, comme celles menées par Marc Fleurbaey et ses coauteurs et par Brigitte Dormont et ses coauteurs ; d'autres données résultent de l'introduction de modules spécifiques dans une grande enquête récurrente, comme celui sur les conditions de vie dans l'enfance utilisé par Florence Jusot et ses coauteurs ; d'autres encore sont collectées en association avec des données administratives, comme dans l'expérimentation sociale sur l'aide à la complémentaire santé présentée par Sophie Guthmuller et ses coauteurs. Le dossier est aussi une démonstration éclairante de l'intérêt des grandes bases de données administratives pour la recherche, à travers le panel de médecins libéraux mobilisé par Eric Delattre et Anne-Laure Samson et les panels d'hôpitaux constitués à l'aide de la statistique annuelle des établissements et du PMSI par Brigitte Dormont et Carine Milcent d'une part, Nicolas Studer d'autre part, afin d'analyser la productivité des établissements de santé. Enfin Pierre-Yves Geoffard et Grégoire de Lagasnerie utilisent des appariements entre enquête en population et données de l'assurance maladie pour la construction de modèles de microsimulation.

Maintenant techniquement et juridiquement possible, le développement de l'utilisation des grandes bases de données administratives ou médico-administratives, prises isolément, appariées entre elles ou à des données d'enquête, est un enjeu déterminant pour l'avenir de la recherche en économie de la santé. La possibilité pour les chercheurs d'utiliser les données fiscales selon des modalités protégeant les libertés individuelles pourrait être prochainement ouverte par la loi. Comme pour d'autres domaines de la recherche en économie, la connaissance des revenus offerte par les données fiscales permettrait des avancées déterminantes pour la recherche en économie de la santé et l'alimentation du débat public.

Le contexte général dans lequel s'insèrent les thèmes de ce numéro est celui de la croissance rapide des dépenses de santé. Ni nouvelle, ni exceptionnelle, cette croissance s'observe dans la plupart des pays développés.

Le système de soins français offre une couverture des soins généreuse et stable dans le temps. Environ trois-quarts des dépenses de soins sont couverts par la sécurité sociale et par l'État depuis plusieurs décennies : en 1970 le taux de couverture était de 76,5 % ; il est de 76,8 % en 2011. Cette stabilité de la couverture n'est possible que grâce à un taux de prélèvement obligatoire continuellement

croissant. Les dépenses de santé augmentent en effet plus vite que les autres postes de consommation. En France comme dans les autres pays développés, la cause principale de cette évolution est le progrès technique médical : il fait apparaître de nouveaux produits et de nouvelles procédures dont la diffusion alimente la croissance des dépenses de santé (Dormont, 2009). Il en résulte une continue augmentation de la part du PIB qui leur est affectée : la dépense de soins et de biens médicaux représentait 5 % du PIB en 1970 ; elle en représente 9 % en 2011. Pour l'avenir, on prévoit une prolongation des tendances passées : les dépenses de soins continueront à progresser plus rapidement que le PIB, avec des gains en santé et en longévité conformes aux attentes de la population. Les tensions sont fortes, particulièrement dans la période actuelle, où il est difficile d'augmenter les prélèvements obligatoires et les cotisations.

En France, la maîtrise des dépenses de santé est un sujet presque aussi ancien que l'assurance maladie. Des tentatives de remise en ordre ont lieu périodiquement depuis les années 1950, associant hausses de prélèvements et baisses de prise en charge, *via* l'introduction de tickets modérateurs, de remboursements, franchises et forfaits. Ces dispositions se sont accompagnées de dispositifs compensatoires en direction des plus modestes (la CMU-C offre depuis 2000 une couverture complémentaire gratuite aux personnes à bas revenus) et des plus malades (les assurés dont la maladie figure dans la liste des affections de longue durée - ALD - bénéficient d'une prise en charge à 100 % pour les soins liés à cette affection). La combinaison de ces dispositifs a pour résultante que la stabilité de la couverture moyenne recouvre actuellement de grandes hétérogénéités au sein des assurés sociaux, avec un taux de couverture relativement faible pour les 82,4 % d'assurés qui ne bénéficient pas du régime des ALD : en 2010, celui-ci est de 59,7 % (HCAAM, 2012)¹. Les divers plans de redressements ont aussi comporté quelques timides éléments de contrôle administratif de l'offre de soins à travers la démographie médicale, les tarifs ou les budgets hospitaliers. Depuis 1996, un objectif annuel de dépenses est voté chaque année par le Parlement, mais il est presque toujours dépassé.

