



S o m m a i r e

Au fondement de la crise : les objectifs du système de santé	2
La dépense nationale de santé : une variable aux multiples facettes	3
Au coeur de la problématique : une configuration de l'offre et de la demande atypique	5
Analyse des points essentiels de la réforme	6



la lettre de

L'Observatoire

n°19 - juin 2005

Préface

Lors des réformes du système de santé, quatre leviers d'actions canoniques sont traditionnellement envisagés pour contrôler le niveau des dépenses. La solution la plus immédiate consiste à accroître l'effort des financeurs. Le domaine de la santé pouvant être assimilé à un marché, la régulation de l'offre et/ou de la demande de soins offre deux outils supplémentaires. La configuration du système, en raison de la complexité des relations entre les différents acteurs, conduit à envisager une optimisation de sa gouvernance, tant au niveau purement organisationnel que dans le suivi des objectifs. Le législateur, par le biais de la loi portant réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004, a choisi de recourir aux trois derniers instruments. Alors que la majorité des décrets d'applications deviennent opérationnels, de nombreux débats contestataires perdurent.

Sauverons-nous notre système de santé ? Peut-être. Nous l'espérons tous. Mais cela ne se fera certainement pas sans une adhésion unanime de ses acteurs et de ses bénéficiaires. En effet, par nature, le système de santé français offre un espace communal à tous qui s'apparente quasiment à un bien libre. Or, depuis plus d'un siècle, mais surtout depuis la contribution de Garret Hardin, on sait tous que les communaux sont susceptibles d'être surexploités par l'initiative individuelle ou/et détruits par les régulations impossibles de l'État.

Alors que le système de santé anglais, qui était le système européen le moins efficient, signale une amélioration manifeste, il serait navrant de laisser le déficit des comptes de la Sécurité sociale détruire des années d'efforts pour que l'égalité devant les soins ne soit pas uniquement un principe de plus mais continue à être à peu près effectif.

Cyrille Piatecki
Directeur de l'Observatoire Alptis

“ L'actualité juridique, économique et sociale des travailleurs indépendants et des petites entreprises leur ressemble : elle bouge tout le temps. Cette lettre en est un bon résumé ”

LA RÉFORME DE LA SANTÉ SOUS LES FEUX DE LA RAMPE

Introduction générale

Stéphane Rapelli, Chargé d'études

Au moment de la mise en application concrète de la loi portant réforme de l'Assurance Maladie, l'Observatoire Alptis revient sur les principaux fondements économiques et sociaux de cette loi. Plus de six mois après son vote, de nombreuses interrogations perdurent et tendent à focaliser les débats. Plutôt que d'entreprendre une analyse lexicographique des mesures de la réforme en raison d'un recul temporel insuffisant, trois aspects fondamentaux du système de santé sont étudiés¹. En rappelant les origines de la dérive financière de la branche maladie, une première analyse permet de mieux saisir l'absolue nécessité d'une évolution. D'autre part, diverses approches de la dépense de santé sont envisagées afin d'apprécier les multiples dimensions du système d'Assurance Maladie. Enfin, une discussion critique de la configuration du marché de la santé conduit à préciser le rôle et les implications de ses acteurs dans l'évolution des dépenses.

1. Un bref énoncé des principaux points de la réforme est toutefois entrepris.

I- AU FONDEMENT DE LA CRISE : LES OBJECTIFS DU SYSTÈME DE SANTÉ

La réforme du système d'Assurance Maladie ne peut s'analyser sans un éclairage historique minimal. En effet, une étude à caractère comptable se focalisant sur les variables socio-économiques masquerait les fondements de la dynamique du déficit. Comme le démontre très clairement les travaux de Palier (2004), l'inadéquation de l'accroissement des recettes avec la dilatation accélérée des dépenses tient foncièrement dans une lente transformation des objectifs premiers du système.

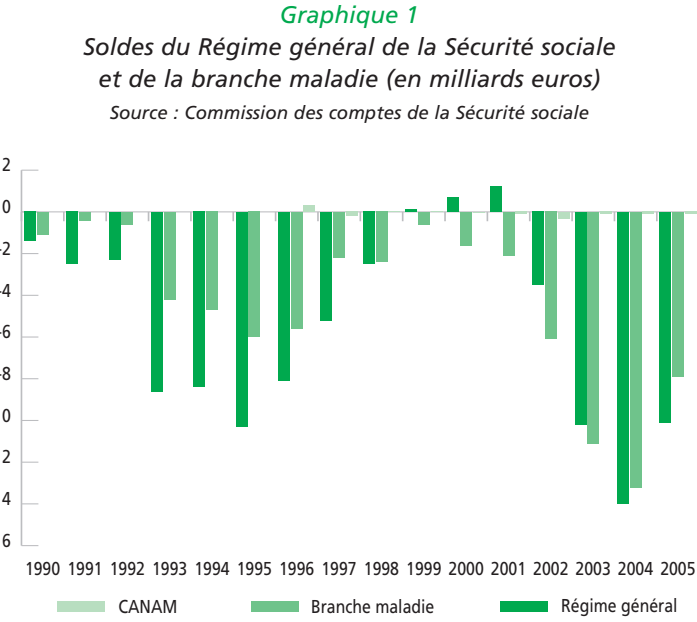
Au début du XX^e siècle, la vocation originelle de l'Assurance Maladie était de procurer un revenu de substitution aux salariés victimes d'une cessation d'activité temporaire suite à la réalisation d'un risque de santé. Elle était financée par des cotisations salariales rendues obligatoires sous la pression des syndicats (patronaux et salariaux) qui en assuraient la gestion. Parallèlement, les Travailleurs Non-Salariés s'orientaient vers des structures assurantielles facultatives assimilables aux mutuelles de santé actuelles. Dans ce système, les droits acquis étaient donc totalement liés à l'activité. En faisant passer la gestion du système d'Assurance Maladie sous la tutelle de l'État, l'ordonnance de 1945 a substantiellement modifié l'ordre établi. Ce dernier garantit à tous un accès à la santé par le biais de la création du régime général d'Assurance Maladie.

À ce stade, le système s'appuie encore fortement sur l'activité, puisqu'il s'adresse aux salariés et à leurs ayants droit. En revanche, en plus de la garantie d'un revenu compensatoire, il assure de facto une prise en charge des soins médicaux des bénéficiaires. En effet, les principes fondateurs retiennent, comme le rappelle Bejean (1994), un souci d'équité, de justice sociale et d'égalité dans l'accès aux soins. C'est le respect de cette philosophie qui va conduire à élargir la couverture maladie. Jusqu'à dans les années 70, les travailleurs ne relevant pas du régime général, qui s'articule autour de l'Assurance Maladie des salariés du privé², vont assister à la création de régimes spécifiques leur étant destinés. Les agriculteurs bénéficieront de la Mutualité Sociale Agricole dès 1961. Les travailleurs indépendants, qui défendaient les bienfaits du corporatisme en la matière, devront cotiser à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des professions indépendantes (CANAM) à partir de 1966. Finalement, 18 régimes seront créés. En revanche, le couplage de la couverture maladie à l'activité professionnelle excluait les individus privés d'emploi. Le principe de l'égalité devant les soins ne pouvait être respecté. À partir de 1978, sous l'impulsion des politiques économiques keynésiennes favorisant la demande, une série de mesures a été appliquée pour palier à ce manquement. La Couverture Maladie Universelle (CMU), créée en 2000, constitue l'extension extrême du système d'Assurance Maladie, puisque pour les bénéficiaires de cette protection, elle n'est plus adossée à l'emploi.

2. Assurance gérée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleur Salariés (CNAMTS) à partir de 1967.

Le financement semblait initialement soutenable, car l'offre de soins restait réduite et la France bénéficiait des mêmes taux élevés de croissance et d'emploi qui accompagnèrent les Trente glorieuses. Mais à partir des années 70, le ralentissement des performances macroéconomiques a été le révélateur des limites systémiques de l'Assurance Maladie. D'une part, l'accroissement progressif du chômage s'est accompagné d'un amoindrissement mécanique des capacités de financement reposant sur les cotisations sociales et, d'autre part, le progrès technique a engendré une dilatation tarifaire de l'offre de soins. La consommation de soins a pris le pas sur le remplacement temporaire de revenus qui représentait l'objectif initial du système. Ainsi, les indemnités journalières et les congés maladie de longue durée ne représentaient que 7,27 % des prestations maladies en 1990 et 6,95 % en 2003, le reste étant absorbé par la prise en charge des soins. Le système a donc vu une mutation radicale de son champ d'action, alors même que son mode de fonctionnement ne se modifiait que marginalement.

En vertu du système de compensation inter-régimes, les effets de la conjonction de ces deux tendances se sont propagés à tous les régimes. Malgré les déficits des années 70 et 80, c'est à partir de 1990 que la soutenabilité du financement du système de santé s'est révélée très incertaine. Comme le synthétise le graphique 1, l'Assurance Maladie a d'ailleurs



fortement pesé sur le financement global de la Protection Sociale durant la décennie qui vient de s'écouler. L'évolution du solde de la CANAM depuis 1995, graphique 2, apparaît plus volatile, mais reste tendanciellement similaire à celle de l'intégralité de la branche maladie.

La crise systémique est donc globale et possède des germes anciens. Mais elle est surtout une crise d'adaptation perpétuelle. La fréquence des interventions visant à redresser les comptes de l'Assurance Maladie - Tabuteau (2004) relève une intervention tous les 15 à 18 mois depuis 1974 - est symptomatique d'une inadéquation du système aux mutations de son environnement socio-économique. Le respect des fondements doctrinaux originels participe grandement à ce phénomène, puisque au sein du système, des objectifs sanitaires, politiques, sociaux et économiques doivent être articulés conjointement.

