

La régulation des dépenses de santé

Un choix de société sous contrainte de croissance économique

par M. Gadreau, Dijon

1. La croissance des dépenses de santé

- 1.1 ... un phénomène caractéristique des économies développées
- 1.2 ... manifestation de la spécificité de la demande de santé?
- 1.3 ... conséquence ou condition du développement économique?

2. Les fondements économiques d'une maîtrise des dépenses de santé

- 2.1. L'ajustement des dépenses aux recettes: une nécessité économique
- 2.2. La maîtrise des dépenses de santé. Par la demande ou par l'offre?

Un choix de société.

2.2.1. La maîtrise par la demande: le retour à une certaine responsabilité individuelle

2.2.2. La maîtrise par l'offre: une planification souple des équipements et des personnels.

«La conservation de la santé...est sans doute le premier bien et le fondement de tous les autres biens de cette vie»

Descartes – Discours de la Méthode

La France se soigne-t-elle au-dessus de ses moyens? Cette interrogation désormais largement répandue s'est progressivement substituée à l'affirmation longtemps admise comme un postulat: la santé n'a pas de prix. Il est devenu habituel de répliquer que si la santé n'a pas de prix, elle a un coût, en croissance exponentielle depuis quelques années.

Les comparaisons internationales montrent que la croissance des dépenses de santé est un phénomène caractéristique des économies développées. On peut l'analyser, dans une optique statique, comme une manifestation de la spécificité de la demande: demande individuelle médiatisée par une tierce personne, le médecin; demande fortement aléatoire suscitant la mise en place de mécanismes d'assurance; demande soumise à des interdépendances génératrices d'effets externes et d'indivisibilités. On peut aussi dans une perspective dynamique interpréter l'augmentation des dépenses de santé comme une conséquence de l'élévation du niveau de vie et une condition du développement économique.

Il s'avère en effet que la politique de santé est étroitement marquée par les impératifs de la croissance. Il est d'ailleurs significatif que le changement de majorité en France n'ait pas fondamentalement modifié les grandes orientations de cette

politique. L'affirmation du caractère tutélaire de la santé, et de la socialisation de son financement n'implique pas pour autant que les pouvoirs publics envisagent d'entériner l'augmentation des dépenses par un ajustement des recettes. Au contraire c'est par un ajustement des dépenses aux recettes que les pouvoirs publics espèrent équilibrer le financement de la santé . . . dans la mesure où les recettes sont contraintes par la nécessité de ne pas alourdir les charges des entreprises, pour ne compromettre ni l'emploi ni la compétitivité. A ce niveau, le degré d'arbitrage de l'Etat entre les grandes fonctions collectives, semble particulièrement faible.

En revanche le choix d'un scénario de maîtrise des dépenses de santé est d'abord un choix de société qui illustre le dilemme fondamental entre équité et efficacité. Une maîtrise par la demande et le retour à une certaine autorégulation par le marché, supposerait qu'on remette en cause le caractère tutélaire de la santé. La maîtrise par l'offre, c'est-à-dire par une planification souple des équipements et des personnels de santé consacre au contraire ce caractère tutélaire mais substitue, à l'injustice d'un rationnement par les prix, le risque d'un rationnement par les quantités et d'une distorsion entre les moyens et les besoins. La contraction des moyens disponibles renforce la nécessité de leur utilisation efficace. En ce sens il importe que les arbitrages internes au secteur de santé reposent sur une explicitation des objectifs recherchés et une évaluation du degré de performance des actions entreprises. Car en ce domaine comme dans d'autres, un jugement a priori ou a posteriori sur l'opportunité d'une décision n'a de signification que par confrontation des moyens engagés aux résultats obtenus. Concrètement, l'évaluation de la qualité des soins est un corollaire indispensable au scénario de régulation par l'offre si on veut concilier l'intérêt de la collectivité et celui des usagers.

1. La croissance des dépenses de santé

1.1. . . . un phénomène caractéristique des économies développées

L'augmentation des dépenses de santé est un phénomène constaté dans la plupart des pays développés et qui s'inscrit dans le contexte de la croissance des dépenses sociales.

Ainsi en France *l'effort social de la nation*, enregistré au compte de la protection sociale, satellite du cadre central de la comptabilité nationale, représentait en 1980 plus du tiers du produit intérieur brut marchand – contre moins de 25 % en 1975 et moins de 20 % en 1970 –. Cette situation n'a rien d'exceptionnel en Europe: nos partenaires connaissent des niveaux très comparables et une évolution parallèle de leurs dépenses de protection sociale (tableau 1).

Financé à près de 80 %, en dehors du budget de l'Etat, par cotisations basées sur les salaires – les dépenses sociales extrabudgétaires dépassaient en 1980, le montant

Tableau 1
Dépense de protection sociale – Comparaison internationale
Unité de compte européenne

Nation	Dépense de protection sociale P.I.B. %					Dépense de protection sociale par tête aux prix de 1975			
	1962	1965	1970	1975	1977	1962	1970	1975	1977
France	16.5	18.2	19.2	22.9	23.9	514	850	1180	1320
Allemagne	19.4	19.9	21.4	27.8	27.4	726	1060	1520	1610
Belgique	15.8	16.7	18.5	24.6	25.1	486	790	1250	1320
Italie	14.4	17.6	20.0	24.7	23.1	239	460	630	630
Pays-Bas	14.1	17.3	20.8	27.8	28.8	432	890	1360	1490
Grande-Bretagne			16.4	20.6	19.7		490	670	680
Irlande			13.2	19.7	19.2		240	410	410
Danemark			19.5	25.9	25.3		1020	1550	1600

du budget de l'Etat : 596 contre 592 milliards de francs – graphique 1 – l'effort social de la nation est, de par son accroissement, le principal facteur de développement des prélèvements obligatoires qui atteignent maintenant 42 % du produit intérieur brut total (tableau 2).

