

Les soins de santé : un marché « pas comme les autres »

Cette Notice propose une analyse économique des soins de santé, à partir du modèle canonique d'un marché caractérisé par une fonction d'offre et une fonction de demande. L'analyse descriptive montre que le marché des soins de santé, comparé à d'autres, se caractérise par une interdépendance forte de l'offre et de la demande; en effet, il est marqué par l'existence de fortes asymétries d'information entre « producteurs » et « consommateurs » de soins, et d'une incertitude de nature multidimensionnelle. Cette situation de « défaillance de marché » légitime l'intervention de l'État pour le financement des soins de santé et de manière plus large, pour sa régulation. Manifeste dans le lien particulier noué entre producteurs et consommateurs (à savoir la relation de délégation, basée sur la confiance, du patient vers son soignant), l'interdépendance entre offre et demande fonde l'existence de formes d'auto-régulation par les offreurs eux-mêmes (code de déontologie, altruisme) qui pourraient être découragées, voire évincées par la mise en place d'outils de régulation standard (contrôles, incitations financières)... Comprendre la nature de cette interdépendance et agir de manière simultanée sur les deux aspects du marché constitue le préalable indispensable à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un mode de régulation pertinent et efficace, dès lors qu'il sera accepté par les acteurs. C'est à cette seule condition que pourra être durablement préservée la solidarité, tout en respectant les grands équilibres macro-économiques aujourd'hui mis à mal dans un contexte d'inflation des dépenses de santé et de déficit de la branche maladie.

Si l'association des termes « économie » et « santé » est longtemps apparue comme contre-intuitive voire déplacée, la place grandissante du secteur de la santé dans l'économie française (avec une part de valeur ajoutée de 5,7 % du PIB), ainsi que la nécessaire maîtrise du rythme de croissance de ses dépenses, a légitimé la place de l'économie, au même titre que d'autres disciplines, au chevet de la santé. Mais trop souvent encore, l'économiste de la santé est vu comme celui qui ferait « l'économie de la santé », voire des « économies en santé »... Or l'application du raisonnement économique à ce domaine vise à comprendre les différentes logiques d'acteurs (consommation et offre de soins, financement) et donc les implications multiples de la santé sur l'économie globale (croissance, dynamisme du marché du travail...) et le bien-être individuel (qualité de vie, revenu...). *In fine*, la recherche des meilleurs outils de régulation du marché des soins vise à rendre le système de santé efficient, c'est-à-dire efficace au moindre coût; en d'autres termes, l'analyse économique s'intéresse à la rationalisation du système de soins, ce qui s'oppose à la notion comptable de rationnement.

Pour étudier la demande de soins, émanant des patients, et l'offre de soins dispensée notamment par le corps médical, l'analyse économique se réfère au cadre théorique du marché. Ce modèle conduit à mettre en lumière les caractéristiques particulières du secteur des soins, où l'interdépendance de l'offre et de la demande apparaît plus marquée que sur les autres marchés traditionnellement étudiés en économie (biens et services, travail, monnaie...). Enfin, le marché des soins est le

lieu de tensions tant sur les offreurs de soins (médecins, hôpitaux...) qui voient leur liberté d'exercer davantage contrôlée et contrainte par des objectifs de performance, que sur les patients, dont la « responsabilité » est invoquée pour justifier une participation accrue au financement des soins de santé.

Un marché en constante expansion

Les dépenses de santé : caractéristiques et tendances

L'augmentation continue des dépenses de santé et de la part du PIB qui leur est consacrée constitue un fait stylisé tout à fait caractéristique du marché des soins de santé. En quarante ans, la part du PIB consacrée aux dépenses de santé a presque triplé en France, passant de 3,8 % en 1960 à 9 % en 2006. En 2006, les dépenses médicales représentent ainsi environ 160 Mds €, soit une dépense annuelle moyenne de 2 527 € par habitant, contre 39 € en 1960.

Deux agrégats de la consommation de soins sont utilisés pour distinguer :

- l'effort consacré par l'ensemble des financeurs du système au titre de la santé (la dépense courante de santé : DCS),
- la valeur des biens et services médicaux (consommation médicale totale : CMT).

Un troisième agrégat, la dépense totale de santé (DTS), est utilisé dans les comparaisons internationales. En 2005, 11,1 % du PIB sont consacrés aux DTS, ce qui situe la France en troisième position derrière la Suisse (11,6 %) et les États-Unis (15,3 %) (Eco-Santé OCDE, 2007).

Les dépenses de santé en France, 2006 (en € constants)

	Volume des dépenses (Mds €)	Montant annuel moyen par habitant	Part dans le PIB
Dépense courante de santé	198,3	3 138	11,1 %
Dépense totale de santé (chiffres 2005)	182,9	2 912	11,1 %
Consommation médicale totale	159,7	2 527	8,9 %
(dont : consommation de soins et biens médicaux)	156,6	2 477	8,7 %

Source : Comptes nationaux de la santé, 2007.

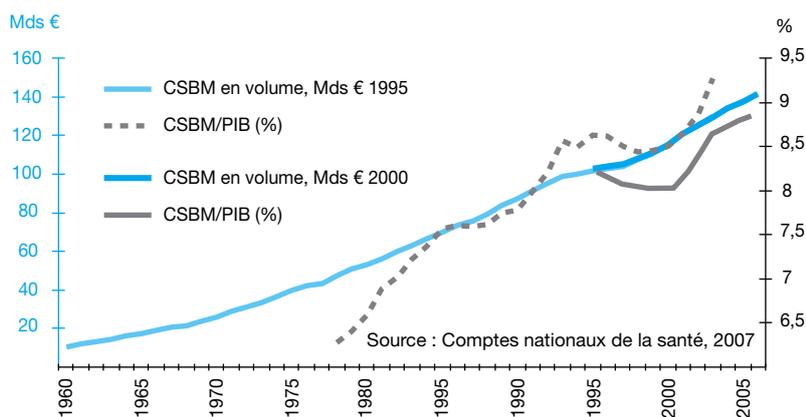
Si les études internationales sont basées sur les DTS, la plupart des études françaises font référence à la CSBM (consommation de soins et biens médicaux), élément de la CMT¹. La CSBM correspond en 2006 à 156,6 Mds €, soit une dépense annuelle par personne équivalente à 2 477 € par habitant et 8,7 % du PIB. Elle est en constante

augmentation depuis 30 ans avec un taux de croissance annuel moyen en volume égal à 4,1 %, alors que le PIB a crû de 2,1 % sur la période 1978-2003. La part de la CSBM dans le PIB est ainsi passée de 6,3 % en 1978 à 9,3 % en 2003.

En outre, la structure de la CSBM a évolué au cours des trente dernières années. La part des dépenses hospitalières, premier poste de la CSBM, est passée de 41 % en 1960 à 44 % en 2003, après avoir culminé à 55 % en 1982. La baisse observée depuis 1983 est imputable en partie au début de l'encadrement des dépenses hospitalières, avec l'instauration du forfait journalier supporté par les personnes admises à l'hôpital, et plus généralement par les organismes complémentaires d'assurance maladie, et la mise en place du budget global hospitalier (dotation globale : v. Notice 13). Par ailleurs, la consommation de médicaments en volume a été multipliée par 30 entre 1960 et 2000 alors que dans le même temps, la part des médicaments dans la CSBM diminuait globalement, passant de 25 % en 1960 à 17 % en 2003, du fait notamment de la régulation des prix. Enfin, les soins ambulatoires, second poste de la CSBM, représentent une part relativement stable (26,9 % en 2001 comparé à 28,8 % en 1960).