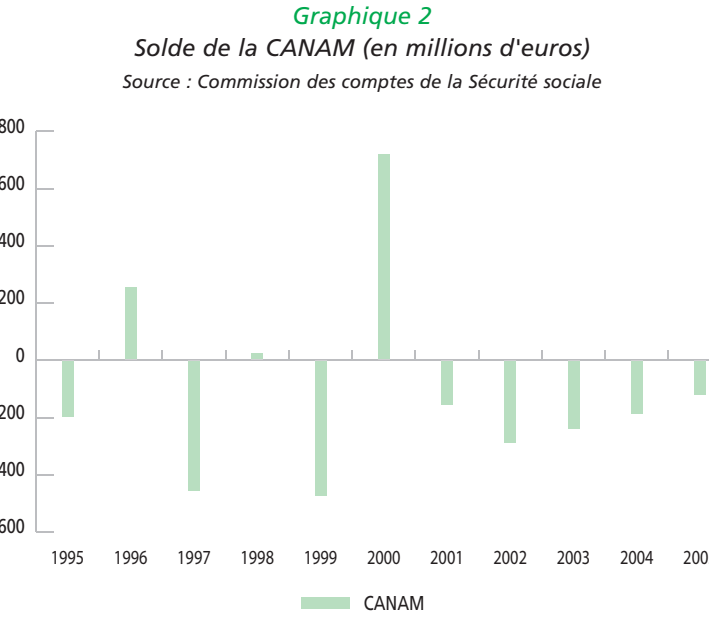
La noblesse des objectifs de l'Assurance Maladie n'est pas à discuter, mais le financement d'un tel projet social réclame une approche rationnelle et pragmatique. Les quelque 13,2 milliards d'euros de déficit courant, associés aux 30 milliards de déficit cumulés, doivent naturellement être résorbés. Mais la portée de l'intervention ne peut s'arrêter à ce seul but car c'est finalement la survie d'une institution âgée de 50 ans dans un environnement économiquement instable qui est en question. Dans ce contexte, la réforme lancée en 2004 constitue un pari aux enjeux considérables car elle vise à garantir un accès égal à des soins de qualité tout en respectant la liberté des patients comme des professionnels et en préservant la viabilité à long terme du système.

II- LA DÉPENSE NATIONALE DE SANTÉ : UNE VARIABLE AUX MULTIPLES FACETTES

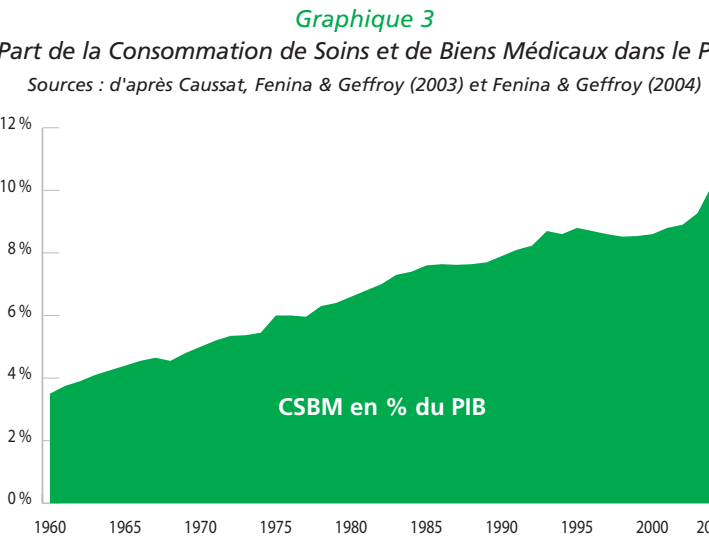
Les dispositifs déployés dans le cadre de la réforme du système d'Assurance Maladie visent essentiellement à contenir la progression de la dépense nationale de santé. Cette volonté est confirmée par le projet de loi de financement pour 2005 qui retient une progression des dépenses de 3,2 %. La Commission des comptes de la Sécurité sociale (2004) souligne le caractère ambitieux d'un tel objectif relativement à la tendance annuelle de l'évolution des dépenses qui est estimée à 5,5 %. Ce constat quantitatif exprime toute la difficulté d'une intervention efficace sur la dynamique des dépenses conditionnées par de nombreux paramètres dont le contrôle reste délicat.

1 Un système économique à part entière

Le domaine de la santé détient une place stratégique dans l'économie nationale. Toute action concernant le système d'Assurance Maladie concerne, non seulement une institution comprenant plus de 150 000 employés, mais surtout une architecture sociale pesant directement sur l'ensemble des équilibres macroéconomiques. Ainsi, la consommation de soins et de biens médicaux est une variable dont l'importance n'a cessé de croître et devrait représenter pour l'année 2004 environ 144 milliards d'euros ; soit plus de 10 % de la richesse nationale, graphique 3, (comme le rappellent Fenina & Geffroy - 2004). Les comptes de la santé sont évalués en suivant le modèle de l'ensemble de la comptabilité nationale, c'est-à-dire par un système d'évaluation triennal glissant. Les données 2004 sont donc des estimations et celles de 2003 sont semi-définitives. Ces proportions impliquent de probables effets d'inertie face aux réformes que Bras (2004) estime à un ou deux ans, mais surtout une nécessaire intégration de l'ensemble des paramètres



En revanche, la subsistance de contraintes pesantes, comme la place du secteur de la santé ou les mécanismes du système d'Assurance Maladie, conduisent à discuter les moyens et surtout la portée de la stratégie déployée.



socio-économiques et de leurs évolutions à moyens termes. Cette première caractéristique du système de santé explique

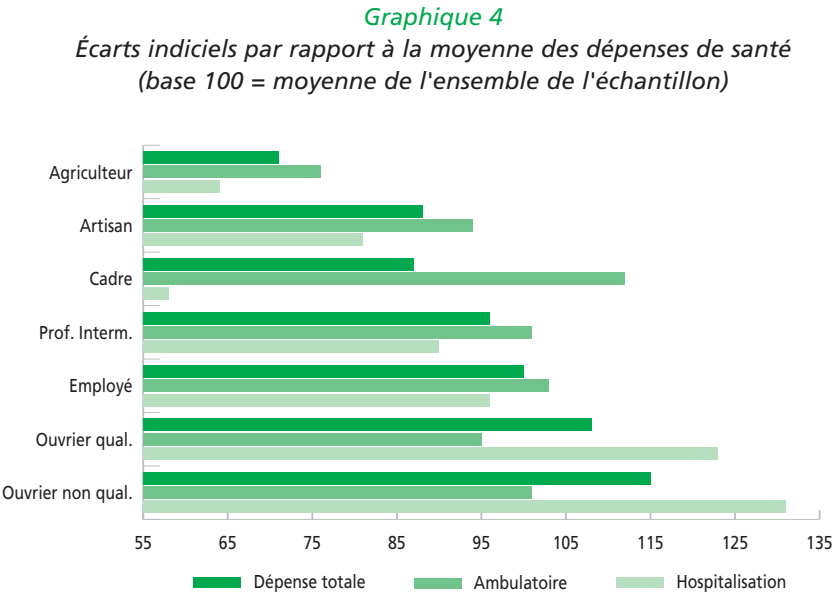
2 Un ensemble hétérogène de dépenses

La consommation de biens et services médicaux, qui intègre principalement les soins hospitaliers et ambulatoires, les transports de malades, les médicaments, les prothèses et le petit matériel médical, ne doit toutefois pas être confondue avec l'ensemble des dépenses de santé. Il faut aussi considérer les dépenses attenantes à la médecine préventive, aux indemnités journalières, à la gestion administrative du système, ainsi que les efforts concédés en termes de recherche et d'enseignement. Chacun de ces postes, dont l'agrégation constitue la dépense courante de santé, résulte d'agréats micro-économiques qui nécessitent une approche ciblée dans le cadre d'une réforme.

Les différentes facettes de la dépense nationale de santé tendent donc à rendre toute tentative de gestion particulièrement ardue.

3 Des spécificités sectorielles marquées

La décomposition de la structure de la consommation par Catégorie Socio-Professionnelle (CSP) fait apparaître des particularités remarquables. Il est possible de dégager très



clairement une corrélation marquée entre la consommation de soins et l'appartenance à une catégorie donnée, *graphique 4*. En plus des variables explicatives traditionnelles (conditions de travail, comportement à risque...), l'importance du recours à l'hospitalisation chez les ouvriers non-qualifiés (leurs dépenses dans ce domaine excèdent de 31 % la dépense moyenne) est

3. Toutefois, il faut rappeler que la part des dépenses hospitalières est maximale entre 10 et 20 ans (64 % de la dépense totale).
4. Il faut noter que les données ne concernent pas l'automédication. La relation très étroite qu'entretiennent les Travailleurs Non-Salariés avec leur activité pourrait être à l'origine d'un renoncement volontaire à la consultation médicale.

donc l'impossibilité d'une réforme radicale immédiate et le niveau de complexité auquel est confronté le législateur.