Graphique 1

Production · dépenses sociales · dépenses de santé et budget de l'Etat en 1980

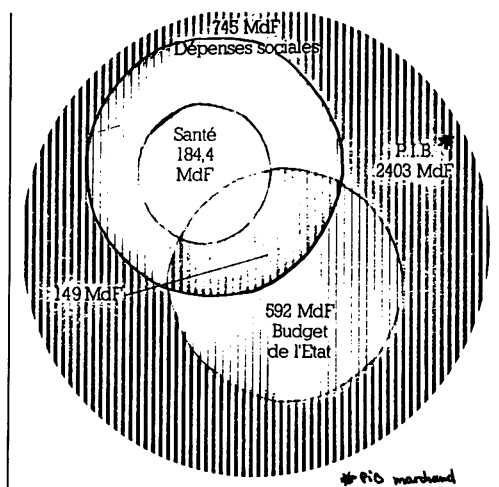


Tableau 2
Pression fiscale et parafiscale globale en % du PIB

	1959	1976	1980
Impôts	23,0	23,5	23,5
Cotisations sociales	9,7	15,9	18,1
Total	32,7	39,4	41,6

Source : Commissariat Général du Plan 1981.

Les pouvoirs publics accordent une attention particulière *aux dépenses de santé*. Leur poids est pourtant inférieur à celui des dépenses vieillesse (35 % contre 41 % du total des dépenses sociales). Elles augmentent moins rapidement en longue période (15 % contre 16 % par an sur 1960–1978). Enfin, en pourcentages de l'ensemble des dépenses sociales comme du produit intérieur brut, elles sont parmi les plus faibles d'Europe (tableau 3 et graphique 2).

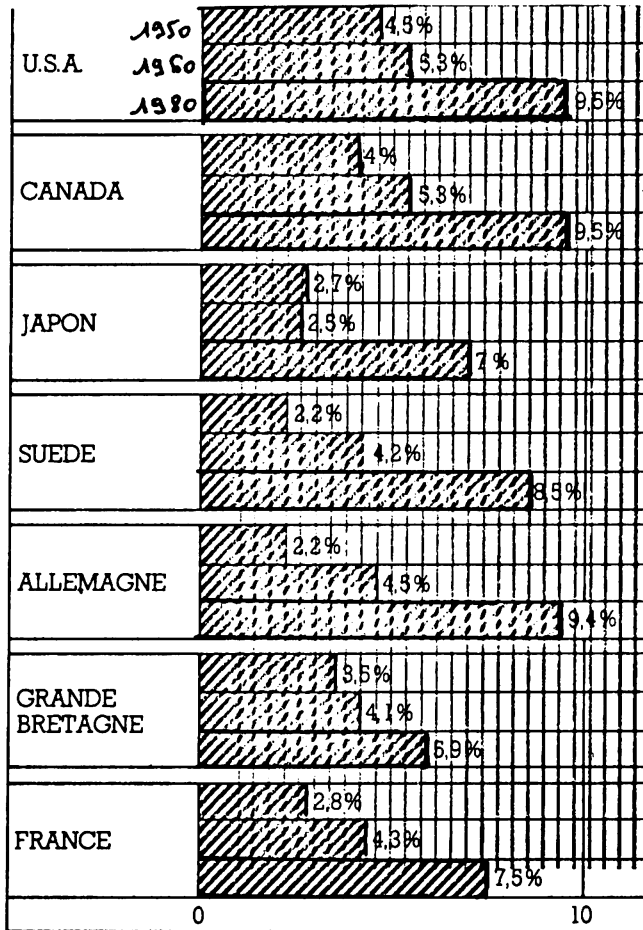
Cet intérêt procède davantage d'une opportunité que d'une nécessité. Le secteur de santé joue le rôle de bouc émissaire du déficit de la Sécurité Sociale parce que, des

Tableau 3
Les prestations reçues, par risque, en 1976. Comparaisons internationales
Millions de France

	France	Allemagne	Belgique	Italie	Pays-Bas	Grande-Bretagne	Irlande	Danemark
Santé	36,0	40,5	35,6	47,7	46,7	36,2	41,2	41,4
-maladie	27,1	29,5	24,2	25,4	30,0	26,6	35,2	30,2
-validité-infirmité	5,0	7,6	7,4	20,1	16,7	8,7	5,4	10,3
-accident du travail	3,9	3,4	4,0	2,2		0,9	0,6	0,9
Maternité-Famille	17,3	9,6	14,5	10,2	10,6	10,2	13,4	12,3
-maternité	1,7	0,8	0,7	0,9	0,4	1,6	2,4	1,1
-famille	51,6	8,8	13,8	9,3	10,2	8,6	11,0	11,2
Emploi	4,4	5,2	7,9	2,4	6,3	6,1	10,2	10,5
Vieillesse	34,8	27,7	37,1	30,9	30,6	43,7	33,2	31,3
Survie	6,4	15,4		5,9	5,4	2,9		0,8
Divers et Ajustement	1,1	1,6	4,1	2,9	0,4	0,9	2,0	3,7
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Source : Collection de l'INSEE. Série C, no. 82, 1979.

Graphique 2
Part des dépenses de santé dans la production nationale



Source: B. Majnoni, Assistance Publique de Paris

trois risques socialement pris en charge, c'est encore le risque maladie qui s'avère le plus aisément maîtrisable. Le déficit de la branche vieillesse est lié à une évolution défavorable du rapport actifs/inactifs, qui va s'accroître aux alentours de l'an 2000, avec simultanément la présence sur le marché du travail, des classes faibles d'après 1964, et l'arrivée à l'âge de la retraite, des classes fortes d'après-guerre; le déficit vieillesse échappe donc largement à toute mesure conjoncturelle. Quant aux dépenses afférentes au risque famille, jusqu'à présent inférieures aux recettes

correspondantes, elles sont devenues l'argument privilégié d'une politique de relance démographique qui d'ailleurs est peut-être à long terme l'une des solutions au déficit vieillesse.

On peut rechercher l'origine de la croissance des dépenses de santé dans une optique statique par référence à la spécificité de la demande de santé. On peut ainsi dans une perspective dynamique considérer que l'augmentation des dépenses de santé n'est que l'un des éléments de la croissance des dépenses publiques qui accompagnent – hasard ou nécessité? – le développement économique.

1.2. . . . manifestation de la spécificité de la demande de santé?

La demande de santé est une demande éclatée en trois pôles : le malade sollicite, le médecin décide et l'assurance finance. Ni le médecin, ni le malade ne supportent directement la charge financière des services rendus. Rien n'empêche, en théorie, le médecin de prescrire et le malade de consommer puisque l'assurance est tenue de payer. La croissance des dépenses de santé serait donc inhérente aux caractéristiques de la demande qu'on peut décomposer en demande initiale et demande induite.