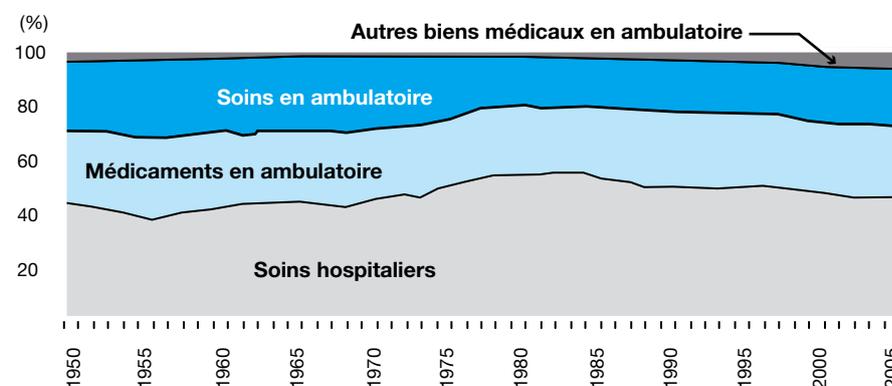
En 2006, le financement des dépenses de santé est assis à plus de 78 % sur une base collective : 77 %

La CSBM en volume et sa part dans le PIB, 1960-2006 (bases 1995 et 2000)



NB : Consommation de soins et biens médicaux déflatée par le prix du PIB.

Évolution de la structure de la CSBM en valeur (1950-2005)



NB : Soins ambulatoires : dispensés par les médecins, auxiliaires médicaux, dentistes, laboratoires d'analyses et établissements thermaux.

Source : *Études et résultats*, n° 572, mai 2007 DREES (rétropolation des Comptes de la santé)

1. C. Pereira et N. Missègue, « Les déterminants de l'évolution des dépenses de santé », *Dossiers Solidarité et Santé* n° 1, Drees, 2005.

pour la Sécurité sociale de base – abondée par les cotisations des assurés – et 1,4 % pour l'État et les collectivités locales. Ce fort niveau de socialisation est relativement stable depuis 25 ans. D'autres sources de financement viennent le compléter, de nature privée ou relevant de l'engagement direct du patient (notion de reste à charge). Sur cette période, la part du financement privé (assurances, mutuelles, instituts de prévoyance) a doublé, contrairement au reste à charge des patients qui a diminué, passant de 14,5 % à 8,6 %. On observe notamment une augmentation de la part des mutuelles (de 5 % en 1980 à 7,5 % en 2006) et des instituts de prévoyance (de 1,5 % à 2,4 %) dans la prise en charge des dépenses de santé.

Le financement de la CSBM, 1980-2006 (en %)

	1980	1990	1995	2000	2004	2005	2006
Sécurité sociale de base	76,5	76,1	75,7	75,3	76,7	77,2	77,0
État et collectivités locales	3,0	1,1	1,1	1,2	1,3	1,3	1,4
Mutuelles	5,0	6,1	6,9	7,2	7,3	7,4	7,4
Assurances	1,5	5,2	3,1	2,6	3,0	3,1	3,2
Instituts de prévoyance	1,5	2,2	2,6	2,5	2,4		
Ménages	14,5	11,5	11,7	11,4	9,1	8,5	8,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Comptes nationaux de la santé 2007

Cependant le financement des dépenses de santé apparaît fortement différencié selon la nature de la dépense. Si la Sécurité sociale de base participe massivement au financement des soins hospitaliers (à plus de 90 %), en revanche elle prend en charge moins de 70 % des soins ambulatoires et biens médicaux. Les mutuelles, les assurances et les ménages ont à peu près la même structure de dépenses : de la pharmacie pour un quart à un tiers, des honoraires médicaux pour environ un cinquième, enfin des dépenses pour les dents et les lunettes pour une part significative, dès lors que ce poste est celui sur lequel la collectivité rembourse le moins. Ainsi le reste à charge est très faible pour les dépenses liées aux soins hospitaliers (transports de malades par exemple), de l'ordre de 3 %, mais beaucoup plus élevé pour les soins ambulatoires (12,2 %) et les médicaments (12 %), ce qui est à l'origine de fortes disparités de recours aux soins.

Par conséquent, les comportements de demande et de recours aux soins de santé sont dépendants de la prise

Structure du financement de la CSBM par postes de dépenses en 2006 (en %)

	Sécurité sociale	État et collectivités locales	Mutuelles et sociétés d'assurance	Ménages
Soins hospitaliers	91,9	1,2	4,2	2,7
Soins ambulatoires	65,7	1,6	20,5	12,2
Médicaments en officine	67,5	1,5	18,9	12,1
Total des postes	77,0	1,4	13,0	8,6

Source : Comptes nationaux de la santé 2007

en charge et des moyens de financement mis en place, notamment selon la nature de la dépense engagée.

Pour autant, l'équivalence entre demande et dépenses de soins n'est avérée que si l'offre, constituée par les professionnels de santé et les établissements, a la capacité d'y répondre en prodiguant les soins demandés. Cette « double équivalence » macroéconomique, telle que R. Evans l'a schématisée, met en scène finalement trois acteurs sur le marché des soins : les offreurs, les demandeurs et les financeurs².

Les acteurs en présence

Les offreurs

Les professionnels de santé

En 2006, environ 250 500 médecins sont inscrits au Tableau de l'Ordre des médecins (v. aussi Notice 21). Depuis 1979, l'augmentation du nombre de médecins en activité effective est de l'ordre de 90%. Entre 1990 et 2005, les effectifs des professionnels de santé ont crû deux fois plus vite que ceux de l'ensemble des actifs (respectivement 2 % par an en moyenne contre 0,7 % : Drees, 2006). Mais le rythme de croissance des effectifs de médecins baisse, du fait du vieillissement démographique et des politiques de *numerus clausus* successives, passant ainsi de + 3 % dans les années 80 à moins de 1 % ces dernières années.

Les professionnels de santé représentent aujourd'hui près de 8 % de la population active. Consécutivement à l'augmentation de la population en situation de dépendance, la demande de travail d'ici 2015 devrait subir une forte augmentation dans ce secteur, les travaux du Centre d'analyse stratégique prévoyant une création nette d'emplois de 236 000 postes. Le vieillissement de la population pose en outre la question de la raréfaction locale de l'offre médicale et plus généralement de l'accès aux soins. En effet, les générations nombreuses de médecins du *baby boom*, qui ont, par ailleurs, bénéficié d'une politique de régulation généreuse (*numerus clausus* supérieur à 8 000 avant 1978), accèdent aujourd'hui massivement à la retraite.