Face à la hausse attendue des dépenses de santé, faut-il continuer à arbitrer entre augmentation des prélèvements obligatoires et dégradation de la couverture des assurés ? Pas nécessairement. Des marges de manœuvre peuvent être trouvées dans les gains d'efficacité. Il est possible de faire des gains d'efficacité allocative sur le panier de soins remboursés et des gains d'efficacité productive en produisant davantage de santé pour un niveau de dépenses donné, à travers les soins, mais aussi grâce à l'ensemble des politiques publiques. Arbitrer entre prélèvements et dépenses, entre dépenses de natures différentes, évaluer les politiques menées, optimiser la production de santé : voilà des enjeux sur lesquels les économistes ont naturellement beaucoup de choses à dire. Ce numéro spécial, organisé en trois parties, l'illustre largement.

PREMIÈRE PARTIE

Fonder les choix collectifs : valeur de la santé, inégalités des chances en santé

La légitimité des choix réalisés par les responsables politiques au nom des citoyens ne peut être fondée que sur le respect des préférences de la population et la transparence des critères utilisés pour arbitrer entre des intérêts contradictoires. En matière de santé, deux approches sont envisageables : l'approche coût-bénéfice et l'approche coût-efficacité.

L'approche coût-bénéfice est peu utilisée en santé. Elle retient comme critère la somme nette des « consentements à payer » : la politique sera mise en œuvre si le total des sommes d'argent que les personnes favorisées par cette réforme seraient prêtes à verser est supérieur au total des compensations financières qui seraient demandées par les personnes lésées. Si elle respecte les préférences individuelles, cette méthode a pour inconvénient de donner la priorité aux préférences des individus les plus riches : la demande d'un bien normal est en effet fonction croissante du revenu.

1. Il est vraisemblable que les dispositifs introduits au début des années 2000 ont conduit à une dégradation de la couverture des assurés qui ne bénéficient pas du régime des ALD. Mais, les données actuellement disponibles ne permettent pas d'évaluer l'ampleur de cette évolution.

Plus largement utilisée, l'approche coût-efficacité utilise le concept de QALYs (*quality adjusted life years*) pour fonder des arbitrages entre différents traitements permettant d'améliorer la santé. Dans ce cadre, les gains de santé sont quantifiés en termes d'années de vie gagnées, pondérées par leur qualité : chaque année de vie est pondérée par un coefficient compris entre 0 et 1 exprimant, depuis l'état de parfaite santé correspondant au coefficient 1, toutes les gradations de mal-être croissant jusqu'à la mort correspondant au 0. Dans la mesure du possible, les pondérations sont établies en tenant compte des préférences de la population. Les choix sont alors basés sur la maximisation des gains en santé (mesurés en QALYs) pour un niveau de dépenses donné.

Cette méthode présente l'intérêt de ne pas avantager les individus à revenu élevé. Mais elle n'est pas exempte d'inconvénients. Tout d'abord elle a une portée limitée, car elle ne permet pas de comparer les apports d'interventions publiques dans la santé et dans d'autres secteurs. Dans ce cas, il faut exprimer les résultats en termes monétaires, faute de quoi on devrait comparer des années de vie gagnées et de meilleurs résultats scolaires par exemple, sans critère explicite pour procéder aux arbitrages. Par ailleurs, son application sans nuance peut entraîner des décisions contestables sur un plan éthique. La seule comptabilisation des QALYs peut ainsi conduire à favoriser le traitement d'une affection bénigne qui profiterait au plus grand nombre au détriment de la prise en charge d'une affection grave touchant peu de personnes.

La méthode coût-efficacité basée sur les QALYs est pour cette raison fortement controversée. Bien que légitime dans ses fondements, cette contestation a été exploitée avec succès par des industriels des produits de santé pour entretenir dans certains pays, dont la France, un rejet durable de toute approche reposant sur des critères de choix généraux et explicites en matière de santé. Or l'exigence de transparence dans les critères d'arbitrage est requise lorsqu'il faut décider quel niveau d'effort financier nous voulons atteindre collectivement pour les soins et lorsqu'il faut réaliser des arbitrages pour définir le panier de soins remboursés.