A – *La demande initiale* marque l'entrée dans le système de soins. C'est essentiellement une demande de diagnostic qui s'identifie aux actes de consultations et de visites. Elle est fondamentalement *aléatoire* parce que la maladie est en général imprévisible. Le besoin de santé est par ailleurs de nature complexe, à la fois objective et subjective, et à l'aléa de la demande s'ajoute une *imprécision* qui permet au médecin une certaine latitude dans ses prescriptions induites. Depuis l'analyse d'E. Levy¹ on distingue traditionnellement trois concepts de morbidité selon le degré d'objectivité du besoin, le degré de perception qu'en a l'individu, et la transformation du besoin en demande (graphique 3). La morbidité diagnostiquée correspond à l'ensemble des affections diagnostiquées et traitées par le corps médical. Mais certaines affections réelles existantes sont, soit ignorées (troubles auditifs, affections pulmonaires . . .), soit supportées (caries dentaires . . .) par ces individus ; il existe ainsi une morbidité réelle qui dépasse la morbidité diagnostiquée. Enfin, certains troubles sont parfois ressentis, qui ont ou n'ont pas de support objectif, et qui se traduisent ou non par le recours au système de santé. Le hiatus entre l'existence et la perception du besoin est significatif de la dimension subjective du besoin de santé, à la fois «besoin de réparation» et «besoin de sécurité»². Une morbidité ressentie peut n'être pas réelle mais néanmoins médicalement consacrée, par un simple dialogue entre le malade et le médecin, ou plus généralement par la prescription de placebos.

¹ Levy et alii : Economie du système de santé, Dunod, 1975.

² Dupuy J. P. : Rationalité sociale des politiques de santé, Revue d'Economie Politique, Janvier-Février 1974.

Aléatoire et floue, la demande initiale de santé est aussi caractérisée par des *interdépendances*: les phénomènes de contagion, bien qu'en régression régulière, sont source d'effets externes négatifs qui lient entre elles les demandes individuelles et introduisent dans l'offre de santé une indivisibilité qui en justifie, au plan normatif, le caractère public³.

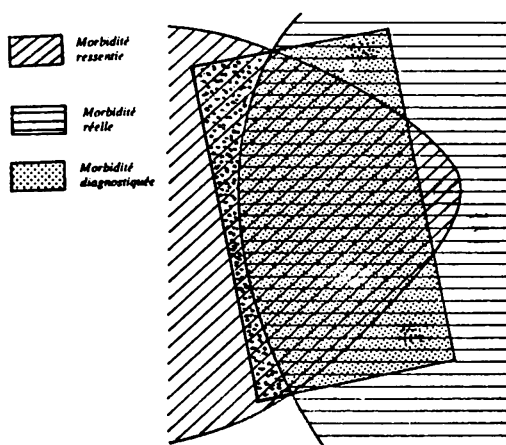
La demande de santé initiale dépend donc :

- de la probabilité d'apparition d'un déséquilibre, qu'il soit objectif ou subjectif. Par ce terme de déséquilibre on rejoint ainsi la définition que donne de la santé l'Organisation Mondiale de la Santé : un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Cette probabilité dépend elle-même d'un certain nombre de facteurs parmi lesquels la contagion et plus généralement la qualité de l'environnement tenant aux conditions de vie et de travail
- et de la probabilité de transformation de ce besoin en demande. Cette probabilité dépend à la fois du degré d'imprécision du besoin ressenti par l'individu, selon ses capacités de perception et d'interprétation ; et de son seuil de tolérance.

Sur le graphique 3, la demande de santé initiale est matérialisée par l'intersection de la morbidité ressentie et de la morbidité diagnostiquée. Ce qui signifie qu'elle correspond toujours à une morbidité ressentie (à l'exception d'une demande de

³ Terny G.: Economie des services collectifs et de la dépense publique, Dunod, 1971.

Graphique 3
Les différentes formes de morbidité



Source: Levy E. et alii, opus cité.

prévention obligatoire ou volontaire) et recouvre très largement mais pas totalement le besoin diagnostiqué : une affection réelle peut être diagnostiquée sans avoir été ressentie par le patient, à l'occasion d'une demande motivée par la perception de symptômes sans aucun rapport avec cette affection diagnostiquée. On constate par ailleurs qu'une morbidité, ressentie bien que non réelle, peut néanmoins être diagnostiquée. Cette éventualité qui s'apparente implicitement à une erreur de diagnostic tient à l'imprécision du besoin de santé qui génère la demande.

B – *La demande induite* est une demande de diagnostic complémentaire et de traitement, qui s'identifie aux prescriptions d'actes de laboratoire, d'actes médico-techniques, de médicaments, et d'hospitalisation. C'est une demande indirecte, médiatisée par le médecin. Elle est incertaine parce que les trois facteurs qui la conditionnent sont incertains :

- le diagnostic porté à l'occasion de la demande initiale est incertain
- le pronostic d'évolution de la maladie obéit à un processus typiquement aléatoire qu'on peut formaliser par référence au schéma markovien⁴.
- l'expérimentation thérapeutique n'a pas réduit totalement l'incertitude sur l'efficacité des traitements qui conditionne le choix de la prescription.

C – Ces caractéristiques de la demande de santé contrarient trois conditions essentielles à *l'autorégulation* optimale par le marché :

- la condition d'information parfaite du consommateur n'est pas satisfaite. L'individu moyen n'est pas à même d'apprécier la gravité de son état, ni l'opportunité des traitements qui lui sont appliqués. Ni directement, ni même indirectement puisque le médecin, médiateur de la demande indirecte, est lui-même, à un degré moindre, imparfaitement informé ;
- la condition d'indépendance des agents économiques ne l'est pas davantage : l'influence de l'environnement sur la demande initiale introduit des externalités dans les fonctions d'utilités individuelles ;
- enfin, la complexité du besoin de santé et la diversité des réponses que le corps médical y apporte (ne dit-on pas que «chaque malade est un cas» ?) s'opposent à la condition d'homogénéité du produit.

En conséquence, à supposer que le marché des biens et services médicaux soit libre, les prix d'équilibre ne sauraient en aucun cas être des prix optimaux, assurant l'égalité des taux marginaux de transformation et des taux marginaux de substitution, garante d'une situation optimale au sens de Pareto.

D – L'incertitude de la demande, inhérente au risque médical, suscite par ailleurs des procédures de protection financière contre ce risque : par l'assurance. Or ces procédures éloignent encore davantage l'économie d'un optimum parétien normatif, par la distorsion qu'elles entraînent entre le prix supporté et l'utilité des services.