Un regard encore plus affiné conduit à envisager les dépenses de santé au niveau individuel. En effet, la pluralité des postes de consommation qui émerge de la nomenclature comptable des dépenses est associée à des comportements individuels hétérogènes face à la santé. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie (2004) rappelle que peu d'assurés sont à l'origine de dépenses élevées. Ainsi, 50 % d'entre eux ont une dépense moyenne inférieure à 470 €/an, 25 % dépensent moins de 150 €/an et 15 % moins de 40 €/an. Naturellement, les facteurs explicatifs de cette disparité peuvent être clairement interprétés en décomposant la population des assurés en classe d'âge, puisqu'il a été observé que les dépenses de santé s'accroissent avec l'âge³ (voir Grignon - 2003), ou par sexe, les dépenses ambulatoires des femmes étant supérieures à celle des hommes (Raynaud - 2002).

liée à un suivi médical peu soutenu. À l'inverse, une dépense en soins ambulatoire supérieure de 12 % à la moyenne semble atténuer le recours à l'hospitalisation des cadres. Néanmoins, cette approche n'explique pas les résultats obtenus pour les agriculteurs et la classe des artisans/commerçants, dont les dépenses de santé sont respectivement inférieures de 29 % et 12 % au niveau moyen observé. Cette caractéristique reste d'ailleurs mal expliquée, car ces catégories ne semblent pas bénéficier d'un état de santé très différent des autres CSP et jouissent d'une couverture maladie, tant obligatoire que complémentaire, assez complète (Auvray 2003)⁴. Les schémas de régulation éventuels de la dépense de santé globale doivent donc être à même d'intégrer les interconnexions microéconomiques.

CONCERNANT LA PARTICIPATION FORFAITAIRE DE L'ASSURÉ

Pour inciter les organismes complémentaires maladie à ne pas prendre en charge ce forfait, le bénéfice de l'exonération de charges sociales sur les primes ou cotisations et de l'exonération de taxe sur les conventions d'assurance sera réservé aux contrats répondant à un cahier des charges fixant à la fois un niveau minimal de couverture et des exclusions de prise en charge (comme celle liée à la franchise). Le cahier des charges entrera en vigueur pour tous les contrats concernés à compter du 1^{er} janvier 2006 (art. 57)

III- AU COEUR DE LA PROBLÉMATIQUE : UNE CONFIGURATION DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE ATYPIQUE

Le système d'Assurance Maladie constitue un marché très particulier. Les modalités de financement, tant au niveau de l'offre que de la demande de soins, sont à l'origine d'une déformation profonde des comportements économiques traditionnels. La déformation de l'offre semble accentuée par la coexistence d'une composante privée englobant la médecine ambulatoire et certaines cliniques et d'une composante publique pour ce qui concerne le secteur hospitalier. L'altération de la forme de la demande est d'autant plus sensible qu'elle concerne le bien le plus précieux des individus : leur santé. L'observation du marché sous-jacent au système d'Assurance Maladie met donc en lumière quelques facteurs potentiellement générateurs de dépenses accrues.

1 Une offre semi-publique génératrice de surcoûts

Contrairement aux systèmes nationaux de santé - qui se rencontrent en Grande-bretagne, mais aussi en Norvège et en Suède entre autres - les sommes allouées au financement de l'offre sont, dans le cas des systèmes d'Assurance Maladie, fixées a posteriori. Ainsi, la dépense nationale de santé au sein du National Health Service anglais est établie annuellement, au terme de négociations avec les représentants des principaux acteurs (syndicats de médecins, représentants hospitaliers...). Depuis le plan Juppé de 1996, l'offre de santé tend à être régulée. L'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), qui est arrêté par le Parlement lors du vote de la loi de financement de la Sécurité sociale, vise à doter les quatre groupes de fournisseurs de soins (les hôpitaux, les cliniques privées, les établissements médicaux-sociaux et le secteur de la médecine ambulatoire) d'une limite de dépense maximale. Or, les prévisions sur lesquelles se fondent les objectifs sont régulièrement sous-évaluées depuis 1998, *tableau 1*. La tendance serait toutefois à la diminution des

à l'acte représente un puissant levier de contrôle de l'évolution des prix, tout au moins dans le cadre du secteur 1 (le secteur 2 connaissant une administration des prix plus élastique fondée sur le respect déontologique). De plus, les biens médicaux pris en charge par l'Assurance Maladie ont un prix fixé par le Conseil Économique des Produits de Santé (CEPS) lors de leur inscription sur la liste des produits et prestations remboursables. Somme toute, l'offre se fait à prix administrés.

Le contrôle tarifaire devrait donc garantir une assez bonne maîtrise des dépenses de santé du côté de l'offre. La limite de cet outil administratif émerge de son champ d'action : il concerne uniquement le prix final proposé aux consommateurs de biens de santé. En d'autres termes, aucune contrainte lourde ne pèse sur les consommations intermédiaires des offreurs de soins. Ils bénéficient à ce titre d'une entière liberté lors de l'achat d'équipements ou de consommables, tant sur la négociation de leur prix que sur leur volume.

Tableau 1

Évolution de l'ONDAM voté et réalisation en milliards d'euro

Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
ONDAM	91,5	93,6	96	100,4	105,8	112,8	123,5	129,7
Réalisation	91,4	95,1	97,8	103,1	108,7	116,7	124,7	131
Dépassement	-0,1	1,5	1,6	2,7	3,1	3,9	1,2	1,3

écarts sur 2003 et 2004, alors même que ces deux années correspondent à la survenue de déficits de la branche maladie alarmants.

Ces dépassements chroniques sont en première lecture assez troublants. Comme le rappelle le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), la rémunération de l'offre est théoriquement administrée. En effet, les tarifs des hôpitaux publics sont directement fixés. D'autre part, la médecine ambulatoire et le secteur hospitalier privé voient leurs prix encadrés par le principe d'opposabilité tarifaire. Le paiement

En revanche, cette ligne d'arguments doit être balancée par des considérations qualitatives et surtout par l'existence d'une disparité marquée des offreurs dans ce domaine. Ainsi, les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS) permettent de contrôler de manière relativement efficace l'équipement hospitalier par le biais de processus d'évaluation raffinés. Selon Fenina & Geffroy (2004), l'augmentation des coûts de l'offre hospitalière est liée à la progression de la masse salariale résultant de la réduction du temps de travail. Cet ensemble d'éléments oriente l'éclairage sur d'autres secteurs.

suite p 8.

■ Analyse des points essentiels de la réforme ■

La loi portant réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004 a clairement orienté l'action publique vers la sauvegarde du système par le biais d'une maîtrise des dépenses de santé. Par ce texte, le législateur vise une réforme en prise directe avec les réalités économiques et sociales. Parmi les 76 articles de la loi sont ainsi proposés des outils propres à :

■ Optimiser l'offre de soins et la dépense de santé ;

- Redéployer l'organisation administrative de l'Assurance Maladie ;
- Recadrer les sources de financement.

Nous proposons ici une revue condensée des principales mesures introduites par la réforme. La mise en place de la plupart des dispositifs ciblant l'offre et la demande de soins sera effectuée progressivement au cours de l'année 2005.

1 Offre et demande de soins

Outils	Principes
■ Participation forfaitaire de l'assuré	Un ticket modérateur de 1 € est mis en place “dans le but de responsabiliser l'assuré dans son comportement de soins”. Cette franchise est appliquée à l'assuré et ses ayants droit (à l'exclusion des mineurs) et aux bénéficiaires de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles. Les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC), ainsi que les bénéficiaires de l'assurance maternité ne sont pas concernés. Les complémentaires santé ne sont pas sensées en assurer la prise en charge.
■ Création à l'horizon 2007 d'un Dossier Médical Personnel (DMP)	Ce dossier électronique participe au renforcement des réseaux de soins. Il permet de suivre l'état de santé d'un patient de manière dynamique et d'optimiser ainsi les actes médicaux. L'inscription des diagnostics et des actions thérapeutiques entreprises est assurée par le praticien afin de “faire bénéficier les patients du meilleur niveau de santé”. Le refus de présentation de ce dossier de la part du patient l'expose à une diminution du taux de prise en charge de ses soins.
■ Désignation par l'assuré d'un médecin traitant	Tout assuré d'au moins 16 ans doit désigner un médecin traitant (généraliste ou spécialiste). Ce médecin constitue le pivot du réseau de soins développé autour du patient, car il coordonne le DMP et oriente, le cas échéant, l'assuré vers un spécialiste. Si l'assuré n'effectue pas cette démarche, ou s'il consulte de son propre chef certains spécialistes, le ticket modérateur pourra être majoré. De plus, les spécialistes consultés inopinément sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires. En revanche, les majorations ne inaplicables en cas d'urgence, d'Affection de Longue Durée et de consultation en dehors de lieu de résidence habituel du patient.
■ Le protocole de soins des assurés en Affections de Longue Durée (ALD)	Ce protocole permet aux assurés atteints d'ALD (sclérose en plaque invalidante, SIDA, hémophilie, etc.) d'être exonérés du ticket modérateur. En échange, le patient doit se soumettre au protocole de soins établi par le médecin traitant et le médecin-conseil de la caisse dont il dépend. Il doit donc suivre les traitements prescrits, se soumettre aux visites médicales et aux contrôles de la caisse, proscrire toute activité incompatible avec son état de santé. Ce protocole signé par le patient est périodiquement révisable.
■ Aide à l'acquisition d'une complémentaire maladie	Cette aide prend la forme d'un crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels. Ce dispositif concerne exclusivement les personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond admis pour bénéficier de la CMUC et ce plafond majoré de 15 %. L'objectif est de gommer les effets de seuil supportés par ceux dont les revenus excèdent faiblement le plafond.
■ Aide à l'installation	Les praticiens libéraux désireux de s'installer dans des zones géographiques à faible densité médicale peuvent bénéficier d'une rémunération forfaitaire annuelle. Les modalités d'aide à l'installation à proprement parler sont définies conventionnellement.
■ Aide à la souscription de contrat de responsabilité civile professionnelle	Les médecins, sous réserve d'accréditation par la Haute Autorité en Santé et en échange du respect de référentiels de bonne pratique, peuvent bénéficier d'une aide pour leur assurance en responsabilité civile professionnelle. L'Assurance Maladie financera ce dispositif.
■ Lutte contre les abus et les fraudes	Le contrôle médical exercé par les caisses est renforcé afin de lutter contre l'émergence de surcoûts infondés. Les praticiens sont ainsi confrontés à des contrôles ciblant, entre autres, les actes et les prescriptions, le respect des engagements conventionnels et la tenue du DMP. D'autre part, la délivrance et l'utilisation de la carte Vitale est mieux encadrée. Les arrêts de travail et le versement des indemnités journalières sont, eux aussi, soumis à un contrôle plus serré tant au niveau des prescripteurs que des bénéficiaires. Ces dispositifs sont assortis de sanctions de nature financière.