Marc Fleurbaey, Stéphane Luchini, Erik Schokkaert et Carine Van de Voorde proposent une amélioration de l'analyse coût-bénéfice qui permet d'éviter de donner la priorité aux préférences des plus riches. Un fondement théorique est donné à la définition de pondérations à appliquer aux consentements à payer des individus, pondérations qui reposent sur une mesure du bien-être individuel et tiennent compte de la santé des personnes et de leurs préférences sur les arbitrages santé-revenu. Estimés pour différents niveaux d'aversion aux inégalités sur un échantillon représentatif des français, les coefficients de pondérations calculés par Fleurbaey et ses co-auteurs peuvent être utilisés dans des analyses coûts-bénéfices de futures politiques de santé.

La recherche d'équité est aussi centrale dans l'analyse des inégalités sociales de santé. Celles-ci apparaissent particulièrement élevées en France au regard des autres pays d'Europe de l'Ouest. Selon la philosophie de la responsabilité, des politiques volontaristes de réduction des inégalités ne sont pertinentes que si elles visent à corriger des situations dont les individus ne sont pas responsables. Dans cette perspective, des différences d'état de santé découlant de comportements à risque comme le tabagisme ou une alimentation trop grasse ne doivent pas être corrigées si elles résultent véritablement des choix des individus. En revanche, les inégalités attribuables aux circonstances, comme le milieu social d'origine ou l'hygiène de vie des parents, sont reconnues comme des inégalités des chances injustes qui doivent être réduites par l'intervention publique. Pour appliquer ces principes, il est toutefois nécessaire d'évaluer le rôle de la responsabilité individuelle dans les différences de santé observées entre les individus. Or les comportements à risque des individus ne sont pas indépendants des circonstances qu'ils ont connues. Il y a une corrélation entre « effort » et « circonstances ».

L'article de **Florence Jusot, Sandy Tubeuf et Alain Trannoy** cherche à évaluer les parts respectives des inégalités de santé liées aux conditions dans l'enfance et aux comportements à risque, en considérant deux positions éthiques possibles pour le traitement de cette corrélation. Dans la première, seul l'effet direct du milieu d'origine sur la santé est considéré comme source d'inégalités illégitimes. Dans la seconde, l'effet indirect sur les comportements liés à la santé est également traité comme une source d'inégalités illégitimes. L'analyse empirique montre la forte prédominance des inégalités des chances sur les comportements à risques, un résultat qui légitime la mise en œuvre de politiques visant à réduire les inégalités sociales de santé.

DEUXIÈME PARTIE

L'assurance maladie

Notre système de sécurité sociale a été mis en place sur la base du programme du Conseil national de la Résistance. Le « pacte de 1945 » est réputé garantir la solidarité sur un mode universel selon le principe : « de chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins ». En pratique, on a composé avec l'existant, aboutissant à un système mixte mêlant assurances et prestataires de soins publics et privés. Les concepteurs de notre système ont prévu dès l'origine une couverture incomplète des dépenses de soins, laissant une place aux protections complémentaires facultatives. Le ticket modérateur visait à limiter la dépense en faisant directement payer une partie du coût des soins par le patient. Cependant, il a été pris en charge par les organismes d'assurances complémentaires, conduisant à un co-paiement de fait : la sécurité sociale et les assurances complémentaires se partagent maintenant la couverture des soins. L'intervention des assurances complémentaires est loin d'être négligeable, puisqu'elles couvrent 13,7 % des dépenses de soins (Le Garrec *et al.*, 2012).