Les établissements et l'offre d'équipement

L'évolution de l'offre d'équipement apparaît ambiguë selon l'indicateur observé. D'un côté, les équipements lourds disponibles pour une population donnée ont progressé : le nombre de scanners par million d'habitants, par exemple, a été multiplié par 4 entre 1985 et 2002, le nombre d'appareils d'IRM (imagerie à résonance magnétique) par 6,7 et le nombre d'appareils de mammographies par 7,4 durant cette même période. D'un autre côté, le nombre total de lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants a sensiblement baissé, passant de 13,8 en 1974 à 7,5 en 2003, ce qui situe notre pays à peu près au niveau de la moyenne européenne.

Cette tendance à la baisse correspond à une évolution structurelle des modes de prise en charge, qui

2. R. G. Evans, "Supplier-Induced Demand. Some empirical evidence and implications" dans : Perlman M., *The Economics of Health and Medical Care*, p. 162-173, 1974.

s'orientent vers des alternatives à l'hospitalisation complète comme l'hospitalisation partielle³ ou l'hospitalisation à domicile (HAD). À titre d'illustration, en anesthésie, avec le développement d'innovations, des interventions chirurgicales se font en dehors de l'hospitalisation à temps complet. Simultanément, la durée moyenne de séjour en hôpital a été divisée par deux en trente ans. Néanmoins, le nombre de lits pour les soins de longue durée est en augmentation, signe d'une demande accrue des personnes âgées dépendantes. Ainsi en 2003, le nombre de lits pour 1 000 habitants est de 11,2 en France, chiffre comparable à celui de la Belgique, de la Finlande et de la Suisse mais relativement plus élevé que ceux des États-Unis (6), du Royaume-Uni (3,6) ou de l'Italie (2,9) (Eco-Santé OCDE 2006).

L'industrie pharmaceutique

Avec un chiffre d'affaires (CA) égal à 42 Mds€ en 2006 (dont 40 % à l'exportation), la France est le premier producteur et le premier exportateur européen de médicaments (5 000 médicaments mis sur le marché). Ce secteur est particulièrement dynamique, le CA ayant été multiplié par six en 20 ans et la consommation de médicament par trente en 40 ans. De plus, il draine plus de 100 000 emplois depuis 2004 contre 60 000 au début des années 70. Par ailleurs, les médicaments représentent 21 % de la CSBM et 16 % des remboursements au titre du régime général ; en effet, la prise en charge par la collectivité ne représente que 60 %.

Cette forte croissance du secteur justifie une régulation du marché du médicament dont les leviers sont multiples : contrôle et encadrement du prix, recommandations de bonnes pratiques de prescription, déremboursements, valorisation des génériques.

Le processus actuel de détermination du prix du médicament traduit cette volonté de régulation. La commission de la transparence de la Haute Autorité de santé (HAS) donne un avis circonstancié et scientifique sur le SMR (service médical rendu) d'un médicament et sur son intérêt par rapport à la thérapeutique en place sur le marché (ASMR : amélioration du service médical rendu). L'avis motivé de la commission sera ensuite adressé au CEPS (Comité économique des produits de santé), chargé de négocier le prix avec le laboratoire pharmaceutique.

Les demandeurs

Le processus naturel de vieillissement ou un choc exogène – accident, ou survenue d'une maladie – est susceptible d'altérer de manière plus ou moins progressive l'état de santé individuel. C'est en effet *a priori* un problème de santé qui va conduire en premier recours à exprimer une demande de soins de santé. Quel que soit l'outil de mesure de la santé retenu, l'avancée en âge s'accompagne d'une probabilité plus forte de voir son état de santé se détériorer. Ainsi, d'après les résultats de l'Enquête décennale santé de l'Insee (2002), deux maladies ou troubles de santé sont déclarées entre 16

et 39 ans contre cinq à 65 ans et même six à partir de 75 ans ; l'état de santé est perçu de manière négative par 15 % à 18 % des 30-44 ans, contre 60 % des 75 ans et plus. Mais ce sont les aspects fonctionnels qui sont les plus discriminants : 10 % des personnes de 30 à 44 ans déclarent des incapacités, alors qu'ils sont plus de 60 % parmi les 75 ans et plus.

La dégradation de l'état de santé avec l'âge entraîne un besoin en santé grandissant, qui s'exprime par une consommation de soins en moyenne plus élevée. En effet, en 2006 les personnes âgées de 40 à 49 ans ont consommé en moyenne 1 654 € ; cette dépense est multipliée par deux chez les 60-69 ans, par trois chez les 70-79 ans et par quatre chez les plus de 80 ans. La consommation des personnes âgées se traduit par de plus fortes dépenses d'hospitalisation (le taux d'hospitalisés dans les trois derniers mois passe du simple au double entre 40 et 70 ans : *ESPS* 2004), de pharmacie et de plus faibles dépenses de biologie et de soins de dentisterie. Les maladies les plus souvent citées par les personnes de 50 ans et plus vivant à leur domicile privé sont respectivement les maladies ostéo-articulaires (18 %) et cardiovasculaires (11 %)⁴.

Bien entendu, du fait du vieillissement de la population, les pathologies du grand âge (maladies neurodégénératives notamment) sont de plus en plus nombreuses : ainsi plus de 80 % des personnes de plus de 70 ans vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD) sont atteintes d'une maladie neuropsychiatrique. Parallèlement à ces besoins liés au grand âge, d'autres pathologies ou facteurs de risque témoignent de besoins de santé nouveaux, l'augmentation du surpoids (25 % en 1995 à 29 % en 2004) en étant la manifestation la plus récente et la plus inquiétante.

Les financeurs

La Sécurité sociale de base demeure le principal financeur en assurant les trois quart du financement des soins de santé. Comme le soulignent A. Fenina et Y. Geffroy⁵, la stabilité dans le temps de cette proportion cache cependant deux évolutions contraires : la déformation récente de la structure des dépenses de santé en faveur de soins moins bien remboursés, tels que les médicaments ou les biens médicaux, et parallèlement, la prise en charge d'un nombre croissant de personnes exonérées de ticket modérateur. Par ailleurs, si les cotisations d'assurance maladie continuent de représenter la part la plus élevée du financement du régime de base, la montée de la fiscalité *via* l'augmentation de la CSG (v. Notice 3) contribue à construire un modèle hybride de financement de la Sécurité sociale. En outre, les acteurs privés (v. Notice 5) s'imposent peu à peu comme financeurs à part entière du système de soins (13 % en 2006) : institutions de prévoyance (IP : APRI, AG2R Prévoyance, Groupe Mederic...), organismes paritaires à but non lucratif, couvrent plus de 20 millions d'assurés, ayants droit compris, mais ne financent que 2,4 % des soins de santé. Ils se concentrent notamment sur les soins les

3. L'hospitalisation partielle concerne l'accueil des patients de jour ou de nuit, et les unités ayant des activités d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire. Elle fait partie, avec l'hospitalisation à domicile, des alternatives à l'hospitalisation complète.

4. Th. Barnay, C. Sermet, « Pathologies et facteurs de risque chez les personnes âgées », dans : *Le vieillissement en Europe. Aspects biologiques, économiques et sociaux*, coll. « Les études de la Documentation française », 2007.

