

AVANT-PROPOS

SANTÉ : LE TEMPS DU FINANCEMENT

EMILE LEVY*

Que la Revue d'Economie Financière dont le champ d'étude privilégié est celui de la Monnaie et de la Finance consacre un numéro spécial à la Santé, est-ce là une idée saugrenue, un effet de mode ou la traduction d'une urgence ?
A dire le vrai, l'intérêt pour le financement de la santé va bien au-delà de l'expression d'une crise.

Certes, l'opinion publique est interpellée par le problème du déficit (ou «trou») de la Sécurité Sociale qui figure en assez bonne place dans le débat politique actuel.

Mais pour les économistes de la santé, le financement ne désigne pas seulement l'existence des problèmes spécifiques, ou la préoccupation d'un équilibre global recettes/dépenses.

Il est devenu une nouvelle approche, voire la nouvelle clé du fonctionnement de nos systèmes de santé et de leurs réformes.

Car, qui dit financement ne désigne pas seulement l'origine, le montant et le mode de prélèvement des ressources qui seront utilisées. Il recouvre aussi les circuits, institutions et mécanismes à travers lesquels ces ressources monétaires transitent pour aboutir à la délivrance et à la consommation de biens et de services. Or, on sait que toutes ces modalités sont loin d'être neutres dans leur impact. Selon que ce sera ou non l'individu bénéficiaire d'une prestation médicale qui paiera tout ou partie de celle-ci, selon que cette contribution se fera globalement - à travers ses cotisations - ou au coup par coup, c'est-à-dire à l'occasion d'un événement spécifique, selon qu'elle prendra la forme d'une prime d'assurance complémentaire, d'un ticket modérateur ou d'une franchise ou d'une cotisation globale forfaitaire ex-ante, son comportement de recours aux soins en sera modifié.

Quant à l'offreur de soins, selon qu'il est rémunéré par une cotisation annuelle, un salaire ou par des honoraires à l'acte, son attitude variera

* Professeur, Legos/Université de Paris-Dauphine.

sensiblement quant au nombre et à la qualité de ses prestations, ainsi qu'à leur efficience. Et que dire alors des hôpitaux, pour lesquels on connaît bien les perversions du système des prix de journée, dont on découvre les défauts du budget global et dont on devrait redouter ceux qui s'attachent au paiement par pathologie (GBM), déjà expérimenté aux USA.

On l'a compris, les modes de financement des biens et services du secteur sanitaire comportent tous des incitations et des sanctions auxquels on ne s'intéresse que depuis peu. Mais ce dont on peut être sûr, c'est que dans la plupart des cas, ces incitations/sanctions ne jouent pas dans le bon sens ; c'est-à-dire qu'ils ne contribuent pas à assurer les meilleurs soins aux meilleurs coûts.

Du reste, toutes les réformes entreprises dans les pays développés au cours des dernières années, montrent bien que les mesures prises en vue des objectifs poursuivis concernent essentiellement les modes de financement.

Le premier objectif étant l'équité et l'égal accès aux soins, c'est à travers un mode de financement qui fait place à la solidarité et aux redistributions nécessaires de ressources qu'il est poursuivi.

Le deuxième objectif, celui de la maîtrise des dépenses, a fait l'objet de mesures aussi différentes que le budget global pour l'hôpital et parfois la médecine ambulatoire, ou une participation financière accrue des consommateurs de soins.

10

Enfin, le troisième but poursuivi à savoir l'efficience microéconomique, fait appel à des mécanismes compétitifs entre offreurs de soins (médecins et hôpitaux), entre laboratoires pharmaceutiques, entre assureurs et à des relations contractuelles de quasi-marché entre payeurs et producteurs de biens et soins médicaux.

Dans tous les cas, les leviers qui sont utilisés sont des leviers financiers : c'est dire le pouvoir qui leur est reconnu, même si l'évaluation de leurs résultats n'est pas toujours établie.

La variété des solutions qui sont adoptées quant à ces modalités de financement est l'expression de choix collectifs qui traduisent les valeurs et les priorités de chaque société.

Généraliser à tous un système obligatoire de protection sociale, ou faire appel à des assurances privées, choisir des contributions assises sur les salaires ou prélever des impôts et taxes, développer des relations de compétition ou astreindre les acteurs dans des enveloppes globales... relèvent de traditions, de cultures et d'échelles de valeur différentes.

La France se caractérise, dans ce mouvement de réformes, par un attachement certain à ses traditions, mais déjà un mouvement d'adhésion pour une substitution de la C.S.G. aux cotisations assises sur le travail révèle une certaine évolution des esprits.

AVANT-PROPOS

Irons-nous au delà, vers des formes adaptées du «managed care»? Les comparaisons internationales nous confirment bien qu'il n'existe pas de système idéal, mais que l'on peut toujours mieux faire en modifiant ses pratiques de financement. La vraie question est de savoir si ces changements peuvent conduire à des situations conciliables avec l'éthique médicale, le progrès des connaissances et la qualité des soins.