Aujourd'hui, on peut considérer que le « pacte de 1945 » est en partie entamé. L'ensemble de la population bénéficie bien de la couverture maladie publique. Mais cette couverture est partielle : elle ne suffit pas à offrir à tous de bonnes conditions financières d'accès aux soins ; elle ne protège personne de l'exposition à des restes à charge considérables. Enfin une partie non négligeable de la population ne bénéficie pas d'une assurance complémentaire (4,2 % en 2010), cette proportion étant plus élevée chez les ménages modestes, de 8,5 % en 2010 pour les ménages du premier quintile de revenus (Dourgnon *et al.* 2012). Certes, les prestations sont égales pour tous et la mise en place de la couverture maladie universelle a permis de couvrir les coûts d'un large panier de soins pour les populations les plus précaires. Il n'en demeure pas moins que le coût d'accès aux soins pèse beaucoup plus lourdement sur le budget des ménages à bas revenus. Trois constats peuvent être faits : (i) Compte tenu de la couverture insuffisante offerte par la sécurité sociale pour les patients qui ne sont pas en ALD (59,7 %, cf. *supra*), l'assurance complémentaire est désormais une condition indispensable pour un bon accès aux soins ; (ii) En l'absence de mécanisme de plafonnement, la couverture partielle par l'assurance maladie expose les individus à des restes à charge qui peuvent être considérables. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a ainsi pu calculer que les personnes ayant consommé des soins sur 2008-2010 et dont les dépenses appartiennent au centile supérieur des dépenses ont connu un reste à charge cumulé avant complémentaire² dépassant 7 200 € (HCAAM, 2012) ; (iii) le coût d'achat d'une complémentaire santé peut atteindre 8 % du revenu pour les ménages modestes, ce qui peut sembler prohibitif et conduire à un renoncement à l'assurance.

Malgré sa générosité, le système français ne réussit pas véritablement à garantir à l'ensemble de la population une couverture suffisante à un prix acceptable. Dans le contexte de la croissance prévisible des dépenses de santé, ces défauts de couverture risquent de s'aggraver, avec des restes à charges plus importants et une hausse accélérée des primes d'assurance complémentaire, conduisant à terme à des renoncements à l'assurance complémentaire et éventuellement aux soins. Face à ce risque, les politiques publiques ont cherché à favoriser l'accès des ménages à bas revenu à l'assurance complémentaire, en la leur fournissant gratuitement (avec la CMU-C) ou en subventionnant son achat (avec l'aide à la complémentaire santé - ACS). D'autres options sont envisageables : mettre en place une concurrence régulée sur les assurances complémentaires pour les biens inclus dans le panier de soins public ; instaurer un « bouclier sanitaire » en plafonnant le reste à charge pour chaque assuré. Les trois contributions présentées dans cette partie apportent des éléments de réflexion sur ces différentes politiques.

L'article de **Sophie Guthmuller, Florence Jusot, Jérôme Wittwer et Caroline Desprès** cherche à comprendre le faible recours à l'aide à la complémentaire santé. Mise en place en 2005, l'ACS vise à inciter les ménages modestes à acquérir une couverture complémentaire santé grâce à un bon d'achat. Les auteurs ont mis en place une expérimentation sociale auprès d'un échantillon d'assurés éligibles de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lille-Douai. Ils ont constitué trois groupes

2. En l'absence de données individuelles sur les dépenses prises en charge par les complémentaires santé, il est impossible de connaître la proportion de ces sommes restant effectivement à la charge des assurés après couverture par l'assurance complémentaire. La construction, très difficile à obtenir, d'un échantillon national de dépenses de soins incluant à la fois les remboursements effectués par la sécurité sociale et les assurances complémentaires représente un enjeu considérable pour évaluer les performances de notre système d'assurance maladie.

par tirage au sort afin d'évaluer l'effet sur le recours à l'ACS d'une majoration du chèque santé et de l'invitation à une réunion d'information. Les résultats de cette expérience montrent que la majoration du chèque santé a un effet faible mais significatif sur le recours à l'ACS, justifiant l'augmentation du chèque santé décidée par la suite. Cet article apporte d'autres éléments utiles aux décideurs publics afin d'améliorer la mise en œuvre de cette politique, comme l'effet paradoxal de l'invitation à la réunion d'information qui, contrairement à l'intuition, décourage le recours à l'aide.