2 Organisation de l'Assurance Maladie

Outils	Principes
■ Élargissement du rôle de l'Assurance Maladie	L'Assurance Maladie intervient dans deux domaines qui étaient de la compétence de l'Etat : la politique économique du médicament et des dispositifs médicaux et la politique hospitalière.
■ Création de la Haute Autorité en Santé	L'HAS est constituée de 8 experts et médecins élus pour 6 ans qui sont épaulés par des commissions spécialisées. Elle est chargée d'évaluer le service rendu des biens et services médicaux pris en charge par l'Assurance Maladie, de se prononcer sur les conditions de prise en charge de certaines pathologies, d'informer les pouvoirs publics, les professionnels de santé et les assurés. Elle doit élaborer et diffuser des référentiels de bonnes pratiques médicales. L'accréditation des professionnels lui échoit. Ces deux dernières missions résultent du fait qu'elle se substitue à l'Agence Nationale d'Accréditation en Santé et au Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique.
■ Création de l'UNCAM	L'Union des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) coordonne les actions de la CNAM, de la CANAM et de la MSA. De plus, elle est chargée de la gestion de la nomenclature des actes remboursables, des relations conventionnelles et de la fixation des taux de remboursement.
■ Création	L'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (UNOAMC ou UNOC) comprend de l'UNOAMC des représentants des institutions de prévoyance, des mutuelles et des assurances. Elle est à l'interface de UNCAM et des professionnels de santé pour ce qui concerne les dispositifs conventionnels.

3 Financement

Outils	Principes		
	CSG sur :	Assiette	Taux (%)
■ Hausse de la CSG	les revenus d'activité	97 % du revenu brut	7,5
	retraites, préretraites et pensions d'invalidité	100 % de la retraite, préretraite et de la pension d'invalidité	6,6* 3,8** 0,0***
	les allocations chômage et indemnités journalières	97 % de l'allocation chômage et des indemnités journalières	6,2* 3,8** 00**
	les placements le patrimoine les jeux		8,2 8,2 9,5
*imposables à l'impôt sur le revenu, **non-imposables à l'impôt sur le revenu mais imposables à la taxe d'habitation, ***non-imposables à la taxe d'habitation			
■ Hausse de la CRDS	La CRDS est maintenant calculée sur une assiette correspondant à 97 % du salaire. De plus, la durée de perception de cette contribution est prolongée jusqu'à l'apurement de la dette sociale (alors qu'elle devait se terminer en 2014).		

suite de la p 5.

→ Les coûts du secteur ambulatoire sont-ils justifiables ?

Le graphique 5 rappelle que les soins ambulatoires et les médicaments participent très largement à la croissance de la consommation de biens et services médicaux. Une telle constatation conduit à établir une relation immédiate entre les dérapages de l'offre médicale et l'évolution de ces deux composantes. L'attention des débats s'oriente vers la composante privée de l'offre de soins. Les rapports du HCAAM et de la Commission des Comptes de la Sécurité sociale (2004) soulignent l'impact du comportement de ce secteur. Deux sources potentielles d'accroissement des dépenses semblent caractériser la médecine ambulatoire.

- En premier lieu, le caractère libéral de ce secteur le rend peu réactif aux outils traditionnels de la régulation administrée. Ce facteur conduit à s'interroger sur l'efficacité de la rémunération des prestataires de soins. Dans une optique régulatrice, elle est sensée répondre à trois objectifs théoriques :
- couvrir les coûts de production (travail et capital) sans engendrer des phénomènes de rente ;
 - inciter à privilégier la qualité et l'optimisation des pratiques médicales ;
 - respecter les coûts relatifs de production des différents biens et services médicaux.

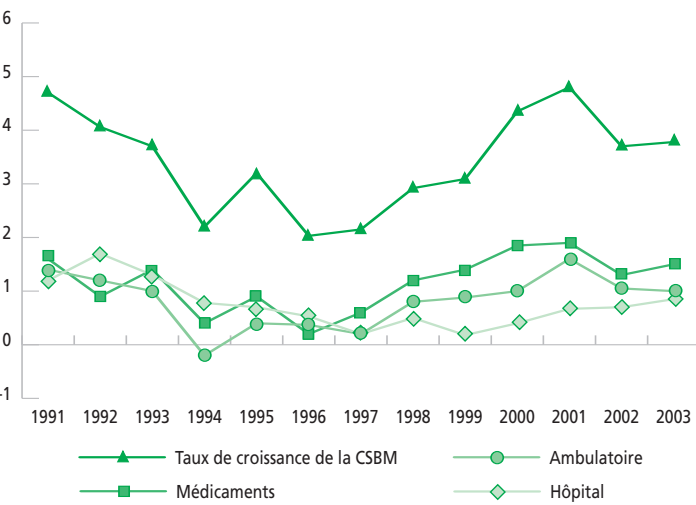
Le respect de tels objectifs est conditionné par une évaluation pertinente de la structure des coûts supportés par le secteur ambulatoire. En effet, cette information est à l'origine de la construction d'un tarif à l'acte ou d'un forfait légitimes. La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et la Tarification À l'Activité (T2A) apparue en janvier 2004 sont deux échelles d'évaluation relevant de cette démarche optimisatrice. Elles intègrent les coûts du travail à proprement parler - le temps, la technicité ou les équipements requis - et le coût de la pratique qui englobe les loyers, la masse salariale

Les coûts moyens correspondent aux coûts de production unitaires alors que les coûts marginaux concernent les coûts supplémentaires générés par une unité additive de produit. Théoriquement, le prix de la production doit correspondre à ces derniers pour être optimal, sans quoi le producteur bénéficie d'une rente issue de la différence de tarification. La présence d'économies d'échelle importantes tend à accroître la rente, car les coûts marginaux sont alors fortement décroissants.

du personnel... Or, certaines limites affectent lourdement la portée de ce type de calcul. La prise en compte de coûts moyens historiques plutôt que de coûts marginaux est susceptible, comme l'enseigne la théorie économique, de générer des phénomènes de rente d'autant plus conséquents si des économies d'échelle sont réalisables. Ce serait le cas pour l'offre assise sur un plateau technique important à l'instar des laboratoires d'analyses ou de radiologie. De plus, l'hétérogénéité des systèmes de rémunération entre les corps de métier (le paiement à l'acte qui prévaut pour les

médecins diffère fortement du taux de marge dégressif sur les prix hors-taxe dont bénéficient les pharmaciens) et la variabilité de leur niveau (majoration pour des consultations le dimanche et la nuit...) tendent à atténuer la lisibilité de la structure des coûts.

Graphique 5
Principale contributions à la croissance de la CSBM en volume.
Source : d'après Fenina & Geffroy (2004)



Les données semblent corroborer les dysfonctionnements de l'offre privée de soins. Ainsi, en s'appuyant, entre autres, sur les données du graphique 6 (cf. page suivante), le Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie relève qu'il "existe des différences importantes de rémunération nette entre les différentes professions médicales, que ne justifie pas toujours le niveau d'études et de formation, ou les sujétions, difficultés et risques de l'exercice professionnel" en plus des écarts au sein des professions libérales considérées. En revanche, l'échantillon choisi reste très arbitraire puisqu'il ne concerne que 8 professions médicales sur les 15 traditionnellement considérées. Le choix des professions libérales retenues pour la comparaison manque, lui aussi, de fondement. L'interprétation de ces données reste donc sujette à caution et nécessiterait une approche en termes relatifs. De plus, l'évolution de plusieurs paramètres sous-jacents sont masqués. Ainsi, Audric (2004) rappelle que le volume d'activité tend à croître alors que les effectifs restent stables. Cette tendance favorise une certaine progression des revenus au niveau global et finalement du pouvoir d'achat. Dans la même veine, le choix des périodes considérées n'est pas neutre. Des revalorisations tarifaires ont été entreprises à partir de 2002 au bénéfice de nombreuses spécialités, ce qui a directement affecté leurs revenus. Enfin, le pouvoir d'achat des honoraires à proprement parler (voir le tableau 2, p 10, pour quelques professions) peut constituer un critère de comparaison entre les diverses spécialités plus pertinent. En effet, le revenu global intègre toutes les rétributions dont bénéficient les praticiens (revenus salariés annexes, droits tirés des publications...), ce qui représente un biais potentiel dans le paramétrage d'une rémunération administrée efficiente.