5. A. Fenina et Y. Geffroy, « Les comptes nationaux de la santé en 2006 », *Études et Résultats*, DREES, n° 593, 2007.

moins bien remboursés (optique et soins bucco-dentaires par exemple). L'essor du secteur privé pose en particulier la question des inégalités d'accès à cette couverture complémentaire, compte tenu des disparités de revenu, mais aussi remet en question le principe de mutualisation des risques, si des critères de différenciation comme l'âge sont introduits pour demander davantage aux catégories à hauts risques potentiels.

Les évolutions et leurs déterminants

L'évolution des dépenses de soins est traditionnellement associée à plusieurs déterminants : la richesse d'un pays (PIB), les prix des soins, le degré de couverture assurantielle (avec éventuellement l'accès à une assurance complémentaire), l'état de santé, le vieillissement démographique, le progrès technique, l'organisation de l'offre de soins (règles d'accès au système de soins) et les réformes menées. Des travaux économétriques⁶ ont permis de mesurer l'importance respective de certains facteurs : il s'agit principalement du niveau de vie de la population et du progrès technique, secondairement des évolutions démographiques⁷, enfin des aspects organisationnels, parmi lesquels la couverture assurantielle.

Parmi tous ces facteurs, le vieillissement démographique a souvent été présenté comme un facteur potentiel d'explosion de la consommation médicale. Cependant, cet « effet mécanique » semble moins significatif que ne l'avaient suggéré les estimations initiales. Deux éléments semblent l'expliquer : le coût de la dernière année de vie (ou la proximité de la mort) et les changements dans les pratiques. Certaines études américaines ont montré que les dépenses de santé se concentraient à la fin de la vie ; le facteur explicatif ne serait donc pas l'âge mais la proximité de la mort. Par ailleurs, les changements dans les pratiques de consommation de soins se traduisent d'une part par un effet de génération, les individus consommant plus de soins à tout âge que leurs aînés, et d'autre part par une intensification des soins.

En France, avec les gains d'espérance de vie réalisés après 65 ans (v. Notice 2), la prise en compte explicite du recul de la mortalité dans les modèles de projection a conduit à réduire l'estimation initiale de l'impact du vieillissement sur les dépenses de santé. H. Huber et V. Dormont⁸ montrent ainsi que l'effet du progrès technique sur l'accroissement des dépenses de santé est 3,8 fois plus élevé que l'effet démographique pur (à savoir la transformation de la structure par âge de la population).

Ainsi, le progrès technique, et son adoption rapide par les acteurs, est un des facteurs explicatifs majeur

de la croissance des dépenses de santé. Or à la différence d'un marché traditionnel, pour lequel on considère la croissance des échanges comme un indicateur de « bonne santé », et le progrès technique rapide comme gage de développement, le caractère fortement socialisé de la dépense explique les mécanismes d'encadrement du secteur mis en place depuis 1996 par le vote au Parlement d'un taux de croissance des dépenses d'assurance maladie (ONDAM : v. Notice 4). Pour autant, son dépassement systématique conduit aujourd'hui à s'interroger sur la vraie nature de ce marché, sur les comportements microéconomiques sous-jacents à ces indicateurs macroéconomiques.

Un marché « pas comme les autres »...

La fonction de demande : l'Arlésienne du marché ?

Traditionnellement, la fonction de demande pour un bien ou un service permet de caractériser les préférences d'un consommateur informé, étant donné sa contrainte budgétaire et le prix qui prévaut sur le marché. Sur le marché des soins de santé, l'argument de l'ignorance du patient est régulièrement invoqué comme conduisant à nier l'existence même d'une fonction de demande. Trait révélateur, ce terme économique de « demande » n'est pas d'usage courant : le législateur raisonnera plus volontiers en termes de droits (accès égal aux soins), les assurés et leurs représentants évoqueront la notion d'acquis sociaux, et les usagers le besoin ou le désir de recouvrer au plus vite leur état de santé. Les professionnels de santé s'attacheront pour leur part aux attentes, voire aux exigences de leurs patients. La fonction de demande apparaît donc insaisissable sur le marché des soins médicaux, ce qui lui confère, selon N. Tanti-Hardouin⁹, un statut comparable à celui de l'Arlésienne de Bizet.

Paradoxalement, les demandes (jugées excessives) des patients sont, dans le même temps, invoquées pour justifier des mesures de responsabilisation des usagers par le régulateur. Pour lever ce paradoxe, il importe de souligner la multiplicité des fonctions de demande et les relations complexes qu'elles entretiennent¹⁰.

La fonction de demande de soins est en effet dérivée d'une demande de santé, au sens défini par M. Grossman¹¹. Celle-ci repose sur l'existence d'un « capital santé » détenu par l'individu, qui se déprécie au cours

6. L'économétrie combine les méthodes statistiques à la théorie économique pour donner une mesure robuste des différents effets en présence à partir de l'analyse de données réelles, soit temporelles, soit spatiales (transversales).

7. C. Bac, G. Cornilleau, « Comparaison internationale des dépenses de santé : une analyse des évolutions dans sept pays depuis 1970 », *Études et Résultats*, n° 175, DREES, 2002 ; N. Destais, *Le système de santé : organisation et régulation*, LGDJ, 2003, p. 95 ; M. Grignon, « Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé », *Questions d'économie de la santé*, n° 66, 2003 ; R. Mahieu, « Les déterminants des dépenses de santé : une approche macroéconomique », Documents de travail de la Direction des études et synthèses économiques, INSEE, 2000 ; D. Polton et C. Sermet, « Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé ? », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 5-6, p. 49-52, 2006.

8. H. Huber, V. Dormont, « Causes of health expenditure growth, the predominance of changes in medical practices over population ageing », *Annales d'économie et statistiques*, n° 83-84, 2006.

9. N. Tanti-Hardouin, *L'économie de la santé*, coll. « U Économie », Armand Colin, 1994.

10. L. Rochaix, « La fonction de soins de santé : l'Arlésienne du marché ? », *Risques*, n° spécial santé, mars 1995 ; et « Le financement par les particuliers : la boîte de Pandore ? », *Revue d'économie financière*, 1995.

11. M. Grossman, « On the concept of health capital and the demand for health », *Journal of Political Economy*, 80 : 223-255, 1972.

du temps (vieillesse), peut éventuellement subir des chocs (accident ou maladie) et dans lequel il convient d'investir, de manière soit préventive, soit réparatrice. Cette demande de « capital santé », qui varie en fonction de nombreux paramètres (notamment culturels et sociaux), conditionne la demande de soins de l'individu.

Comme sur un marché standard, cette demande est fonction du prix. Cependant le prix des soins n'est pas, dans la plupart des cas, un prix de marché, étant fixé de manière administrative. De surcroît, le fait d'être assuré modifie le prix final payé par le consommateur, voire l'annule en cas de prise en charge complète. La demande de soins de santé est donc influencée par le choix préalable de s'assurer (la demande d'assurance santé) qui détermine le niveau de prise en charge du risque par l'assureur, et donc le prix final.