Brigitte Dormont, Pierre-Yves Geoffard et Karine Lamiraud analysent le modèle de la « concurrence régulée » en assurance maladie, à partir de l'exemple de la Suisse. Ce modèle introduit des mécanismes concurrentiels sur le marché de l'assurance de base, tout en instaurant une régulation pour éviter la sélection des risques et garantir une solidarité entre malades et bien portants. En France, on pourrait envisager ce type de régulation pour le secteur des assurances complémentaires. Dans ce but, on introduirait une séparation avec leurs activités d'assurances supplémentaires (qui ne seraient pas régulées de la même manière, car elles couvrent des soins exclus du panier de base). Ce système viserait à résoudre les problèmes d'accès à l'assurance complémentaire qui existent dans le cadre de la régulation actuelle (Dormont, 2010). Les résultats observés en Suisse montrent les limites de ce type d'organisation, les assurés ne faisant pas jouer la concurrence. L'analyse montre que leur faible mobilité résulte de la coexistence de deux marchés d'assurance maladie soumis à des règles différentes mais où opèrent les mêmes prestataires. Le droit de sélectionner les candidats à la souscription pour l'assurance supplémentaire y mine la concurrence sur l'assurance de base.

Pierre-Yves Geoffard et Grégoire de Lagasnerie évaluent à l'aide de micro-simulations une réforme possible de l'assurance maladie obligatoire : mettre en place un plafond annuel des restes à charge en soins de ville, financé par l'instauration de franchises annuelles. Ce type de réforme, dont l'analyse a été initiée par Claire Lachaud - Fiume, Christine Largeron-Leténo et Lise Rochaix-Ranson (1998), a fait l'objet d'un large débat à la suite du projet de « bouclier sanitaire » présenté par Raoul Briet et Bertrand Fragonard (2007). Son principe revient à dégrader un peu la couverture de tous ceux qui consomment des soins pour améliorer celle des assurés qui sont en haut de la distribution des dépenses de soins et connaissent de ce fait des restes à charge élevés.

La réforme simulée maintient constant le budget de l'assurance maladie grâce à l'introduction d'une franchise annuelle, dont les auteurs préconisent qu'elle ne soit pas remboursable par les assureurs complémentaires afin de limiter l'aléa moral du côté de la demande qui pourrait conduire à une surconsommation de soins. Deux types de scénario sont envisagés, selon que la franchise et le plafond sont fixes ou varient en proportion du revenu des individus. L'analyse présentée reste partielle : elle est limitée aux soins de ville, alors que certains séjours hospitaliers peuvent générer de forts restes à charge ; l'examen de l'équité du système n'intègre pas la dimension de son financement, et notamment la progressivité des contributions sociales alimentant les recettes de l'assurance maladie. Cependant, les micro-simulations présentées permettent de bien comprendre les enjeux d'une telle réforme, notamment en termes de protection par rapport au risque. La grande taille de l'échantillon permet de simuler finement les participations financières aux dépenses de soins sous divers scénarios, du point de vue de l'équité, de la couverture du risque financier, ainsi que de la faisabilité politique.

Les auteurs mettent en évidence une dominance stochastique d'ordre 2 *ex ante*, sous le voile d'ignorance quant à la réalisation du risque : dans tous les cas, les individus averses au risque qui ne connaissent pas leur état de santé préféreront se prémunir contre les risques catastrophiques avec un système de bouclier. Mais une difficulté politique de ce type de réforme réside dans le fait qu'elle entraîne par définition davantage de perdants (avec de petites dépenses de soins) que de gagnants (avec de forts restes à charge), ce qui diminue son acceptabilité.

Certains s'opposent au bouclier sanitaire au motif qu'il remettrait en cause leur conception du « pacte de 1945 », dans la mesure où les prestations ne sont pas définies en fonction seulement des besoins de la personne lorsque le bouclier et la franchise sont proportionnels à son revenu. Cet argument ne nous semble pas recevable, puisque faute de couverture complète la réalité est déjà fort éloignée des principes de 1945, avec un accès financier aux soins différencié selon le niveau de revenu de chacun, et notamment plus difficile pour les plus modestes. Cependant, l'acceptabilité d'un tel système peut encore être menacée par les risques qu'il fait peser sur le marché des complémentaires santé, lesquelles pourraient refuser de se trouver confinées dans un rôle d'assureur supplémentaire. Enfin la tentation serait forte, pour les décideurs publics, de traiter les déficits ultérieurs de l'assurance maladie en relevant progressivement le plafond ou la franchise.