Trois gestions alternatives du risque de santé

1

Les systèmes nationaux de santé ou systèmes universels

Des variantes de ce type de système entièrement administré ont été choisies par de nombreux pays (Danemark, Espagne, Finlande, Royaume-Uni, Italie, Finlande, Norvège, Suède). Ainsi, au Royaume-Uni, le secteur hospitalier comme le secteur ambulatoire sont sous la tutelle du National Health Service (NHS). Le recours au secteur privé est possible, mais doit être intégralement supporté par le patient. L'accès au système de soin est garanti à tous les résidents, mais reste assez rigide puisque les patients sont inscrits sur la liste d'un généraliste sous contrat avec le NHS.

Le financement repose directement sur l'impôt.

2

Les systèmes d'Assurance Maladie

Ce type de système est décliné dans des pays comme l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la France ou le Luxembourg. Il met en intérelation des composantes publiques et privées tant au niveau des soins que du financement. Dans tous les cas, le statut de la médecine libérale est garanti. L'accès au soins est relié avec des critères d'activité directs (le patient possède une activité) ou indirects (pour les ayants droit, retraités...). Le choix entre le secteur privé et public reste relativement souple, bien que l'orientation vers un médecin référent devienne une norme. La gestion du système est relativement décentralisée par le biais de régimes et de caisses.

Le financement repose essentiellement sur les cotisations obligatoires des assurés sociaux.

3

Les systèmes libéraux de santé

C'est le système développé aux Etats-Unis. La structure assurantielle et l'offre de soins sont essentiellement privées. L'intervention publique est réduite à sa partie congrue et ne bénéficie qu'aux plus pauvres (SHIP et Medicaid), aux personnes âgées inscrites dans un programme de soutien sanitaire (Medicare) et aux personnes requérant des soins urgents. L'accès au système de soins est donc libre, sous conditions de ressources.

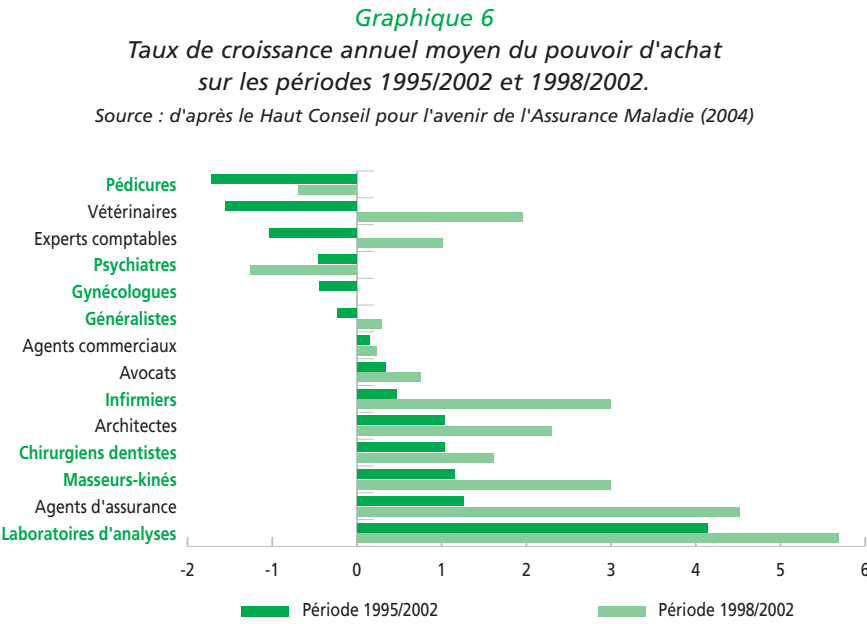
Le financement de la couverture maladie est fondé sur une base professionnelle (les entreprises peuvent le prendre en charge) ou strictement individuelle.

→ Une induction potentielle de la demande par le secteur libéral

Le débat de la légitimité de la rémunération des acteurs libéraux de l'offre de soins est le pendant d'une problématique plus générale reposant sur l'influence directe de la médecine

ambulatoire sur la consommation médicale. Les praticiens de ce domaine sont en effet au cœur de l'interface la plus étendue entre les consommateurs et le système d'Assurance Maladie.

Cette caractéristique prend une importance certaine avec la combinaison de deux paramètres de l'offre. En premier lieu, la demande de soins est solvabilisée par la prise en charge de la quasi-totalité des prestations. D'autre part, les acteurs de ce marché sont en situation d'asymétrie informationnelle au bénéfice des praticiens, car ils sont seuls à pouvoir juger de l'état de santé effectif des patients. La combinaison de ces facteurs est favorable à l'émergence d'une induction de la demande. Les rapports insistent fortement sur ce pouvoir potentiel de l'offre libérale. La variabilité de prescription médicamenteuse dans certains types d'affection est ainsi mise en relief, avec une tendance prononcée à la surprescription. Une comparaison internationale des niveaux de consommation médicamenteuse justifie cette approche. Le HCAAM relève ainsi qu'en 2001, la France était la plus grande consommatrice de médicaments par habitant face à 18 autres pays. Il faut noter



La théorie économique de la demande induite n'est apparue que dans les années 70.

Elle montre dans quelle mesure un producteur peut orienter le choix d'un consommateur et lui imposer l'achat d'un bien ou d'un service différent de celui que le consommateur aurait retenu s'il possédait la même information que le producteur. Bardey (2002) propose un aperçu intéressant de l'application de cette théorie au cas de l'Assurance Maladie.

semblent corrélés, entre autres, au resserrement de la densité médicale, la fréquence des visiteurs médicaux et le nombre journalier moyen d'actes médicaux. En d'autres termes, l'intensification de la concurrence pousserait les praticiens libéraux à se comporter en oligopoleurs surinformés. Dans une telle configuration de marché et en raison de la nature des biens et services médicaux, le professionnel de santé le plus prodigue en matière d'ordonnance sera certainement le plus demandé. La demande étant nécessairement solvabilisée, Palier (2004) voit dans ces constatations des sources évidentes d'accroissements injustifiés de la dépense de santé, en assimilant le fonctionnement de l'Assurance Maladie à un système à "guichet ouvert". La rationalité économique des acteurs libéraux primerait sur les devoirs qu'implique la déontologie médicale. L'existence potentielle de la demande induite dans le domaine de la santé n'est certes pas à remettre en question. Le cas des abus constatés lors de la délivrance des congés maladie tend à confirmer empiriquement les paradigmes de la théorie économique. En revanche, une analyse plus fine doit être déployée afin de mieux délimiter la portée réelle du comportement des praticiens dans l'accroissement des dépenses.

Tableau 2

Consommation de soins et de biens médicaux en 2003

Source : Fenina & Geffroy (2004)

	Milliards d'€	%
Soins hospitaliers	64,1	44,42
Soins ambulatoires	38,8	26,89
Transports de malades	2,4	1,66
Médicaments	30,4	21,07
Autres biens médicaux	8,6	5,96
CSBM	144,3	100

que l'Italie est seconde et que le Mexique qui, avec une consommation 5 fois moindre, se situe au 19^{ème} rang. Le Conseil note qu'à la même période, la part pharmaceutique représentait 58,88 % des montants alloués aux prescriptions par praticien en France.

Parallèlement à la surprescription, la disparité du comportement des praticiens face au respect des recommandations de pratique clinique attire l'attention du HCAAM. Ces deux éléments

Une distinction fondamentale doit être opérée dans les dépenses concernées par l'induction de la demande. Cette dernière peut s'opérer sur deux postes relativement importants de consommations agrégées : les soins ambulatoires et les médicaments (le tableau 2 souligne leur poids relatif dans la CSBM). Or, si l'induction de la demande se répercute

Tableau 3

Âge des produits et contribution à la croissance du marché pharmaceutique en 2003

Source : Fenina & Geffroy (2004)

Âge des produits	Milliards d'€	%
Moins de 5 ans	16,8	6,73
De 5 à 9 ans	14,7	2,66
De 10 à 19 ans	22	-0,92
20 ans et plus	46,5	-2,43
Ensemble du marché	100	6,05

potentiellement sur la dépense ambulatoire, d'autres mécanismes semblent gouverner l'évolution du marché des médicaments remboursables. La dépense médicamenteuse connaît une croissance relative élevée (voir le graphique 5, p 8), dont la dynamique semble en grande partie gouvernée par des mécanismes exogènes au comportement des praticiens libéraux. Mousques (2003) met certes en lumière le poids du volume des caractéristiques professionnelles du médecin dans les variations de prescriptions d'antibiotiques, mais les travaux de Amar (2004) conduisent à chercher les causes de la progression de la dépense en médicaments remboursables directement dans la progression de leurs prix.

Plus encore, ce sont les produits médicamenteux nouveaux qui tirent la croissance des ventes pharmaceutiques. Le tableau 3 rappelle que les ventes de produits récents connaissent une croissance plus élevée que l'ensemble du marché. Bien que les génériques commencent à jouer un rôle de modérateur de prix sur le marché, les produits innovants conservent un rôle moteur dans la croissance des dépenses en médicaments remboursables. Deux éléments expliquent cette configuration. Le prix élevé de ces produits traduit les coûts toujours plus élevés que supportent leurs producteurs en termes de recherche et développement. D'autre part, il existe un processus de substitution des médicaments anciens et peu chers par des produits nouveaux, plus chers mais plus

Amar (2004) relève que la part de marché des génériques reste faible (5,4 % des ventes de médicaments remboursables). Mais il faut noter que ce faible poids est lié au prix modeste de ces produits, car ils représentent tout de même 29 % des présentations en 2003.

efficaces. De plus, certaines pathologies qui nécessitaient une hospitalisation sont maintenant traitées par le biais médicamenteux. La progression du niveau des dépenses pourrait alors être assimilée au prix à payer en contrepartie d'une amélioration qualitative des produits.