La demande d'assurance renvoie à la nécessité pour le consommateur de se prémunir contre le risque de dégradation de son état de santé (occurrence d'une maladie, accidents...). Selon le principe de mutualisation du risque, en échange d'une prime de risque souvent modique, le consommateur est couvert par l'assurance maladie publique, à laquelle peut s'ajouter une complémentaire maladie souscrite à titre privé (v. Notice 5). Ce mécanisme induit cependant deux types de défaillances de marché relevant de l'asymétrie d'information.

- La sélection adverse, d'une part, stipule que les consommateurs, connaissant mieux leur risque face à une pathologie ou une maladie donnée que l'assureur qui leur propose le contrat, vont se tourner vers les contrats d'assurance les plus avantageux, selon l'adage : « Seuls les mauvais risques s'assurent ». Ce comportement est de nature à augmenter les risques moyens associés à chaque contrat, et, à terme, à mettre en difficulté le marché de l'assurance lui-même.

- L'aléa moral, d'autre part, traduit quant à lui le fait qu'un individu bénéficiant d'une couverture maladie va augmenter la probabilité de survenance de risques et donc sa consommation de soins¹². Lorsque le consommateur détient avec certitude une information sur son état de santé (à la suite d'un diagnostic médical ou de résultats d'analyse par exemple), il peut en effet adopter un comportement opportuniste le conduisant à surconsommer s'il se sait totalement indemnisé. Cela peut aussi, dans une moindre mesure, intervenir *ex ante*, c'est-à-dire avant même l'apparition du problème de santé, le consommateur négligeant par exemple des actions de prévention.

Enfin, le patient étant considéré comme « ignorant », ou en règle générale moins informé que son médecin, il s'en remettra au jugement de celui-ci pour le choix de son traitement. En conséquence, si le premier recours au médecin peut être analysé comme relevant des seules préférences du patient, et donc être assimilé à une « vraie » demande de soins, la consommation ultérieure de soins relèvera à la fois des préférences du patient et de celles du médecin qui le conseille.

On voit alors que la fonction de demande est multiple et que, par nature, la notion de consommation de soins, telle que la mesurent les Comptes de la santé, est hybride, puisqu'elle est le résultat complexe de cette interaction

offre/demande. Mais, trop souvent encore, la CSBM est assimilée à une « demande » de soins qui émanerait du seul patient. De fait, il faut garder en mémoire le fait qu'il existe trois fonctions de demande (santé, assurance, soins) plutôt qu'une seule lorsqu'est abordée, parfois de manière simpliste, la question de la responsabilisation des usagers lors de la consommation de soins.

La fonction d'offre optimale : la quête du Graal ?

Sur un marché traditionnel, le niveau de l'offre de produits et services se détermine, pour un prix donné, par l'intersection avec la fonction de demande des consommateurs. Or sur le marché des soins de santé, la fonction de demande ne joue pas pleinement ce rôle puisqu'elle est socialisée et qu'elle dépend en partie de l'offre, du fait de l'asymétrie d'information entre médecin et patient. Le niveau de l'offre est alors déterminé en grande partie de manière administrée, l'État définissant le nombre de producteurs (médecins, établissements) présents sur le marché, ainsi que le volume des produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux). La recherche d'une réponse optimale à cette demande socialisée, basée sur des besoins en grande partie définis par les producteurs eux-mêmes, s'apparente alors pour le régulateur à la quête du Graal.

Un nombre « optimal » de professionnels de santé ?

La question du nombre optimal de médecins fait l'objet de débats récurrents depuis la mise en place, à partir de 1970, d'un *numerus clausus* à l'entrée des études de médecine. L'État est en effet amené, depuis lors, à fixer chaque année le nombre de places jugé adéquat, eu égard aux besoins de la population. Or de nombreux paramètres interviennent dans la détermination d'une densité optimale de médecins, au-delà de simples projections démographiques de flux d'entrées et de sorties. Il s'agit au premier titre des évolutions de la demande, tant quantitatives (effet vieillissement) que qualitatives (effet de génération), qu'il faut anticiper. À cela il convient d'ajouter d'autres facteurs de nature plus comportementale comme la féminisation de la profession médicale, la tendance (partagée par beaucoup d'autres secteurs) à la réduction du temps de travail, la désaffection pour les spécialités à risque, associées à des horaires atypiques (gardes de nuit), ou encore impliquant un exercice en zone rurale ou défavorisée. Enfin, le nombre important de spécialités et l'évolution au cours du temps de leur importance respective, en fonction notamment d'innovations technologiques, rendent la prévision des besoins par spécialité difficile, d'autant que la reconversion vers des spécialités en sous-effectif est longue à mettre en œuvre.

Quand bien même les modèles de projection démographique ont profondément évolué pour inclure des aspects comportementaux, en complément des seules

12. K.J. Arrow, "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, vol. 53, n°5, p. 941-973, 1963 ; D. Bardey, A. Couffinhal, M. Grignon, « Trop d'assurance peut-il être néfaste ? Théorie du risque moral *ex post* en santé », *Questions d'économie de la santé*, n°53, série « Synthèse », juin 2002.

données démographiques¹³, avec une déclinaison fine par spécialité, la détermination optimale du nombre de médecins n'en demeure pas moins aujourd'hui un exercice délicat. L'évolution en dents de scie des effectifs médicaux sur les 35 dernières années, avec les diagnostics de pléthore puis de pénurie qui y sont associés, en est la preuve flagrante.

Mais au-delà de la difficulté même de l'exercice de prévision, le principal obstacle à la détermination d'un nombre optimal de médecins tient finalement à ce que ce sont les médecins eux-mêmes qui définissent les besoins de la population. En conséquence, à la différence d'un marché concurrentiel, ceux qui souhaitent s'installer, pour des raisons personnelles, dans des zones à forte densité médicale peuvent continuer de le faire, dès lors qu'ils ont la possibilité d'influencer la consommation de soins de leurs patients. Un certain nombre de travaux empiriques ont tenté de valider l'hypothèse selon laquelle les médecins peuvent se prémunir contre une perte d'honoraires liée à une forte densité médicale par une augmentation de la demande de soins au-delà de ce que le patient aurait choisi, s'il avait eu la même information : la prescription peut dépasser les besoins réels. Cette « hypothèse de demande induite », selon les termes de R. Evans en 1974, a pu être démontrée dans des contextes différents, quand bien même les difficultés méthodologiques de la validation sont nombreuses¹⁴. Ainsi, l'interdépendance entre demande et offre rend difficile, voire invalide, toute tentative de détermination d'un nombre optimal de médecins.

Si cette question a été évoquée de manière explicite, du fait de l'existence d'un *numerus clausus* à fixer annuellement, elle se pose dans des termes comparables pour les autres professions de santé. La fonction d'offre de soins ambulatoires n'est pas le seul fait des médecins et constitue une chaîne complexe de production, sachant toutefois que c'est le médecin qui, en règle générale, prescrit les actes des autres professionnels de santé.

Un nombre et une taille optimaux des établissements de santé ?

De manière comparable, la détermination du nombre et donc de la taille optimaux des établissements de santé a fait l'objet de nombreuses interrogations, d'autant qu'en France l'activité se partage entre secteur hospitalier public et privé.