⁴ Gadreau M. : Une mesure de la santé, Sirey, 1978, 233 p.

Il en résulte un niveau «anormal» de la consommation médicale. C'est l'effet de «moral hazard» qui a fait l'objet d'une abondante littérature depuis Arrow⁵. Que l'assurance soit privée ou socialisée, l'effet sur l'augmentation des dépenses de santé est de même nature. Mais il est potentiellement plus important lorsque la socialisation du financement (par cotisations obligatoires sur salaire comme en France ou par l'impôt comme en Grande-Bretagne) occulte le lien entre l'accroissement de la consommation et le montant des prélèvements.

Par ailleurs le mode de rémunération à l'acte intensifie cet effet. Il offre au médecin la possibilité d'ajuster ses revenus réels à ses revenus désirés, en multipliant les actes accomplis, sans que le médecin ait à craindre le rétrécissement d'une clientèle à la fois mal informée sur ses besoins et peu responsable financièrement.

En ce sens le système de santé français caractérisé par la juxtaposition d'un financement socialisé et d'une production de soins en partie libérale, tarifée à l'acte, serait doublement inflationniste.

1.3. ... conséquence ou condition du développement économique ?

Les comparaisons internationales montrent cependant que l'augmentation des dépenses de santé est un phénomène largement indépendant des modalités de financement (graphique 2). Ainsi la France à financement socialisé se distingue par sa relative modération (7,5 % du PIB) tant vis-à-vis des pays à financement libéral (USA : 9,5 % du PIB) que d'autres pays à financement socialisé (Suède : 8,5 % du PIB). Seuls les systèmes de santé à production planifiée ont pu exercer un contrôle plus strict (Grande-Bretagne : 5,9 % du PIB). Les modalités de production de soins auraient donc un impact plus grand que les modalités de financement sur la régulation des dépenses de santé.

A – On peut penser que l'augmentation des dépenses de santé ne fait qu'illustrer *les aspirations individuelles à une meilleure qualité de vie*, qui se développent lorsque les besoins élémentaires sont satisfaits⁶. Ainsi en France le poste santé est celui qui a connu la plus forte progression dans la répartition du revenu disponible des ménages (passant de 6 % en 1959 à 12 % en 1979) alors que les postes d'alimentation et d'habillement sont en constante régression (tableau 4).

⁵ Arrow K. : Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. American Economic Review, vol. 3, no. 5, 1963.

Culyer A. : The Nature of the Commodity «Health Care» and its Efficiency Allocation. Oxford Economic Papers, vol. 2, no. 2, 1971.

Pauly M. V. : Medical Care and Public Expense. Praeger Special Studies, 1971.

⁶ Dès 1895, Engels constatait que «plus un individu, une famille, un peuple, sont pauvres, plus grand est le pourcentage de leur revenu qu'ils doivent consacrer à leur entretien physique dont la nourriture représente la part la plus importante».

Tableau 4
Structure de la consommation des ménages (%)

	1959	1970	1973	1976	1979
Alimentation	34,0	27,1	25,3	23,5	22,4
Habillement	10,1	8,6	8,1	7,5	6,9
Logement	9,3	14,5	14,9	15,3	16,1
Equipement du logement	11,1	10,0	10,4	10,3	9,6
Santé	6,6	9,8	10,4	11,6	12,3
Transports	9,3	11,6	12,2	12,8	13,4
Loisirs-Culture	5,4	6,1	6,4	6,5	6,5
Divers	12,2	12,2	12,3	12,5	12,8

Source: Comptes de la nation 1980.

B – Conséquence du développement économique, l'augmentation des dépenses de santé peut aussi être interprétée comme l'une de ses *conditions*. Dès 1940 Colin Clark, dans sa «théorie des trois secteurs», annonçait l'extension du secteur tertiaire en l'analysant comme une échappatoire à l'augmentation successive de la productivité du travail dans les secteurs primaire et secondaire. Plus près de nous, Wagner, dans sa célèbre «loi de l'extension croissante de l'activité publique ou d'Etat chez les peuples civilisés qui progressent» constate, plutôt qu'il n'explique, l'importance grandissante de l'Etat dans la satisfaction de certains besoins.

L'accroissement des dépenses sociales constaté depuis plus d'un siècle est autorisé par la croissance qui élargit l'assiette des prélèvements obligatoires, donc la capacité de dépenser. Mais simultanément il favorise la réalisation des conditions favorables à cette croissance : par l'entretien de la force de travail et la stabilisation du climat social, les dépenses sociales contribuent à l'augmentation de la productivité du travail ; par le soutien du pouvoir d'achat, elles stabilisent l'opportunité d'investir. Les travaux de Louis Fontvieille⁷ sont riches d'enseignements en la matière. Fontvieille distingue les «dépenses liées au développement de l'économie nationale» (action sociale – éducation – action économique . . .) et les «dépenses non liées» (défense nationale – justice – police – administration générale . . .). Les phases de prospérité économique du cycle de Kondratieff (1850–1869, 1895–1913, 1950–1969) voient une régression relative des dépenses publiques ou leur stabilisation, alors que les phases de difficultés (1815–1849, 1870–1895, 1920–1938) voient une progression rapide de l'intervention publique (tableau 5). Fontvieille parle de «croissance alternée» des dépenses de l'Etat : l'intervention publique serait vouée à s'accroître au rythme des disfonctionnements du système économique. Il semble-

⁷ Fontvieille L.: Evolution et croissance de l'Etat français de 1815 à 1969. Economies et Sociétés, Cahiers de l'ISMEA, série A.F., no. 13, 1976.