L'hypothèse d'une induction de la demande n'est pourtant pas vaine, surtout quand on entreprend des comparaisons internationales. Les données actualisées de l'OCDE, graphique 7, confirme bien les constations du HCAAM : la dépense en produits pharmaceutiques place la France au second rang mondial. En revanche, il s'agit bien là de la dépense supportée par le système d'Assurance Maladie additionnée à la part supportée directement par le consommateur (tout au moins par sa complémentaire privée). Sur les 570 \$ dépensés en moyenne par habitant, 35,09 % sont à la charge du domaine privé. Si la seule dépense en médicaments remboursables est prise en compte, la France se situe alors au 13^{ème} rang avec 370 \$ par habitant. Néanmoins, la France est le pays dont la dépense supportée par le domaine public est la plus élevée. Comparativement, les Pays-Bas exhibent une dépense de 276 \$ par habitant, alors même qu'elle est entièrement supportée par le système de santé. Dès lors, le débat doit être orienté vers les volumes consommés et donc prescrits.

L'exercice libéral de la médecine implique nécessairement un certain degré de liberté quant aux traitements dispensés.

Graphique 7

Dépense de produits pharmaceutiques par habitants, US\$ PPA en 2000

Source : OCDE 2004

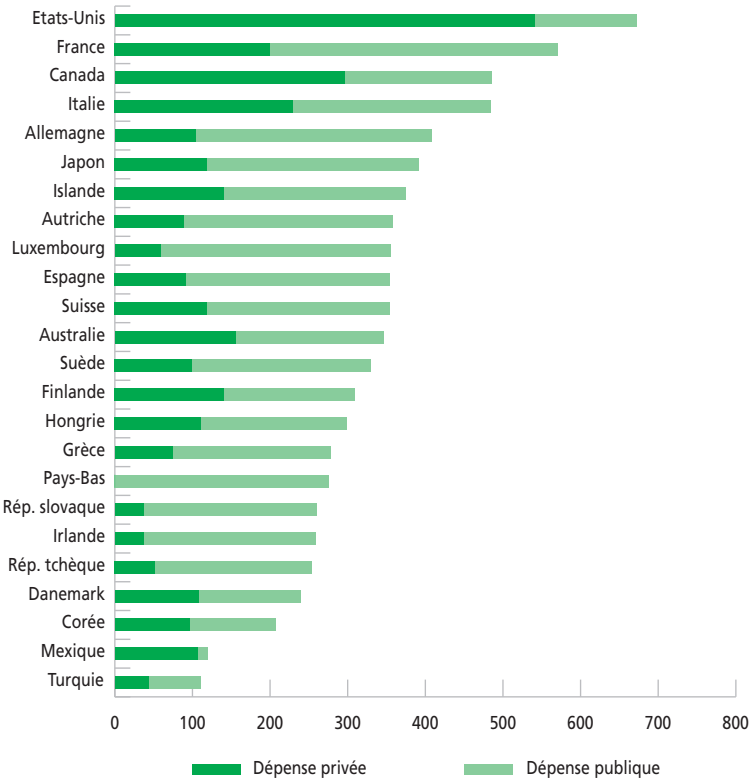


Tableau 4

Impact des caractéristiques du médecin sur la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite

Source : d'après Mousquès & all. (2003)

Caractéristiques du médecin	Influence
Participation à un réseau de soins	▼
Heures de formation médicale continue	▼▼
Nombre journalier d'actes médicaux	▲▲▲
35 - 44 ans	▼
Plus de 135 généralistes pour 100000 hbts	▼▼▼
Moins de 10 visiteurs médicaux par mois	▼
Exercice en groupe	non significatif
Exercice de secteur 2	non significatif
Femme	non significatif
Réponse à la demande d'antibiotiques	non significatif

Lecture du tableau 4

la participation à un réseau de soins influence négativement (▼) la prescription d'antibiotiques dans le cas de la rhinopharyngite aigue et va donc dans le sens des recommandations de l'AFSSAPS. Inversement, le nombre journaliers d'actes médicaux a une influence positive très significative (▲▲▲) sur la prescription d'antibiotiques.

Le cas des États-Unis est d'ailleurs révélateur des effets de cette liberté sur la consommation médicamenteuse. Il faut rappeler qu'en plus d'un secteur privé prééminent (voir l'encadré "Trois gestions alternatives du risque de santé" p 9), les laboratoires pharmaceutiques disposent d'un droit à la publicité qui touche les praticiens comme les consommateurs. Un lien de causalité entre ces pratiques et un niveau de dépense de 673 \$ par habitant - qui est à la charge du privé pour sa plus grande part - peut être tracé. Mais la transposition directe de la situation américaine au cas français n'est rationnellement pas envisageable.

→ D'autres pistes à explorer

Les tests économétriques dans la veine de ceux proposés par Mousques (2003) ouvrent une piste plus exploitable. Les phénomènes de surconsommation proviendraient essentiellement de pratiques médicales en désaccord avec les recommandations élaborées par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). Or, il apparaît que l'intensification de la formation médicale continue ou l'intégration de l'activité dans un réseau de soins tendent à limiter ces écarts, comme le synthétise le tableau 4. L'induction de la demande ne serait donc pas uniquement issue de la rationalité économique des praticiens. Des actions contraignantes visant à la limiter n'auraient finalement que des

effets réduits. En revanche, la promotion de la collaboration entre les différents métiers de la médecine libérale (généralistes, spécialistes, pharmaciens...) afin d'épaissir les réseaux de soins constitue une piste intéressante. Dans cette optique, la mise en place du Dossier Médical Partagé et la constitution du statut de médecin référent, qui ont été instituées par la loi portant réforme de l'Assurance Maladie, forment une politique de régulation cohérente. L'élaboration de dispositifs favorisant l'accès des praticiens à la formation est une piste à explorer en profondeur. Enfin, l'optimisation des principes régissant les références médicales opposables par le biais de conventions passées entre tous les acteurs du système d'Assurance Maladie peut constituer un levier de

contrôle de la consommation médicale efficace, sans éroder le caractère libéral de la médecine.

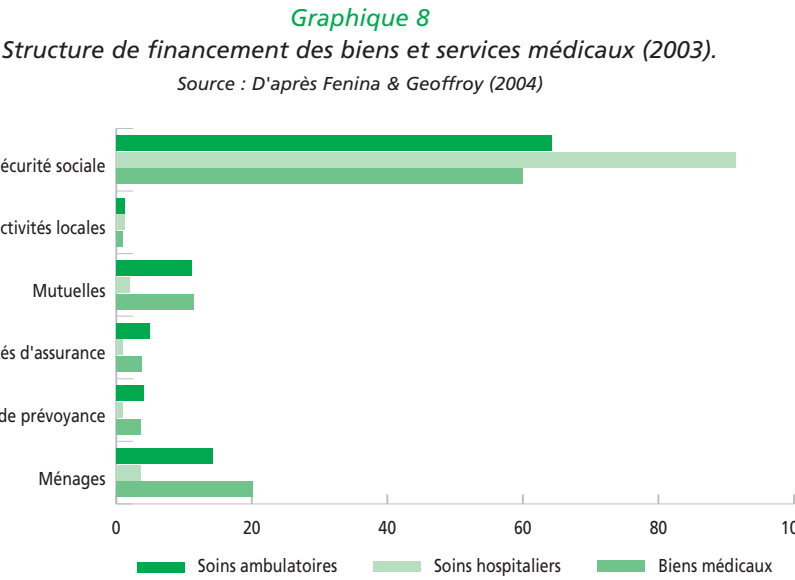
L'hétérogénéité des composantes de l'offre médicale rend la maîtrise de ce pan du marché de la santé particulièrement délicat. Si quelques pistes semblent exploitables en vue d'une régulation plus efficace des dépenses de santé, les études permettant de mieux cibler les actions restent trop rares. Les politiques de régulation ne doivent cependant pas s'arrêter au simple contrôle des dépenses remboursables. La part non-financée de l'offre de soins nécessite une approche pragmatique qui relève directement de la santé publique, notamment au niveau de l'automédication.

2 L'influence de la demande sur les dépenses de santé

La seconde composante du marché de la santé - la demande - exhibe plusieurs caractéristiques susceptibles d'influencer la progression des dépenses. Les brusques variations saisonnières de dépenses en médecine ambulatoire et en médicaments générées par les épisodes épidémiques illustrent parfaitement cette intuition. Mais en dehors de ces évolutions conjoncturelles presque anecdotiques, la conjonction de la nature des biens demandés et de la solvabilisation presque intégrale de la demande conduisent à s'interroger sur les effets du système d'assurance sur le comportement économique des patients.

→ Une configuration propice à la surconsommation

“Ce n'est pas vivre que de n'avoir point de santé”. Ce mot de Mme de Sévigné exprime toute la spécificité de la demande de biens et de services médicaux. Elle est en relation directe avec ce que les individus ont de plus intime et de plus précieux : leur état de santé. Ce lien n'a d'ailleurs cessé de s'intensifier depuis le début du XX^e siècle. Originellement, les individus s'adressaient aux praticiens afin de recevoir des soins, alors que de nos jours, l'exigence d'une vie sans maladie s'intensifie. La notion de remède tend à se diluer avec celle de confort. Cette modification du rapport sociétal à la santé est fortement corrélée à l'élévation de niveau de vie. Il est bien évident que les membres d'une société riche accorderont plus d'importance (tout au moins plus de moyens) que ceux évoluant dans un environnement moins favorisé. Ce comportement est identique à celui observé au niveau individuel. Palier (2004) rapporte qu'un accroissement de 10 % des revenus génère en moyenne une hausse de 12,5 % des dépenses de santé. Dès lors, il n'est pas étonnant que la consommation de soins et de biens médicaux représentait 13,18 % de la consommation effective des ménages français en 2003 (Fenina & Geffroy - 2004). Synthétiquement, cette demande concerne donc des biens et services supérieurs.