La taille optimale d'une entreprise se détermine en général en fonction des bénéfices attendus d'une augmentation du volume de sa production. La notion sous-jacente d'effets d'échelle indique qu'il est plus efficace, en règle générale, de produire de plus grandes quantités, jusqu'à un certain niveau au-delà duquel la trop grande taille de l'entreprise peut engendrer d'autres sources d'inefficacité, notamment managériales.

Si la présence d'effets d'échelle a été testée en France, dans le cadre de travaux sur la taille optimale des établissements, les résultats ne permettent pas de conclure de manière claire¹⁵. Cela tient en grande partie au fait que

l'offre actuelle de soins hospitaliers répond à d'autres objectifs que la seule rentabilité : devant notamment garantir un accès égal de tous aux soins, elle est le résultat d'un ensemble de décisions d'autorisations administratives de création de lits et d'achats d'équipements lourds prises depuis la période d'après-guerre. Son organisation repose sur une hiérarchie entre structures complémentaires, du petit hôpital local ayant vocation à traiter des affections légères au gros centre hospitalier universitaire, situé au niveau régional et intervenant en dernier recours pour les cas les plus graves.

Pour autant, la liberté, toujours préservée, de choix de l'établissement par l'usager conduit en pratique à un recours moins structuré que ce que laissait entrevoir l'exercice de planification initial. De même, la spécialisation du secteur hospitalier privé sur des actes spécifiques (chirurgie légère) introduit la possibilité d'une mise en concurrence entre structures publiques et privées par le patient, remettant là encore en cause la logique planificatrice sur laquelle repose l'ensemble de la construction.

L'offre de soins hospitaliers est donc avant tout le fruit d'une histoire, mais aussi la résultante de forces potentiellement opposées, oscillant entre logique planificatrice, en fonction des besoins définis par le régulateur, et libre choix d'un patient que l'on dit par ailleurs ignorant.

La mise en œuvre d'un nouveau mode de tarification des soins hospitaliers, la T2A, va renforcer la concurrence entre établissements et modifier de manière structurelle le partage d'activité entre hôpitaux publics de taille différente et hôpitaux privés (v. Notice 13).

L'analyse fine des fonctions d'offre et de demande de soins conduit, dans l'ensemble, à conclure à leur forte interdépendance, source de tensions.

Les tensions et les voies de leur résolution

Ayant pour caractéristique d'être quasiment toujours solvabilisée par la collectivité, la demande de soins semble par conséquent vouée à une inflation permanente. L'offre de soins, quant à elle, faisant intervenir des acteurs multiples, doit s'organiser pour répondre à cette demande qu'elle contribue aussi à alimenter. Bien évidemment les dépenses de santé en continuelle augmentation doivent continuer à être financées... Ce fragile équilibre suscite des tensions qui vont pénaliser un des acteurs. Deux domaines où ces tensions ont été récemment vives, et qui illustrent la nécessité de prendre en compte cette interdépendance entre offre et demande, sont ici présentés.

Repenser la démographie dans son ensemble

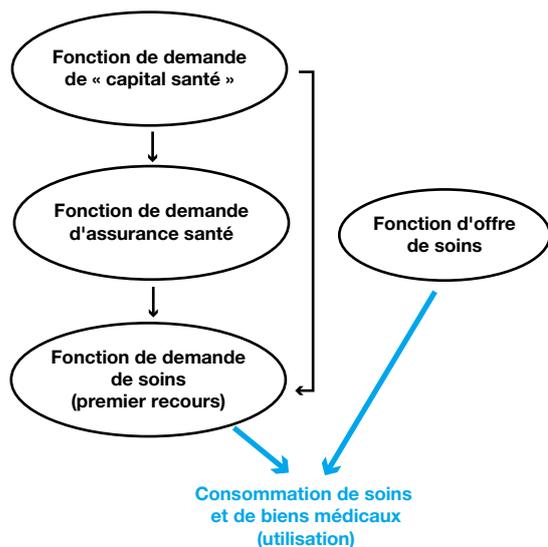
Associée à une hausse de la demande, la diminution annoncée du nombre de médecins risque d'aggraver les inégalités territoriales en posant la question de la

13. S. Bessière, P. Breuil-Genier, S. Darriné, « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », *Études et résultats*, n° 352, 2004.

14. L. Rochaix, S. Jacobzone, « L'hypothèse de demande induite : un bilan économique », *Économie et Prévision*, vol. 129-130, p. 25-36, 1997 ; v. aussi L. Rochaix, « Les modes de rémunération des médecins », *Revue d'économie financière*, n° 76, p. 223-239, 2004.

15. G. de Pouvoirville, Y. Tibi-Lévy, R. Spira, J.-C. Moisdon, « Les économies d'échelle dans le secteur hospitalier public français », *INSEE Méthodes* n° 65-65, p. 260-275, 1997.

Caractérisation du marché des soins en santé



raréfaction locale de l'offre médicale, et plus généralement de l'accès aux soins. Pour pallier les effets du vieillissement démographique, le *numerus clausus* a été sensiblement augmenté ces dernières années, passant de 4 100 en 2000 à 7 100 en 2007. Toutefois, même en le maintenant à 7 000 jusqu'en 2025, le nombre de médecins est appelé à diminuer de 9,4 % sur cette période, avec une densité médicale (en activité globale) de 283 médecins pour 100 000 habitants en 2025 (équivalent à 1987)¹⁶. En outre, un relèvement du *numerus clausus* ne produit d'effet que 10 ans, voire 14, plus tard, durée nécessaire pour former des spécialistes.

Par ailleurs, la mise en place de politiques incitatives à la pratique en zone éloignée ou défavorisée, à défaut de mesures coercitives de conventionnement régional des médecins, souvent prônées mais jamais mises en œuvre, s'est avérée décevante. La raison en est que le choix de localisation des médecins est le fruit d'un arbitrage entre de nombreux facteurs parmi lesquels, outre le revenu, la faculté de médecine d'origine et la qualité de vie jouent un rôle important. Les praticiens peuvent par ailleurs continuer à s'installer dans des zones à forte densité médicale, sans perte majeure de revenu, à la différence d'un marché traditionnel (*v. supra*).

Enfin, les projections doivent tenir compte du fait que les frontières entre ville et hôpital évoluent de manière rapide. Il importe de repenser la démographie des professionnels de santé de manière plus globale, à l'aune de ces constats, tensions et évolutions.

L'ONDPS¹⁷ souligne ainsi la nécessité de revisiter le modèle français de partage des activités en tenant compte de l'interdépendance des exercices professionnels, sous la pression de la démographie mais également en raison de l'évolution des exigences des jeunes médecins. Cinq expérimentations¹⁸ ont ainsi été lancées et ont livré des premiers résultats probants en termes de faisabilité.

Dans la lignée de ces travaux, la HAS a été chargée d'évaluer, à partir de dix expérimentations supplémentaires et des analyses de groupes de travail spécifiques, les perspectives ouvertes par une nouvelle répartition des missions entre professionnels de santé. Les travaux¹⁹ montrent, sous certaines conditions (implication des professionnels concernés, confiance), l'intérêt pour tous les professionnels et pour les patients de cette piste de résolution des tensions sur l'offre de soins.