Tableau 5

Les dépenses de l'Etat par rapport au produit physique de la France¹

Années	Dépenses de l'Etat produit physique %	Dépenses liées ² produit physique %	Dépenses non liées ³ produit physique %
Phase B			
1815-1819	11,92	2,43	9,49
1820-1824	10,37	3,37	7,00
1825-1829	10,81	2,98	7,83
1830-1834	9,56	3,14	6,42
1835-1839	8,58	3,24	5,34
1840-1844	9,19	3,79	5,40
1845-1849	9,44	4,36	5,08
Phase A			
1850-1854	9,46	3,93	5,53
1855-1859	9,82	3,76	6,06
1860-1864	9,94	4,17	5,77
1865-1869	9,74	4,10	5,64
Phase B			
1870-1874	18,64	5,39	13,25
1875-1879	14,58	7,18	7,40
1880-1884	16,32	8,81	7,51
1885-1889	16,75	8,76	7,99
1890-1895	16,36	8,88	7,48
Phase A			
1895-1899	16,77	8,94	7,83
1900-1904	15,64	8,01	7,63
1905-1909	13,79	7,02	6,77
1910-1913	14,15	7,05	7,10
Phase B			
1920-1924	29,18	13,89	15,29
1925-1929	15,11	8,84	6,27
1930-1934	30,77	15,88	14,89
1935-1938	35,88	17,83	18,05
Phase A			
1950-1954	35,57	20,43	15,14
1955-1959	36,98	22,43	14,55
1960-1964	35,93	22,13	13,80
1965-1969	36,78	24,25	12,53

Source: Fontvieille L.: opus cité

rait par ailleurs, que cette croissance alternée soit davantage expliquée par les dépenses liées, dont font partie les dépenses sociales, que par les dépenses non liées. L'explication avancée est fortement marquée par l'adhésion de son auteur à la thèse du capitalisme monopoliste d'Etat fondée sur la théorie de l'accumulation/dévalorisation du capital⁸ : en phase de prospérité les dépenses publiques liées seraient un obstacle à la mise en valeur du capital privé alors qu'en période de difficultés seule l'intervention publique serait à même de pallier les carences des comportements privés et de réduire les déséquilibres qui en découlent.

Sans adhérer pour autant à cette explication on ne peut nier le rôle de régulation que jouent les dépenses publiques, et en particulier les dépenses sociales, dans la croissance économique. C'est la thèse développée par des auteurs tels que Aglietta, Boyer, Mistral⁹, qui expliquent les transformations du rapport salarial au cours de l'histoire, par les nécessités de la régulation économique. Jusqu'au début du 20^e siècle le rapport salarial reste essentiellement concurrentiel, caractérisé par une certaine instabilité de l'emploi et une compression du coût salarial dans la valeur ajoutée; l'accumulation du capital est favorisée sans que soient compromises les possibilités de débouchés, largement assurées dans les couches rurales de la population. La crise de 1929 peut s'interpréter comme une première rupture, conséquence du divorce entre un essor sans précédent du système productif et un rapport salarial, demeuré concurrentiel, mais qui devient progressivement insuffisant à absorber la production. Un certain nombre de mesures sociales (reconnaissance du droit à l'emploi; procédures d'indexation du salaire direct sur le coût de la vie; extension, par les prestations sociales, du salaire indirect), induit la transformation du rapport salarial concurrentiel en un rapport de type monopoliste, qui permet, jusqu'aux alentours de 1974, l'évolution simultanée à peu près cohérente, des normes de production et de consommation. Mais à terme, ce nouveau rapport salarial est source de tensions sur le régime d'accumulation du capital, ralenti par des charges salariales trop lourdes, alors même que les débouchés existent pour la production. On assiste alors à une forte pression des entreprises en faveur d'un retour partiel au rapport salarial concurrentiel, par une limitation des avantages sociaux jusqu'alors consentis.

⁸ *Boccara P.* : Etudes sur le capitalisme monopoliste d'Etat, sa crise et son issue. Editions sociales, Paris 1973.

⁹ *Boyer R.* : Les transformations du rapport salarial dans la crise. Cahiers du CEPREMAP, no. 8105, Février 1981.

2. Les fondements économiques d'une maîtrise des dépenses de santé en France

C'est dans ce contexte que s'inscrit depuis quelques années «le mouvement de révolte contre l'impôt» qui, aux Etats-Unis a influencé la politique de R. Reagan. La thèse des «économistes de l'offre» développée entre autre par A. B. Laffer¹⁰ est significative de l'objectif recherché par l'allègement des prélèvements obligatoires : la réduction de la pression fiscale et parafiscale, en encourageant l'effort et l'esprit d'entreprise, l'épargne et l'investissement, est conçue comme le moyen de relancer l'activité économique.

De même en France, la remise en cause du poids des dépenses sociales en général, et des dépenses de santé en particulier, consacre explicitement la nécessité d'alléger les charges des entreprises pour restaurer les profits et les investissements. Par voie de conséquence, à défaut d'entériner l'augmentation des dépenses de santé par un ajustement des recettes, c'est par leur maîtrise que les pouvoirs publics espèrent atteindre l'objectif d'un financement équilibré du secteur de santé, sous contrainte de croissance économique.

2.1. *L'ajustement des dépenses aux recettes : une nécessité économique*

Le financement socialisé des dépenses de santé implique un choix de la collectivité quant à la part du produit intérieur brut qu'elle entend consacrer, sous forme de transferts, à ce secteur. C'est un choix d'autant plus délicat que ni le montant global, ni les modalités de prélèvement des ressources concernées, ne sont neutres au plan de l'efficacité économique.

Les ressources «maladie» de la sécurité sociale proviennent pour leur quasi totalité de cotisations basées sur les salaires, versées pour près de 70 % par les employeurs. Il n'est pas niable que toute variation de la contribution employeur influe sur le partage de la valeur ajoutée dans l'entreprise, avec certaines conséquences défavorables à la sortie de crise.

Des taux de cotisations plus élevés, s'ils sont répercutés sur les prix, sont directement inflationnistes. S'ils ne le sont pas, d'une part, ils augmentent le prix relatif du travail, exerçant ainsi un effet dissuasif direct sur l'embauche dans les entreprises de main-d'oeuvre ; d'autre part, ils diminuent le résultat brut d'exploitation de l'entreprise, donc les possibilités d'investissement et indirectement le maintien ou la création éventuelle d'emplois.

Une assiette des cotisations plus large, telle que la valeur ajoutée de l'entreprise, incluant non seulement les salaires mais aussi les profits de l'entreprise, n'aurait pas cet inconvénient sur les industries de main-d'oeuvre, à faible valeur ajoutée. Elle

¹⁰ Laffer A. B. : The Economics of the Tax Revolt. Harcourt Brece Jovanovitch, 1979.

défavoriserait en revanche les entreprises les plus capitalistiques qui sont souvent les plus compétitives et dont on peut attendre un effet moteur sur la croissance.

Ainsi par les taux comme par l'assiette des cotisations, la liberté de manipulation des recettes d'origine patronale rencontre le butoir d'une économie en crise face à la concurrence internationale.