D'autre part, la majeure partie de cette demande se trouve solvabilisée par le système d'Assurance Maladie. Or, les modèles économiques soulignent les effets préjudiciables que peut générer la combinaison d'un système d'assurance et la demande de biens supérieurs. Techniquement, la contraction d'une assurance peut s'analyser en termes de réduction du prix du bien inclus dans le périmètre du contrat. Naturellement, cette réduction est obtenue par le paiement d'une prime ou d'une cotisation. Mais cette remarque n'enlève rien à la généralité du principe dans le cadre de l'Assurance Maladie, puisque dès que le montant de la prime ou de la cotisation est inférieur au montant des biens et services médicaux remboursables consommés, tout se passe comme si le prix de ces biens et services avait diminué. Dans une telle configuration, deux phénomènes supplétifs peuvent émerger. Les assurés risquent de négliger les actes de prévention

Tableau 5

Financement de la dépense de soins et biens médicaux (%)

Source : Fenina & Geffroy (2003)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Sécurité sociale	76,1	75,7	75,4	74,4	75,6	75,8
Etat et collectivités locales	1,1	1,1	1,2	1,3	1,2	1,2
Mutuelles	6,1	6,9	7,2	7,1	7	7
Sociétés de prévoyance		3,1	2,6	2,6	2,7	2,8
Institutions de prévoyance	16,7	1,5	2,2	2,4	2,5	2,5
Ménages		11,7	11,4	11,3	11	10,9
Total	100	100	100	100	100	100

(aléa moral ex ante) ou risquent de surconsommer (on parlera alors d'aléa moral ex post).

Dans son rapport, le HCAAM insiste particulièrement sur ce dernier aspect. En effet, le graphique 8 rappelle que la part restant à la charge des ménages est relativement réduite, en particulier pour les soins ambulatoires (14,3 %). D'autre part, le HCAAM relève que le champ d'action des pouvoirs publics se trouve restreint face à ce type de comportement, car “lorsqu'on augmente la participation des assurés dans les régimes de base (augmentation des tickets modérateurs ou du forfait journalier), on constate que la plupart des assureurs complémentaires prennent le relais”. Cette réaction peut se lire dans le tableau 5, en particulier dans le cas des mutuelles, qui, dans les années 90, voient leur rôle s'accroître dans le financement de la demande de biens et soins médicaux, alors même que celui de la Sécurité sociale s'affaiblissait.

D'autres constatations semblent justifier une approche en termes d'aléa moral ex post. Ainsi, les phénomènes de surconsommation semblent particulièrement développés dans le cadre de prescriptions fondées sur des éléments plus subjectifs que les critères purement cliniques (états anxio-

dépressifs, pathologies dorso-lombaires, fatigue, douleurs abdominales...). En effet, l'étude de Mousques (2003) semble relativiser le rôle des patients dans la surprescription médicamenteuse, tout au moins au niveau des antibiotiques (tableau 4, p 11. C'est dans cette optique que le HCAAM s'est inquiété de l'évolution des dépenses annuelles en indemnités journalières (IJ).

Les arguments développés à ce niveau concernent exclusivement les indemnités journalières versées dans le cadre d'un arrêt maladie. Elles représentaient 57 % des IJ en 2002. Celles versées au titre de l'assurance maternité et paternité (24 % des IJ) ou celles consécutives à un accident du travail (19 %) sont donc exclues de l'analyse.

Tableau 6

Augmentation annuelles des IJ

Source : HCAAM (2003)

1998	1999	2000	2001	2002
8,80 %	4,20 %	8,80 %	7,50 %	10,10 %

En première lecture, ces différentes observations tendent à étayer l'hypothèse d'une surconsommation volontaire de certains biens et services médicaux. Or, l'argumentation fondée sur ces quelques faits stylisés semble être confirmée par une analyse plus fine des effets de l'assurance sur le comportement des consommateurs de soins.

CHOIX DU MÉDECIN TRAITANT : UNE MISE EN PLACE LABORIEUSE

Alors que 36 863 699 formulaires de désignation du médecin traitant ont été envoyés, la CNAMTS constate que seuls 3 413 682 assurés ont effectué la démarche (soit 9,3 % de réponse). En revanche, d'importantes disparités régionales sont à noter. En Champagne-Ardenne, 14,4 % des formulaires ont été remplis, alors que 5,4 % des assurés des DOM-TOM ont renvoyé leur formulaire. Deux facteurs peuvent expliquer ces faibles taux de réponse. La date limite de renvoi est fixée au 1er juillet 2005, ce qui peut laisser présager d'un retour massif au mois de juin. D'autre part, 92 % déclarent avoir un médecin de famille privilégié, ce qui est susceptible de rendre la démarche encore moins impérieuse.

→ L'impact de l'assurance sur la consommation de biens et services médicaux

Mesurer l'impact de l'assurance sur l'évolution de la demande de biens et services de santé requiert une approche très pragmatique. Naturellement, de nombreux paramètres sont susceptibles d'influer sur cette demande. Le *tableau 7* rappelle quelques-unes des variables propres à stimuler la dépense médicamenteuse. Toutefois, comme dans beaucoup d'autres études, l'impact de l'absence de couverture complémentaire est marqué. Dans le même ordre d'idées, le HCAAM s'appuie sur une étude américaine pour montrer les effets d'une modulation du taux de prise en charge par la couverture maladie. Il en ressort qu'en cas de gratuité totale des soins (ambulatoires et hospitaliers), la probabilité de recours au système de soins est de 86,8 %. Cette même probabilité tombe à 67,7 % si un ticket modérateur de 95 % est appliqué. Il existe donc un lien entre le montant de la dépense de santé et le degré de couverture dont bénéficie le patient. En d'autres termes, la théorie de l'aléa moral *ex post* tend à

Tableau 7
Impact des caractéristiques du bénéficiaire d'assurance maladie complémentaire sur la dépense de médicaments
Source : d'après Dourgnon & Sermet (2002)

Caractéristiques du bénéficiaire	Influence
Etat de santé	▲▲▲
Exonération du ticket modérateur	▲▲
Âge	▲▲
Revenu	▲
Pas d'assurance complémentaire	▼▼
Mauvais remboursement des soins de spécialistes	▼

être vérifiée que ce soit dans le cas de l'Assurance Maladie

Bibliographie

■ **Amar, E.** (2004), *“Les dépenses de médicaments remboursables en 2003”*, Études et Résultats, 324, 12 p.

■ **Audric, S.** (2004), *“L'évolution du revenu libéral des médecins en 2001 et ses perspectives en 2002”*, Études et Résultats, 283, 12 p.

■ **Auvray, L., Dumesnil, S. & Le Fur, P.** (2003), *“Santé, soins et protection sociale en 2002”*, Questions d'Économie de la Santé, 78, 8 p.

■ **Bardey, D., Couffinal, A. & Grignon, M.** (2002), *“Trop d'assurance peut-il être néfaste ? Théorie du risque moral ex post en santé”*, Question d'Économie de la Santé, 53, 8 p.

■ **Bars, P.-L.** (2004), *“Déficit de l'assurance maladie : dérembourser ou prélever ?”*, Droit Social, 6, p. 645 - 655

■ **Béjean, S.** (1994), *“Économie du système de santé : du marché à l'organisation”*, Economica, 317 p.

■ **Commission des comptes de la Sécurité Sociale** (2004), *“Les rapports de la Commission des comptes de la Sécurité Sociale”*, <http://www.social.gouv.fr/hm/dossiers/ccss/intro.htm#dossiers>

■ **Caussat, L., Fenina, A. & Geffroy, Y.** (2003), *“Quarante années de dépenses de santé”*, Études et résultats, 243, 12 p.

■ **Couffinal, A. & Perronnin, M.** (2004) *“Accès à la couverture complémentaire maladie en France : une comparaison des niveaux de remboursement”*, Questions d'Économie de la Santé, 80, 6 p.

■ **Dourgnon, P. & Sermet, S.** (2002), *“La consommation de médicaments varie-t-elle selon l'assurance complémentaire ?”* Questions d'Économie de la Santé, 52, 4 p.

■ **Fenina, A. & Geffroy, Y.** (2004), *“Comptes nationaux de la santé 2003”*, Document de travail de la DREES, 65, 84 p.

■ **Grignon, M.** (2003), *“Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé”*, Question d'Économie de la Santé, 66, 6 p.

■ **Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie** (2004), *“Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 23 janvier 2004”*, www.assurancemaladie.sante.gouv.fr/pdf/rapport.pdf, 483 p.

■ **L'Horty, Y., Quinet, A. & Rupprecht, F.** (1997), *“Expliquer la croissance des dépenses de santé : le rôle du progrès technique”*, Économie et Prévision, 129 - 130, p. 257 - 268

■ **Mousquès, J., Renaud, T. & Scemana, O.** (2003), *“Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë”*, Question d'Économie de la Santé, 70, 6 p.

■ **OCDE** (2004), *“Éco-santé OCDE 2004”*, OCDE, <http://www.oecd.org/>

■ **Palier, B.** (2004), *“La réforme des systèmes de santé”*, Que sais-je ?, PUF. 128 p.