TROISIÈME PARTIE

L'efficacité productive du système

On l'a dit, l'amélioration de l'efficacité productive du système de santé offrirait des marges de manœuvre face aux difficultés de financement. Les sources d'inefficacité peuvent être catégorisées en *aléa moral du côté de l'offre* et *aléa moral du côté de la demande*. L'aléa moral du côté de l'offre de soins comprend les comportements de demande induite mais aussi les problèmes d'inefficacité productive. Ces derniers peuvent se rencontrer dans les hôpitaux publics, dont l'activité a été pendant de longues années financée à titre rétrospectif en fonction des coûts observés, sans incitation à la minimisation des coûts, puis avec un budget global calculé sans rapport avec le volume réel de soins délivrés, avant l'instauration en 2004 de la tarification à l'activité, ou T2A. L'inefficacité productive peut aussi résulter d'un défaut d'organisation de l'offre de soins, avec des médecins mal répartis sur le territoire ou des carences dans la structuration de l'offre hospitalière. Une régulation permettant de réduire l'aléa moral du côté de l'offre pourrait suffire à obtenir un bon niveau d'efficacité, sans développer outre mesure la lutte contre l'aléa moral du côté de la demande. En effet, il est difficile de trouver un médecin complaisant pour surconsommer lorsque les médecins n'ont pas intérêt à multiplier les actes au-delà du nécessaire. Concentrer les efforts sur l'aléa moral du côté de l'offre présente un avantage appréciable : cela permet de limiter les mécanismes de responsabilisation, qui présentent l'inconvénient d'exiger une participation financière des patients et de réduire l'accès aux soins pour les personnes aux revenus modestes.

En France, la régulation s'est focalisée sur la responsabilisation des patients, alors que beaucoup reste à faire du côté de l'offre : le paiement à l'acte reste omniprésent dans la médecine de ville et l'hospitalisation privée, bien qu'il incite à des comportements de demande induite. La liberté d'installation des médecins conduit à une mauvaise répartition géographique qui est source d'inefficacité à plusieurs titres : dans les régions sur-dotées, les médecins en surnombre ont du mal à réaliser suffisamment de consultations et sont incités à des comportements de demande induite pour améliorer leurs honoraires ; dans les zones sous-dotées, les patients ont du mal à accéder à un médecin. Pour l'hôpital, l'introduction de la tarification à l'activité (T2A) vise à améliorer l'efficacité productive des établissements. Mais ses modalités d'application dénaturent en partie les mécanismes d'incitation mis en place.

Trois articles illustrent ici différents aspects de la régulation de l'offre de soins.

L'article d'**Eric Delattre et Anne-Laure Samson** s'intéresse aux stratégies de localisation régionale des médecins généralistes. Le contexte est connu : comparativement aux pays voisins, nous ne manquons pas de médecins en France, mais leur inégale répartition sur le territoire crée localement des situations de pénurie. Les spécialistes sont davantage concernés que les généralistes : les « déserts médicaux » tant mentionnés dans la presse ne concernent qu'une très faible partie de la population pour la médecine générale (Coldefy *et al.*, 2011). Mais les comportements d'installation des nouvelles générations de généralistes sont moins diversifiés que ceux des générations plus anciennes, laissant présager une dégradation de leur répartition territoriale à l'avenir. Les gouvernements successifs ont renoncé à toute forme de coercition sur les médecins, mettant l'accent sur les incitations financières.

Les auteurs observent un comportement de sédentarité chez les médecins, qui s'installent en grande majorité dans la région de leur thèse. Ils en concluent que les politiques doivent cibler en priorité les étudiants en médecine. Par ailleurs, ils trouvent que des incitations financières à l'installation dans des zones sous-dotées peuvent influencer sur le choix de la région d'exercice. Mais leur effet sur la diminution des inégalités entre régions serait d'une faible ampleur : il faudrait des primes d'un montant très élevé pour modifier substantiellement les choix d'installation. Les mécanismes financiers incitatifs ne peuvent être les seuls instruments de correction des inégalités de répartition des médecins. Même si cette modélisation n'a pas pu être réalisée à un niveau territorial plus fin que la région, ses conclusions peuvent donner à réfléchir aux décideurs.