Soulignons néanmoins que si l'analyse est pertinente, il ne faut pas en exagérer la portée. Le tableau 6 permet de constater que l'effort contributif complémentaire au financement de la sécurité sociale dans la période écoulée a surtout été réalisé par les salariés puisque la part de leurs cotisations dans ce financement est passée de 21,6 % en 1973 à 25 % en 1981, alors que celle des cotisations employeurs diminuait de 72 % à 68,2 %. Toutes les entreprises ont-elles profité de cette hausse pour effectuer des investissements productifs et générateurs d'emplois ? Rien n'est moins certain.

Il est vrai qu'au sein de la CEE la France se situe au 2^e rang après l'Italie quant à la part des cotisations employeurs dans l'ensemble des prélèvements obligatoires. On constatait néanmoins en 1978 (tableau 7) que le coût de la main-d'œuvre en France était l'un des moins élevés, en raison de la faiblesse du salaire direct.

L'importance des charges sociales dans le coût salarial en France n'est donc pas un facteur objectif de moindre compétitivité de notre économie. Et si l'on ne saurait prendre argument de ce constat pour augmenter les charges patronales, on ne saurait non plus se fonder sur le poids relatif des cotisations patronales dans l'ensemble des cotisations, pour les diminuer. Une telle diminution, à rendement inchangé, signifierait un accroissement des cotisations salariales. Or si les charges

Tableau 6
Evolution de la structure des cotisations sociales
reçues par les administrations publiques
(En % et en milliards de francs)

	1973 en milliards de francs	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1981 en milliards de francs
Cotisations d'em- ployeurs	107,5	72,0	72,2	72,4	71,5	70,7	70,8	68,5	67,2	68,2	386,7
Cotisations des salariés	32,2	21,6	21,7	21,6	22,5	32,2	23,0	24,9	26,4	25,0	141,5
Cotisations des non- salariés	9,5	6,4	6,2	5,9	6,0	6,1	6,2	6,6	6,4	6,8	38,6
Ensemble des cotisations	149,2	100	100	100	100	100	100	100	100	100	566,8

Source : Comptes de la nation

Tableau 7

Structure du coût de la main-d'oeuvre dans l'industrie et le commerce en 1978
(ouvriers+employés) en % du coût total et coût mensuel en ECU (unité de compte européenne)

	Allemagne	France	Italie	Pays-Bas	Belgique	Luxembourg	Royaume-Uni	Danemark
Industrie (en % du coût total)								
Salaire direct	78,0	69,6	70,6	73,4	75,8	82,2	81,7	94,4
Sécurité sociale	20,1	25,8	32,1	24,1	22,3	14,4	15,1	4,2
Autres dépenses (1)	2,1	4,6	-2,7	2,5	2,0	2,4	3,2	1,3
Coût mensuel en ECU	1253	989	724	1258	1269	1217	621	1143
Commerce (en % du coût total)								
Salaire direct	79,9	71,2	70,9	83,6	80,9	86,8	84,4	94,2
Sécurité sociale	17,5	25,4	28,3	15,2	18,1	12,2	13,1	2,9
Autres dépenses (1)	2,5	3,4	0,8	1,2	1,0	1,0	2,5	2,7
Coût mensuel en ECU	1045	900	741	1110	1250	945	480	1201

Source: Eurostat 27-3-1981

(1) Autres dépenses à caractère social (y compris les avantages en nature, dépenses de formation professionnelle, impôts moins subventions).

patronales peuvent être un handicap direct à l'investissement et à l'emploi, les charges salariales amputent le pouvoir d'achat des travailleurs, et à terme, l'espoir d'une relance de l'investissement par la demande. Dans le même ordre d'idées il importe de signaler que la fiscalisation des dépenses de santé, en l'état actuel de notre système fiscal, reporterait partiellement la charge sur les salariés, compte tenu d'une part, de l'importance de la fraude fiscale chez les non-salariés, et d'autre part, d'une contribution relative des employeurs à la fiscalité, plus faible que leur contribution relative à la parafiscalité.

2.2. La maîtrise des dépenses de santé. Par la demande ou par l'offre? *Un choix de société*

2.2.1. La maîtrise par la demande: le retour à une certaine responsabilité individuelle

Certains projets de redressement financier de la sécurité sociale ont proposé une maîtrise des dépenses de santé par la demande. Par exemple, en écartant certaines prestations du champ du remboursement, ou en diminuant le taux de rembourse-

ment, ou encore en taxant la consommation de certains produits tels que l'alcool, le tabac . . . et en affectant le supplément de recettes au financement des risques correspondants. L'incidence de ces mesures serait double. Tout d'abord elles contribueraient directement à réduire le déséquilibre entre dépenses et recettes, dans les deux premiers cas par une diminution des dépenses collectivement couvertes et dans le troisième cas par une augmentation des recettes. Par ailleurs, au-delà de cet effet purement arithmétique on espère inciter les usagers à la modération, et maîtriser ainsi indirectement l'augmentation des dépenses de santé. Encore faudrait-il que l'élasticité de la demande de soins médicaux par rapport au prix restant à la charge de l'utilisateur soit significative. Ce qui n'est pas prouvé. Les estimations réalisées sur ce point font apparaître une faible élasticité prix qui s'explique vraisemblablement à la fois par le caractère largement involontaire de la maladie, par le rôle déterminant du médecin notamment dans la demande induite, et par la complexité des mécanismes de prise en charge financière faisant que l'utilisateur connaît rarement à l'avance le prix qu'il supportera réellement. Il est d'ailleurs intéressant de noter (graphique 2) qu'aux Etats-Unis où le financement des dépenses de santé est largement privatisé, la part des dépenses de santé dans la production nationale est la plus élevée des pays développés (9,5 %) et a plus que doublé entre 1950 et 1980, alors qu'en Grande-Bretagne où le degré de socialisation du financement est particulièrement important, les dépenses de santé absorbent à peine 6 % du PIB et sont multipliées par 1,7 seulement.

D'efficacité incertaine, de telles mesures annonceraient en revanche très nettement une privatisation du financement des dépenses de santé : soit que les individus supportent directement une part accrue des dépenses engagées ; soit que, en fonction de leur degré d'aversion au risque, ils recourent, par adhésion volontaire, aux services d'assurances privées. C'est un choix de société qui doit être clairement posé : on remet en cause le caractère tutélaire, source de rigidité, mais qu'on peut accorder à la santé sur la base du droit à l'égalité dans l'accès aux soins ; ou on privilégie au contraire l'initiative individuelle et la responsabilisation des usagers, garantes d'une certaine régulation automatique de la demande mais aussi d'une inégalité devant la maladie et la mort qui ne serait jamais que l'interface de l'inégalité devant la vie (l'espérance de vie à 35 ans d'un manoeuvre était, en 1971 en France, de 33 ans à peine contre près de 41 ans pour un cadre supérieur ou membre d'une profession libérale).