■ **Raynaud, D.** (2002), *“Les déterminants individuels des dépenses de santé”*, Études et Résultats, 182, 8 p.

■ **Tabuteau, D.** (2004), *“Assurance maladie : les standards de la réforme”*, Droit Social, 9/10, p. 872 - 876

■ **Vasselle, A.** (2004), *“Rapport n° 57 sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale”*, Commission des Affaires Sociales, <http://www.senat.fr/rap/104-057-1/104-057-11.pdf>, 104 p.

L'Horty & all. (1997) proposent une revue de la littérature économétrique assez complète des études entreprises sur ce thème.

obligatoire, ou dans celui d'une assurance complémentaire. Tout se passe comme si une plus grande gratuité des biens et services médicaux entraînait une plus large propension à la dépense.

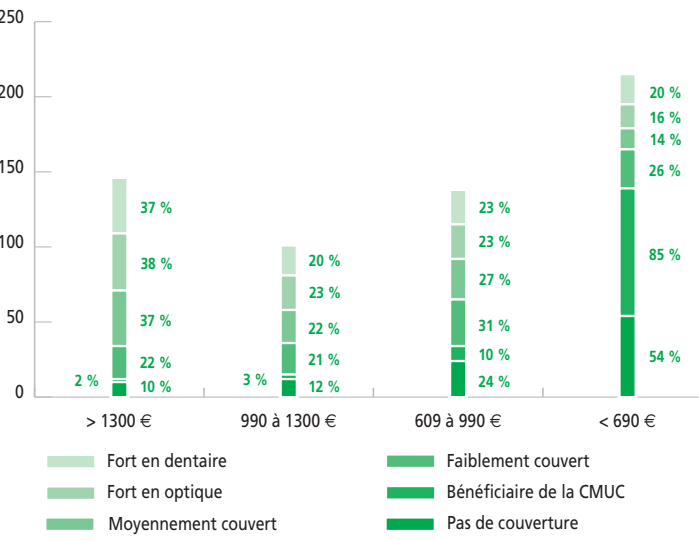
En revanche, il faut replacer ces analyses par rapport à d'autres éléments factuels. Le revenu pourrait bien jouer un rôle plus important que ne le laisse à penser le *tableau 7*. Il est certes en rapport direct avec le niveau de couverture complémentaire dont va bénéficier l'assuré, comme le rappelle le *graphique 9*. Ainsi, les plus bas revenus sont ceux qui, logiquement, n'ont pas de couverture complémentaire ou bénéficient de la CMUC. Dès lors, la surconsommation de soins et biens médicaux risque d'émaner des individus les plus aisés. Cette approche est d'ailleurs en accord avec les hypothèses adoptées au début de cette analyse de la demande. D'autre part, les études menées par Raynaud (2002) montrent que l'amélioration du taux de couverture complémentaire tend à accroître principalement la consommation de soins ambulatoires, *tableau 8*. Or, cette tendance est particulièrement

Tableau 8
Probabilité de consommation (%)
Source : Raynaud (2005)

	sans complémentaire	avec complémentaire (hors CMUC)	avec la CMUC
Hospitalière	13	15	18
Ambulatoire	84	92	96
omnipraticien	65	78	87
spécialiste	52	69	76
pharmacie	73	85	90
auxiliaires médicaux	14	20	22
biologie	38	49	50
dentaire	34	47	55
optique	19	34	37

marquée pour les bénéficiaires de la CMUC. Ils ont une dépense dans ce type de soins supérieure de 38 % à ceux qui ne possèdent pas de complémentaire et de 18 % aux personnes qui ont souscrit à une assurance complémentaire traditionnelle. Ces résultats sont plus troublants. Ils peuvent cependant s'expliquer par un recours moins fréquent au système de soins, mais plus coûteux car plus tardif. Il faut aussi noter que les populations concernées sont caractérisées par un état de

Graphique 9
Structure de financement des biens et services médicaux(2003)
Source : D'après Fenina & Geoffroy (2004)



santé généralement moins bon que celles bénéficiant d'une couverture complémentaire traditionnelle.

Finalement, de nombreux travaux montrent que l'accroissement du taux de couverture entraîne une surconsommation médicale. En revanche, une attention particulière doit être portée aux populations concernées. La mise en place d'un ticket modérateur incompressible - non remboursable par les complémentaires - pénaliserait fortement les plus défavorisés tout en portant atteinte aux éventuelles démarches de prévention qu'ils pourraient entreprendre. Néanmoins, bien qu'une maîtrise totale de l'aléa moral *ex post* soit impossible au niveau national, il est nécessaire d'en limiter la portée. Les campagnes de sensibilisation à la surconsommation envisagées par les pouvoirs publics constituent une alternative intéressante dont les retombées devront être évaluées. Il n'en reste pas moins que la pédagogie semble la voie la plus prometteuse dans la lutte contre les dépenses injustifiées de la part des consommateurs. Le développement des réseaux de soins devrait permettre une optimisation de cette démarche.

FOCUS SUR L'AIDE À L'ACQUISITION D'UNE COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Ce dispositif vise à aider les 2,5 millions de français ne bénéficiant pas de couverture maladie complémentaire pour des raisons financières. Il concerne les individus dont les revenus dépassent jusqu'à 15 % le seuil d'accès à la CMUC, soit 662,55 € mensuels pour une personne seule (993,83 € mensuels pour un ménage de deux personnes) résidant en France métropolitaine. L'organisme de couverture complémentaire doit déduire le montant de l'aide (75 € pour les moins de 25 ans, 150 € pour ceux âgés de 25 à 59 ans et 250 € à partir de 60 ans) de la cotisation ou de la prime annuelle due. En échange, cet organisme bénéficie d'un crédit d'impôt d'un montant identique qu'il défalque de sa contribution au financement de la CMUC.

Conclusion

Une approche du système de santé français en terme de marché permet de dégager quelques paramètres essentiels dans la progression des dépenses de santé. L'éclairage porté sur les phénomènes de demande induite et d'aléa moral ex post permet de rappeler l'importance d'un développement en réseau du système de santé dans la lutte contre les dépenses injustifiées. En revanche, de nombreux autres thèmes méritent une attention tout aussi soutenue. Ainsi, la place de la prévention dans la réduction des dépenses, le rôle de l'uniformisation à l'échelle européenne dans la crise des systèmes d'Assurance Maladie ou les options potentielles qu'offrent la décentralisation de la Sécurité sociale dans la résorption des déficits sont autant de pistes à explorer pour mieux appréhender les fondements d'une organisation optimale.

Mais quelque soit les leviers réglementaires ou les incitations économiques mobilisés, la construction d'une métrologie robuste du Service Médical Rendu des soins comme des soins comme des produits reste un préalable impérieux. Comme l'a souligné le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie (2003), les mesures composites actuellement en vigueur ne peuvent donner une entière satisfaction. Or, la régulation d'un marché, de quelque nature qu'il soit, ne peut être efficace qu'à condition de mesurer objectivement les biens et services au fondement de l'échange. Toute la difficulté de l'exercice repose très certainement sur la définition de ce qui est "utile" - et donc remboursable - en terme de santé. C'est alors tout l'art de soigner qui doit être revisité. ■

L'Observatoire Alptis de la protection sociale réunit les associations de prévoyance de l'Ensemble Alptis, des universitaires, des chercheurs et des personnalités représentant le monde des travailleurs indépendants et des petites entreprises qui composent son Conseil d'Administration.

■ Son comité scientifique est constitué d'un directeur scientifique : Cyrille Piatecki et de chercheurs dans des disciplines variées : Sylvie Hennion-Moreau, Jacques Bichot, Gérard Duru, Olivier Ferrier et Jean Riondet.

■ Son premier objectif est d'appréhender le problème de la protection sociale des travailleurs indépendants, des très petites entreprises et de leur salariés.

■ Son rôle est de recueillir et traiter des informations dans ces domaines, et de les diffuser au moyen d'ouvrages et d'une lettre semestrielle.

Observatoire
des
Travailleurs
Indépendants

Alptis

la lettre de

l'Observatoire

est une publication semestrielle éditée par
l'Observatoire Alptis de la protection sociale
12, rue Clapeyron - 75379 Paris Cedex 08
Tél. 01 44 70 75 64 - Fax : 01 44 70 75 64
E-mail : observatoire.alptis@wanadoo.fr

Direction de publication : Georges Coudert.
Direction de la rédaction : Chantal Benoist.
Rédaction : Cyrille Piatecki, Stéphane Rapelli.
Coordination : Pascaline Delgutte.

Dépôt légal en cours

Ouvrages édités par l'Observatoire Alptis

	Prix		Quantité	Total
■ Les très petites entreprises, O. Ferrier, 2002, éd. De Boeck <i>Chèque à l'ordre de De Boeck Diffusion</i>	46,96 €	X		
■ Le patrimoine des travailleurs indépendants, théorie et faits, O. Ferrier, C. Piatecki, janvier 1999, éd. Continent Europe <i>Chèque à l'ordre de Lavoisier SAS</i>	55,00 €	X		
■ Les travailleurs indépendants, C. Piatecki, O. Ferrier, P. Ulmann, mars 1997, éd. Économia <i>Chèque à l'ordre de Lavoisier SAS</i>	31,00 €	X		
<i>Attention de bien précisez l'ordre sur votre chèque en fonction du(des) titre(s) choisi(s).</i>	Total de ma commande			

Bon de commande

Pour vous ces ouvrages, envoyez votre commande et votre règlement à :
Alptis - Service Communication - 33 cours Albert Thomas - 69003 LYON CEDEX

Nom Prénom

Adresse
.....