Responsabiliser autrement les usagers

Heurs et malheurs de la responsabilisation financière des usagers

La responsabilisation financière des usagers est devenue complexe, voire opaque, au fil du temps (*v. question aux auteurs*). Elle relève de deux logiques : soit la modération de la consommation par une augmentation du prix : tickets modérateurs proportionnels à la consommation, franchises ; soit un recentrage de la responsabilité collective sur un panier de biens et services remboursables.

● La première option, celle d'une hausse du prix des soins pour les usagers, repose sur l'hypothèse implicite qu'elle permettra de réduire la consommation excessive engendrée par la solvabilisation de la demande (effet de risque moral *ex post* : *v. supra*). Ce type de mesure n'a cependant pas l'effet escompté pour deux raisons. D'une part, la demande de soins étant en grande partie déterminée par l'offre, il apparaît quelque peu paradoxal de reconnaître l'existence d'asymétries d'information entre médecin et patient tout en mettant en place une responsabilisation financière des seuls usagers, sous l'hypothèse qu'elle réduira les dépenses inutiles. D'autre part, les assurances complémentaires prenant en charge en règle générale le surcoût (soit au titre de l'équité, soit du fait d'une concurrence entre assureurs sur la couverture), leurs détenteurs ne subissent pas cette augmentation du prix. Au final, si elle permet de réduire à court terme les déficits de l'assurance maladie, cette politique n'a que peu d'effets durables sur les comportements, sauf à évincer de la consommation de soins des individus sans assurance complémentaire.

Nonobstant ces limites et toujours pour faire face à la croissance du déficit de l'assurance maladie, des franchises annuelles sur les soins sont mises en place depuis le 1^{er} janvier 2008. Ce dispositif revient à ne faire démarrer les remboursements de l'assurance maladie qu'à partir du moment où les dépenses cumulées des patients dépassent un montant donné. En deçà, les patients supportent la totalité de leurs dépenses. L'efficacité de la mesure est cependant conditionnée par le fait que les dépenses restant à la charge de l'assuré ne soient pas remboursées par une couverture complémentaire. Par ailleurs, des modulations en fonction du revenu et de la taille de la famille, de même que des exonérations

16. Bessière *et al.*, précité.

17. Observatoire national de la démographie des professions de santé, *Rapport annuel 2005*, La Documentation française, 3 vol.

18. Elles portaient sur (1) le traitement de l'insuffisance rénale chronique par hémodialyse, (2) le suivi des patients traités pour hépatite chronique C, (3) la radiothérapie, (4) l'ophtalmologie, (5) le suivi des patients diabétiques. Voir : ONDPS, rapport de Y. Berland, Y. Bourguet, « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé », 2006.

19. HAS, « Délégation, transferts, nouveaux métiers... conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé », document de travail, décembre 2007.

sont envisagées pour pallier les effets de renoncement aux soins potentiellement induits, ce qui viendra encore minorer l'efficacité attendue de la mesure²⁰. Mais surtout, une telle mesure implique une mise en œuvre complexe, avec un suivi individuel des dépenses par assuré, couplé à des informations sociodémographiques (notamment le revenu) sur le ménage. Ces diverses franchises ont fait l'objet de simulations pour en mesurer le caractère potentiellement inéquitable et socialement discutable²¹.

- La deuxième logique est celle d'un recentrage de la responsabilité collective sur un panier de biens et services remboursables. Ainsi en est-il des déremboursements de médicaments ou du dépassement, laissé à la charge de l'usager. Les limites tiennent ici à des reports éventuels par le médecin, sur des produits de santé inclus dans le panier mais parfois plus onéreux. De manière plus conséquente, le revers de la médaille est de voir se creuser l'écart entre dépenses prises en charge par la collectivité et dépenses de santé, avec une augmentation des inégalités sociales d'accès aux soins.

L'efficacité limitée des outils de responsabilisation des usagers, qu'ils relèvent de l'une ou l'autre logique, s'est trouvée encore amoindrie par la faible lisibilité d'un dispositif qui tente de les combiner (quel usager est aujourd'hui en mesure de discerner la logique à l'œuvre dans ce qu'il verse au titre de sa consommation de soins ?). Le constat d'inefficacité, couplé à l'iniquité croissante entre usagers, qu'ils soient ou non en ALD, face à des restes à charge conséquents, a conduit à engager des réformes plus structurelles.

Vers une remise à plat ?

L'urgence d'une remise à plat de la participation financière des usagers et des mécanismes d'exonération a été soulignée dès 1993, avec la publication du rapport 2010²², qui fait un double constat : celui d'une absence de responsabilisation en aval, au moment de la consommation, pour ceux qui bénéficient d'une assurance complémentaire, et d'une absence de responsabilisation en amont, sous forme de filières de premier recours. Deux propositions de ce rapport trouvent aujourd'hui une traduction concrète.

- La première relève d'une logique de responsabilisation en amont, sous la forme d'un engagement volontaire des usagers à s'inscrire pour une période donnée auprès d'un producteur de soins (médecin traitant), avec des contreparties explicites à cette perte de liberté. La loi du 13 août 2004 donne corps à la notion de parcours de soins, avec des pénalisations en cas de non-respect (majoration du ticket modérateur de 10 %), dans la limite

de 2,5€ par acte en ville et par séjour hospitalier. Les assureurs complémentaires s'associent à la démarche par la définition de contrats responsables garantissant un bon remboursement aux patients de plus de 16 ans qui respectent le parcours de soins (hors forfait de 1 €). En cas de non-respect, le contrat ne rembourse pas la majoration du ticket modérateur et laisse à la charge du patient un forfait plafonné à 8€ pour les éventuels dépassements. Les évaluations de la réforme du médecin traitant récemment publiées²³ montrent une forte adhésion des usagers à cette nouvelle modalité de recours aux soins.

- La deuxième est celle du plafonnement du ticket modérateur en fonction du revenu, proposition à laquelle s'apparente la réflexion actuelle sur un dispositif de type bouclier sanitaire, permettant de réduire les inégalités de reste à charge. Un rapport récent²⁴ définit ce dispositif comme un plafonnement des restes à charge supportés par l'assuré sur la dépense remboursable. En-dessous du plafond, tickets modérateurs et participations forfaitaires restent à sa charge ; au-delà, l'assurance maladie lui garantit une couverture intégrale. Plusieurs scénarios ont été testés, avec ou sans prise en compte du revenu.

Les objectifs qui lui sont assignés montrent bien le caractère structurel des effets attendus du bouclier. Il s'agit d'assurer une meilleure protection pour certains ménages, notamment de revenu modeste, de mieux cibler la prise en charge à 100 %, de mieux piloter les dépenses d'assurance maladie obligatoire, d'améliorer le suivi des malades chroniques et de simplifier la prise en charge. Cette invitation à repenser de manière structurelle la participation financière des usagers revient de fait à questionner l'un des piliers du système de santé, celui des ALD (v. *infra*). Il s'agit de reconsidérer les fondements mêmes de cette participation, avec le double objectif d'en améliorer l'efficacité et l'équité.

■ ■ ■ Le marché des soins de santé présente un ensemble de caractéristiques spécifiques qui rendent sa régulation ardue pour le décideur public. L'absence de prise en compte de ces caractéristiques, et en premier lieu de l'interdépendance de l'offre et de la demande, rend inopérants les outils traditionnels. Ce n'est qu'en prenant acte de cette relation particulière que peuvent être résolues les tensions sur ce marché, comme le montrent bien les deux exemples de la régulation de la démographie médicale et de la demande de soins.