2.2.2. La maîtrise par l'offre :

une planification souple des équipements et des personnels.

Le contrôle de l'offre de soins apparaît comme la solution privilégiée pour maîtriser les dépenses de santé lorsqu'on ne remet pas en cause fondamentalement la socialisation du financement de ces dépenses. Il repose à la fois sur la reconnaissance de la dimension sociale de la maladie, et sur la constatation du rôle

moteur de l'offre de soins dans l'augmentation des dépenses de santé, en médecine de ville comme en médecine hospitalière. Mais il est particulièrement délicat à concevoir et à appliquer. Au-delà des tentations de rationnement arbitraire, la planification des équipements et des personnels de santé doit être conçue comme une rationalisation des activités de santé, c'est-à-dire comme la recherche de meilleur rapport coût-efficacité. Les limites d'une politique dite «de l'enveloppe globale» si elle ne repose pas sur une véritable évaluation des besoins et des résultats, sont évidentes. Elle conduit tout droit à l'inadéquation des services rendus aux besoins à satisfaire.

A – Ainsi en France, *au plan des soins ambulatoires*, la maîtrise des dépenses médicales de ville prend trois aspects : le freinage de la *démographie médicale* par la sélection à l'entrée des facultés de médecine (moins de médecins, moins d'actes médicaux, moins de dépenses . . .) et sa restructuration par la revalorisation de la fonction de généraliste (moins «inflationniste» que celle de spécialiste); la réglementation du *prix* des actes, par convention négociée entre la sécurité sociale et les organisations syndicales de médecins ; et le contrôle de l'activité des praticiens en *quantité* par référence à des profils médicaux. L'encadrement simultané par les prix et les quantités évite certains effets pervers de la rémunération à l'acte qui offre au praticien la possibilité d'augmenter ses revenus par une multiplication des actes accomplis.

Il est cependant regrettable que la normalisation de l'activité médicale ne tienne pas suffisamment compte de la nature des clientèles. Ainsi, les profils médicaux sont établis par catégories de praticiens, très hétérogènes quant à la clientèle suivie donc aux besoins à satisfaire. Par exemple, la morbidité de la clientèle d'un généraliste exerçant en zone urbaine industrialisée à forte proportion de travailleurs immigrés diffère vraisemblablement de celle d'un généraliste en zone rurale. Les comparaisons d'activité ne sont donc pas significatives et la répartition des moyens qui résulte de l'encadrement n'est pas forcément optimale au sens économique du terme.

D'autre part, cette politique d'encadrement fige l'organisation du système de santé dans la dimension essentiellement curative qui est la sienne et qui, à long terme, n'est pas forcément la plus opportune.

Il est désormais reconnu qu'une véritable planification des soins ambulatoires implique une meilleure connaissance épidémiologique de l'état sanitaire de la population¹¹. C'est dans cette perspective que s'instaurent actuellement des observatoires régionaux de santé, corollaires indispensables à une politique de maîtrise de l'activité et des dépenses par l'offre.

B – Quant aux dépenses hospitalières, qui absorbent aujourd'hui moitié de la consommation médicale (contre le tiers en 1960) et s'élèvent à près de 60 % des

¹¹ Cabanel G. : Pour une meilleure connaissance de l'état sanitaire des français. La documentation française, Paris, 1981.

prestations en nature de la sécurité sociale, elles attirent particulièrement l'attention des pouvoirs publics. La *politique de maîtrise des dépenses hospitalières* s'articule autour de deux axes complémentaires :

- au plan des équipements, la carte hospitalière, référence obligée à toute extension ou création nouvelle d'établissements publics ou privés, et à toute acquisition de matériel lourd, vise à rationaliser le choix des investissements.
- au plan de l'activité courante la récente réforme du financement des dépenses (de fonctionnement) hospitalières consacre la disparition d'une tarification à la journée qui, en liant les recettes de l'hôpital à la durée du séjour, offrait aux établissements la possibilité d'une manipulation aux conséquences inflationnistes¹². Le financement est désormais globalisé par l'attribution à chaque établissement, sur la base de son activité prévisionnelle, d'une enveloppe annuelle de crédits.

On peut craindre que ces mesures n'induisent une certaine stagnation du degré de satisfaction des besoins, si elles ne sont pas accompagnées d'une véritable rationalisation de l'organisation hospitalière, garante d'une meilleure utilisation des ressources.

Le processus de départementalisation engagé à l'hôpital et les projets de budgétisation par centres d'activité sont peut être l'amorce de cette rationalisation. Le *département* consacre la restructuration d'unités hétérogènes (les services hospitaliers) résultats de l'histoire et des luttes d'influence entre praticiens, en unités homogènes eu égard à pathologie traitée et aux techniques de soins. Par la coordination des moyens en personnels et en équipements qu'il instaure autour du malade, il est tout à la fois propice à la suppression de certains gaspillages et à une meilleure qualité des soins. Quant à la *budgétisation par centres d'activité* qui implique l'établissement de tableaux de bord par centre d'activité et l'analyse concertée des écarts entre réalisations et prévisions, elle est la condition d'un *budget global négociable* entre l'hôpital et la sécurité sociale, et non pas imposé unilatéralement par cette dernière.

Condition nécessaire mais non pas suffisante. Encore faut-il que ces budgets soient «médicalisés», c'est-à-dire fassent apparaître l'opportunité des traitements appliqués et supportent une réelle pratique de l'évaluation de la qualité de soins. Cette pratique, nouvelle en France, tend à se développer sur le modèle anglo-saxon¹³. Il s'agit d'apprécier, à travers une triple approche des structures, des procédures et des résultats¹⁴, si le processus de soins (défini par de multiples paramètres : le motif et la durée de l'hospitalisation, la nature et la composition du

¹² Gadreau M. : La tarification hospitalière. Editions Médicales et Universitaires, Paris, 1975.

¹³ Cochrane A. L. : L'inflation médicale. Réflexions sur l'efficacité de la médecine. Editions Galilée, Paris, 1977.