Enfin, les deux derniers articles du numéro s'intéressent à la productivité des hôpitaux, dans le contexte de la mise en place de la tarification à l'activité à partir de 2004. Bien réguler les dépenses hospitalières présente un enjeu important. En France comme dans les autres pays, l'hôpital coûte très cher : en 2011, les soins hospitaliers représentent 46 % de la consommation de soins et de biens médicaux, soit le premier poste de dépense, alors que les séjours hospitaliers ne concernent chaque

année qu'environ 10 % de la population. Basée sur le principe de concurrence par comparaison, la tarification à l'activité (T2A) vise à améliorer l'efficacité de la dépense de soins hospitaliers. Cette réforme a suscité de nombreux débats, sur les risques supposés de détérioration de la qualité des soins, mais aussi sur sa portée réelle et ses modalités de mise en œuvre.

L'un des sujets de contestation a notamment porté sur la convergence des tarifs entre établissements publics et privés. Faut-il faire jouer la concurrence entre hôpitaux publics et privés, ou seulement entre hôpitaux publics d'une part et cliniques privées d'autre part ? Ces établissements sont-ils comparables ou soumis à des contraintes différentes ? En France, les cliniques privées représentent un tiers des séjours hospitaliers, avec une très forte spécialisation sur certains types d'activités comme la chirurgie programmée. Les statuts des personnels y sont plus flexibles, la plupart des médecins y exercent en tant que non salariés et la sélection des patients y est possible. Même si les missions d'intérêt général de l'hôpital public sont rémunérées spécifiquement dans le cadre de la T2A, la question de la comparabilité des hôpitaux publics et privés mérite d'être examinée. C'est dans ce débat que se situent **Brigitte Dormont et Carine Milcent**. Elles montrent que le diagnostic sur l'efficacité productive des hôpitaux publics dépend de la définition de la frontière de production. Lorsque l'on tient compte des caractéristiques de la patientèle et la composition des séjours des hôpitaux, les hôpitaux publics et privés non lucratifs apparaissent plus efficaces que les cliniques privées (à l'exception des petits établissements). La plus faible productivité apparente des hôpitaux publics s'explique principalement par leur taille, la composition de leur patientèle et celle de leurs séjours, caractérisée par une faible proportion de séjours chirurgicaux, et non par une moindre efficacité.

Nicolas Studer, enfin, analyse l'évolution d'un indice de productivité globale des hôpitaux publics français sur la période 2003-2007, qui couvre l'introduction de la T2A en 2004. En retenant une définition de la production hospitalière identique à celle formalisée par Dormont et Milcent et en considérant aussi une fonction de production de Cobb-Douglas, il montre que la productivité des hôpitaux publics français a augmenté sur la période.

Six articles de ce numéro spécial sont issus de recherches soutenues par la Chaire Santé Dauphine (Institut Louis Bachelier, MGEN), laquelle fédère des chercheurs de l'université Paris-Dauphine, de l'Ensaie et d'autres institutions de recherche. Les responsables de ce numéro spécial remercient chaleureusement Victoria Verdy, coordinatrice de la Chaire Santé, qui a les a assistées dans le travail d'interface entre les auteurs et les rapporteurs ainsi que l'ensemble des contributeurs et rapporteurs.

BIBLIOGRAPHIE

Benamouzig D. (2005), *La santé au miroir de l'économie*, PUF.

Briet R., Fragonard B. et Lancry P.-J. (2007), *Rapport sur la mission bouclier sanitaire*, <http://www.sante-sports.gouv.fr/>.

Coldefy M., Com-Ruelle L. et Lucas-Gabrielli V. (2011), « Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine », *Études et Résultats*, n° 764.

Dormont B. (2009), *Les dépenses de santé. Une augmentation salutaire ?* Opuscule du CEPREMAP, Éditions Rue d'Ulm.

Dormont B. (2010), « Liberté ou solidarité : le dilemme des complémentaires », *Sève, Les Tribunes de la santé*, n° 28.

Hourcade P., Guillaume S. et Rochereau T. (2012), « Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 », *Les rapports de l'IRDES*, n° 1886.

HCAAM (2012), Rapport annuel 2012.

Le Garrec M.-A., Bouvet M. et Koubi M. (2012), « Les comptes nationaux de la santé en 2011 », *Études et résultats*, n° 809.

Lachaud-fume C., LARGERON-LETÉNO C. et ROCHAIX L. (1998), « Franchise sur les soins ambulatoires et équité sociale ». *Économie et Statistique*, n° 315, pp. 51-72.

Mougeot M. et Naegelen F. (2011), *Régulation et tarification des hôpitaux*, Economica.