Thomas Barnay / Lise Rochaix

20. Pour une discussion sur ce point : C. Lachaud-Fiume, C. Largeron-Leteno et L. Rochaix, « Franchises sur les soins ambulatoires et équité sociale : micro-simulation d'une voie de responsabilisation des usagers du système de soins », *Économie et Statistiques*, 1998 -5, n° 135.

21. A.-L. Couillerot, « Inégalités face aux restes à charge des usagers du système de soins : mesure de l'équité et de la faisabilité de diverses pistes de réforme par micro-simulation », Rapport de stage ENSAI, 2007.

22. V. atelier IV, rapport Santé 2010, 1993.

23. P. Dourgnon, S. Guillaume, M. Naïditch, C. Ordonneau, « Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme », *Questions d'économie de la santé IRDES* n° 124, 2007.

24. R. Briet et B. Fragonard, « Mission bouclier sanitaire », rapport remis à la ministre de la Santé le 28 septembre 2007 (qui préconise que le dispositif soit mis en place en 2010).

La responsabilisation des usagers : la boîte de Pandore ?

Les mesures de responsabilisation des usagers qui se sont additionnées au fil du temps obéissent à des logiques différentes et parfois contradictoires. Elles ont été systématiquement associées à des exonérations visant à atténuer les éventuels effets de renoncement à des soins médicalement utiles. Le résultat est un ensemble disparate, peu lisible et inefficace en matière de changement de comportements et inéquitable.

L'augmentation du coût pour l'assuré

Le ticket modérateur

La première logique relève de la volonté de réduire la surconsommation de soins liée à la présence de l'assurance, après occurrence de la maladie (risque moral *ex post*, ou encore gaspillage). Le ticket modérateur, comme son nom l'indique, participe de cette première logique : c'est la forme la plus ancienne de responsabilisation. Il a fait l'objet de plusieurs

plans d'économies, visant soit à en augmenter le niveau (plans Barre, Veil, Bérégovoy, Dufoix, Séguin), soit à le décliner en différents taux, selon le soin auquel il s'applique.

Mais son efficacité est limitée. D'une part, les trois quarts des dépenses sont exemptes de ticket modérateur, au titre des affections de longue durée (ALD). D'autre part, la demande de soins est très peu sensible à des variations de prix : cette faible « élasticité-prix » s'explique par le fait que les assureurs complémentaires prennent en charge, en règle générale, le surcoût impliqué par son relèvement ; mais c'est aussi dû au fait, comme nous l'avons vu, que la demande est en grande partie déterminée par l'offre.

Pour autant, les actions sur le ticket modérateur touchent les individus sans assurance complémentaire, dont le nombre demeure préoccupant, malgré la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) et de la CMU complémentaire (CMUc) à partir des années 2000.

Pourcentage d'assurés n'ayant aucune couverture complémentaire selon l'âge et le statut ALD (2004)

	moins de 2 ans	2-15 ans	16-39 ans	40-64 ans	65-79 ans	80 ans et plus
ALD	-	7,2	10,2	8,8	12,0	15,2
non ALD	8,8	5,9	10,2	6,4	7,2	12,5

Source : IRDES, *Enquête Santé Protection sociale*, 2007.

Autres dispositifs

Plus récemment, ont été instaurées diverses participations forfaitaires relevant de cette même volonté de réduction du risque moral.

Ainsi en est-il du forfait de 1 € par consultation, acte de radiologie et analyses de biologie médicale (mis en application au 1^{er} janvier 2005). Parce que proportionnelle à la consommation et invariante au revenu, cette mesure s'avère inéquitable, tout particulièrement pour les patients en ALD, ce qui a conduit à la mise en place d'un plafonnement à 50 €/an et d'exonérations (mineurs, bénéficiaires de la CMUc, femmes enceintes de plus de six mois).

De même, la franchise de 18 € mise en place en juin 2006 correspond à une participation forfaitaire pour les actes médicaux (en ville ou à l'hôpital) dont le tarif est égal ou supérieur à 91 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50. Les patients en ALD en sont exonérés, de même que les bénéficiaires de la CMUc, ainsi que certaines catégories particulières (femmes enceintes...).

Enfin, une franchise s'applique depuis le 1^{er} janvier 2008 sur les boîtes de médicaments (50 centimes par boîte), les actes paramédicaux (50 ct par acte) et les transports sanitaires (2 € chaque fois), le tout sous un plafond global de 50 € annuels.

La définition d'un panier de biens et services

La deuxième logique est celle d'un recentrage de la responsabilité collective sur un nombre plus restreint de produits ou sur des produits à tarifs plafonnés, qui constituent le panier de biens et services remboursables.

Le plan Séguin (1987) amorce ce mouvement par la distinction, pour les individus en ALD, entre dépenses au titre de l'affection « exonérante » de celles relevant d'une affection dite « intercurrente » (comme la grippe), et qui ne donne pas lieu à prise en charge à 100 %. La même logique prévaut à l'égard du forfait journalier hospitalier, qui conduit à faire participer l'assuré aux frais d'hôtellerie et de restauration

durant son séjour (16 € en 2007). Par la suite, des mesures de déremboursement de certains médicaments ont aussi conduit à recentrer le panier de biens et services pris en charge par la collectivité.

La dissociation du prix public et du tarif de responsabilité relève de la même logique. Elle permet aux médecins de fixer un tarif supérieur à celui de la convention, la différence, appelée dépassement, étant réglée par le patient et son assureur complémentaire, le cas échéant. Les dépassements acquittés par les usagers pour les consultations de médecins en secteur 2 (1) sont censés refléter sa disposition à payer plus cher un service qu'il juge éventuellement supérieur (et qui pourrait être obtenu dans le secteur 1 au tarif de responsabilité). Cependant, le faible niveau d'information des usagers sur le secteur du médecin consulté d'une part, et d'autre part, la tendance des médecins en secteur 2 à se concentrer dans les grandes agglomérations (notamment parisienne), rend l'exercice de cet arbitrage par le patient entre secteurs difficile, voire irréaliste. Il s'agit donc d'un choix plus contraint qu'informé.

Les limites rencontrées dans cette deuxième voie sont doubles. D'une part, le médecin, à la demande du patient ou de lui-même, peut reporter sa prescription sur des actes ou produits de santé mieux pris en charge, mais parfois moins adaptés ou plus onéreux. D'autre part, ce recentrage, s'il permet de mieux maîtriser les dépenses de l'assurance maladie, n'aboutit pas à contenir la croissance des prix et volumes des soins hors remboursement. Le fossé se creuse entre prix public et tarif de responsabilité, entre dépenses remboursables et dépenses de santé, et avec lui, les inégalités sociales d'accès aux soins (v. aussi Notice 5).

(1) Qui offre aux généralistes et aux spécialistes qui le désirent la liberté de fixation des honoraires, en contrepartie de charges sociales moins avantageuses que pour les médecins en secteur 1. Depuis 1990, l'entrée en secteur 2 est gelée.