¹⁴ Donadebian A. : The Quality of medical Care. Sciences, 200, 4 344, 1978.

traitement . . .) est adapté à une norme conçue selon les cas, soit comme le processus statistiquement le plus fréquent, soit comme le résultat d'un consensus. Cette technique dite de «l'audit» repose sur un système d'évaluation interne à l'hôpital, susceptible de faire la preuve de l'allocation appropriée des ressources disponibles. Elle rencontre certaines limites d'ordres conceptuel, opérationnel et institutionnel.

- Au plan conceptuel elle suppose qu'il existe un processus de soin optimal qu'on peut approcher par l'observation de la pratique ou par concertation. Or la pratique la plus fréquente n'est pas forcément la plus opportune. Et la concertation est restreinte par le comportement individualiste des médecins. On touche là une difficulté majeure de l'analyse de la qualité. Si l'exercice de la médecine peut être présenté simultanément comme un rite, un art et une science¹⁵, en France la médecine est encore avant tout considérée comme un art, domaine privilégié des convictions personnelles. Et les médecins ne sont pas encore prêts à accepter la remise en question permanente mais fructueuse de leur pratique.
- Au plan opérationnel la technique de l'audit implique que des informations de toute nature, tant socio-économiques que médicales, relatives aux hospitalisés et aux traitements qu'ils reçoivent, soient systématiquement recueillies. Un dossier médical type, informatisable, s'avère indispensable à la «médicalisation» des tableaux de bord dont on a souligné la nécessité. Le système mis en place dans le New-Jersey par R. Fetter est à cet égard très instructif. Son intérêt novateur réside dans sa méthodologie qui repose sur une synthèse entre les éléments traditionnels de gestion et les informations de caractère médical. Au lieu de suivre l'activité hospitalière sur la base d'un critère «temps» simplifié, la journée, il s'agit de définir des processus thérapeutiques aussi cohérents que possible, et de leur affecter ensuite un poids économique¹⁶.
- Il importe enfin que la technique de l'audit soit reconnue au plan institutionnel. Ainsi aux Etats-Unis, la Jointed Commission on Accreditation for Hospitals délivre un agrément aux hôpitaux qui acceptent de mettre en place un système d'audit médical. De même les P.S.R.O. (Professional Standard Review Organisation) ont pour mission de confronter chaque dossier de malade hospitalisé, soumis à remboursement par les organismes de Sécurité Sociale Medicaid et Medicare, avec des normes en vigueur qui portent principalement sur le motif d'hospitalisation et la durée de séjour. Il faut souligner que le succès de l'audit médical aux Etats-Unis est lié au contexte particulier dans lequel il se situe : un système où le remboursement des soins nécessite la justification de leur utilité ; où

¹⁵ *Stephan J. C.* : La qualité des soins : un problème pour les praticiens in : la médecine et l'essor technologique. La Documentation Française, Paris, 1980.

¹⁶ *Fetter R. B. et alii* : Case Mix Definition by Diagnosis related Groups in : Medical Care, February 1980.

Service central d'analyse de gestion de l'A.P. de Paris – Les «Groupes de diagnostic analogues» de Fetter : vers une endoscopie des coûts in : Gestions hospitalières, no. 217, juin-juillet 1982.

les médecins, soumis à des procès en responsabilité civile de plus en plus nombreux, sont incités à faire la preuve de l'opportunité et de la qualité de leurs prestations ; et où surtout l'exercice de la médecine est moins sacralisé que dans les pays européens de tradition latine. Il faut aussi rester conscient des dangers de l'institutionnalisation sans nuance d'une évaluation de l'activité hospitalière : les «Groupes de diagnostic analogues» de Fetter, dans leur dimension économique et financière, n'ont de signification qu'à structure hospitalière comparable. En faire une base de référence générale, par pathologie, pour la répartition des ressources entre établissements, conduirait à méconnaître les caractéristiques propres à chaque établissement et à accentuer certaines inégalités préexistantes. Quoiqu'il en soit, un système formalisé d'évaluation des soins conçu au sens large, dans sa double dimension économique et médicale, comme un «contrôle social d'aide à la décision médicale», ne sera efficace que si les différents acteurs du système de santé l'acceptent. Loin d'être coercitif il doit donc être organisé dans une perspective didactique de formation et d'autocontrôle.

Résumé

La régulation des dépenses de santé

Les comparaisons internationales montrent que la croissance des dépenses de santé est un phénomène caractéristique des économies développées. On peut l'analyser, dans une optique statique, comme une manifestation de la spécificité de la demande : médiatisée par une tierce personne, le médecin ; fortement aléatoire et suscitant la mise en place de mécanismes d'assurance ; soumise à des interdépendances génératrices d'effets externes et d'indivisibilités. On peut aussi, dans une perspective dynamique, l'interpréter comme une conséquence de l'élévation du niveau de vie et une condition de la croissance économique.

La politique de santé est étroitement marquée par les impératifs de la croissance. La nécessité de ne pas alourdir les charges des entreprises qui, en France, contribuent à près de 70 % au financement des dépenses de santé, semble exclure l'ajustement des recettes aux dépenses.

En revanche, le choix d'un scénario de maîtrise des dépenses est d'abord un choix de société qui illustre le dilemme fondamental entre équité et efficacité. Une maîtrise par la demande, c'est-à-dire par un retour à une certaine autorégulation par le marché, remet en cause le caractère tutélaire accordé à la santé. La maîtrise par l'offre, c'est-à-dire par une planification souple des équipements et des personnels de santé risque de substituer à l'injustice d'un rationnement par les prix, celle d'un rationnement par les quantités si on ne s'assure pas de l'adéquation des moyens aux besoins, et de l'utilisation efficace de ces moyens. Concrètement, l'évaluation de l'activité médicale et de la qualité des soins est un corollaire indispensable au scénario de régulation par l'offre – privilégié en France – si on veut concilier l'intérêt de la collectivité et celui des usagers.

Summary

The Regulation of Health Expenditure: A collective choice under the constraint of Economic Growth.

In developed countries, the growth of Health expenditure can be analysed either from a static point of view as a specific expression of demand for Health or dynamically as both a consequence of a rising standard of living and a condition of economic growth.

At present in France any attempt to adjust Health Insurance revenue to growing expenditure is quite out of the question since the employers' burden in financing social security has reached its limit. However, it does seem feasible to try and check expenditure either on the demand side by introducing some self regulation by the market or on the supply side by some planning of public spending on personnel and equipment.

Opting to curtail expenditure on health services is a fundamental decision that illustrates the basic dilemma between efficiency and equity.