

FRANC
COMMISSARIAT
GÉNÉRAL DU PLAN.
G-20

PLAN

LES POLITIQUES
DE SANTÉ ÉTRANGÈRES

Commissariat Général du Plan

**Systèmes de santé, pouvoirs publics et financeurs:
qui contrôle quoi ?**

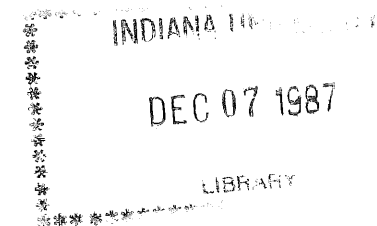
Ministre délégué auprès du Premier ministre, chargé de la Fonction publique et du Plan

SYSTEMES DE SANTE, POUVOIRS PUBLICS ET FINANCEURS :

QUI CONTROLE QUOI ?

Communications présentées au Colloque sur les politiques de santé étrangères organisé par le Commissariat Général du Plan les 25 et 26 mars 1985, avec la participation du ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale. 1487. 337.

INDIANA UNIVERSITY
LIBRARIES
BLOOMINGTON



Cette publication a été réalisée par Marianne Berthod-Wurmser, chargée de mission au Commissariat Général du Plan, avec la collaboration d'Yves Souteyrand (Mission recherche expérimentation du ministère des Affaires sociales), Jean - Claude Henrard (Professeur de santé publique, Université de Paris V), Victor G. Rodwin (Professeur, New-York University).

La plupart des contributions réunies dans ce recueil ont été rédigées par les intervenants invités par le Commissariat Général du Plan au colloque sur les politiques de santé étrangères, qui s'est déroulé à Paris les 25 et 26 mars 1985, avec la participation de Madame le Ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale.

Le Commissaire au Plan tient à exprimer sa gratitude à tous ces auteurs ainsi qu'aux personnalités qui ont accepté de jouer un rôle particulier dans l'organisation et le déroulement de ce colloque :

- MM. V. Rodwin, Y. Souteyrand, J. Blanpain, JP. Poullier et Mme. Sandier, ont participé à la conception et à l'organisation de ces travaux dont la coordination scientifique a été réalisée par Mme. Berthod-Wurmser.

- MM. JC. Sournia, R. Teulade, E. Lévy, M. Lucas ont assuré avec beaucoup de pertinence la présidence des différentes séances de travail.

- MM. J. Blanpain, R. Newcomer, E. Papiernik et Mme. G. Laroque ont animé un débat d'ensemble au cours d'une table ronde finale.

L'ensemble des réflexions échangées au cours de ces deux journées n'a pu être reproduit dans ce recueil. Il n'aurait pas été possible de rendre compte de leur abondance et de leur richesse sans risquer de compromettre la clarté de présentation d'expériences très diversifiées. C'est avec regret et pour des raisons essentiellement techniques qu'une formule de publication plus exhaustive a dû être abandonnée. En sa forme actuelle ce recueil devrait constituer néanmoins un outil de travail utile pour les personnes qui, en France, s'intéressent aux problèmes et aux politiques de santé et d'assurance-maladie.

Henri GUILLAUME

conduisent. L'une des leçons que je retiens au contraire des messages qui nous parviennent de multiples pays, au travers des communications que le Commissariat Général du Plan a ici réunies, est que l'action des Pouvoirs publics s'exerce aussi, et peut-être aujourd'hui surtout, par l'intermédiaire des formes qu'il assigne inévitablement à la négociation des échanges entre partenaires - ici l'assuré ou le malade, le médecin ou l'hôpital, les organismes d'assurance ou de protection sociale.

Je suis heureux que le Commissariat Général du Plan, en réunissant les réflexions qui suivent, ait pu faire la preuve du dynamisme qui continue de l'animer en adaptant ainsi la nature des réflexions qu'il propose aux évolutions permanentes de l'organisation économique et sociale de nos sociétés développées.

Chapitre 1

UNE EVOLUTION CONTROLEE DES DEPENSES DE SANTE EST-ELLE POSSIBLE ?

Jean de Kervasdoué - Directeur des hôpitaux (France)

Croissance et régulation des dépenses de santé : de l'administration des institutions de soins à la gestion des populations.

Jean-Pierre Poullier - Chargé de mission à l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economique)

Evolution des dépenses de santé : comparaisons internationales.

Simone Sandier - Directeur de recherches au CREDES (Centre de Recherches et de Documentation en Economie de la Santé - France)

L'organisation des systèmes de santé dans quelques pays.

Victor G. Rodwin - Professeur - New-York University - Graduate School of Public Administration (Etats-Unis)

Le contrôle des Pouvoirs publics et des payeurs : comparaisons internationales.

LE CONTROLE DES POUVOIRS PUBLICS ET DES PAYEURS :
COMPARAISONS INTERNATIONALES

Victor G. RODWIN

QUI CONTROLE QUOI ?

Le thème de ce colloque, "Systèmes de santé, Pouvoirs publics et financeurs : qui contrôle quoi ?" appelle une réponse rhétorique. Lorsqu'on pose la question de cette façon, il y a au moins deux conclusions possibles : "personne ne contrôle la gestion d'un système de santé"; ou "le contrôle est partagé entre les principaux acteurs du secteur-santé".

La première conclusion pourrait être défendue aussi bien pour les systèmes de santé décentralisés, comme aux Etats-Unis, que dans les systèmes les plus centralisés, comme celui de l'Union Soviétique. Aux Etats-Unis, il est courant de dire que le système de santé est un "non-système" tellement il est libéral et pluraliste, voire anarchique. En Union Soviétique, même en Grande-Bretagne, il est courant de dire que le système de santé est une structure hautement "bureaucratique", voire bloquée. Paradoxalement, il semblerait que ces deux systèmes, aussi différents soient-ils, sont à la recherche d'un "contrôleur". De même pour tous les systèmes de santé intermédiaires, on trouve dans la littérature socio-politique toute une série d'exemples qui montrent les difficultés de contrôler les principaux acteurs dans les systèmes de santé (1)*.

* Les renvois numérotés correspondent aux ouvrages et articles cités dans la bibliographie jointe à cette contribution.

La deuxième conclusion - à savoir que le contrôle est partagé - pourrait également être avancée pour tous les systèmes de santé que je connais. Il suffit d'observer les politiques de santé des pays représentés dans cet ouvrage pour se rendre compte que les principaux acteurs - médecins, hôpitaux, financeurs, payeurs, Pouvoirs publics - ne contrôlent, chacun, qu'une partie du système et poursuivent souvent des objectifs contradictoires (2).

De ces deux conclusions, l'une ne contredit pas nécessairement l'autre. Toutes les deux amènent à définir les principaux acteurs et les principaux moyens d'intervention qui pourraient permettre de mieux gérer les ressources sanitaires et sociales. Ma première tâche est donc de définir conceptuellement ce qu'on peut entendre par "contrôle" des Pouvoirs publics et des payeurs dans les systèmes de santé. Je procéderai ensuite à un bilan comparatif du passé récent qui montrera le manque de contrôle qu'exercent aussi bien les Pouvoirs publics que les payeurs sur l'allocation des ressources dans le secteur santé. Enfin, je terminerai en évoquant quelques évolutions en cours aux Etats-Unis où les payeurs tendent à assumer de nouveaux rôles dans le système de santé. Je serais tenté d'en conclure que dans la plupart des systèmes de santé, le payeur - qu'il s'agisse de l'assurance-maladie nationale, des assurances privées ou des Pouvoirs publics - jouera un rôle plus important dans la gestion des institutions sanitaires et sociales que par le passé.

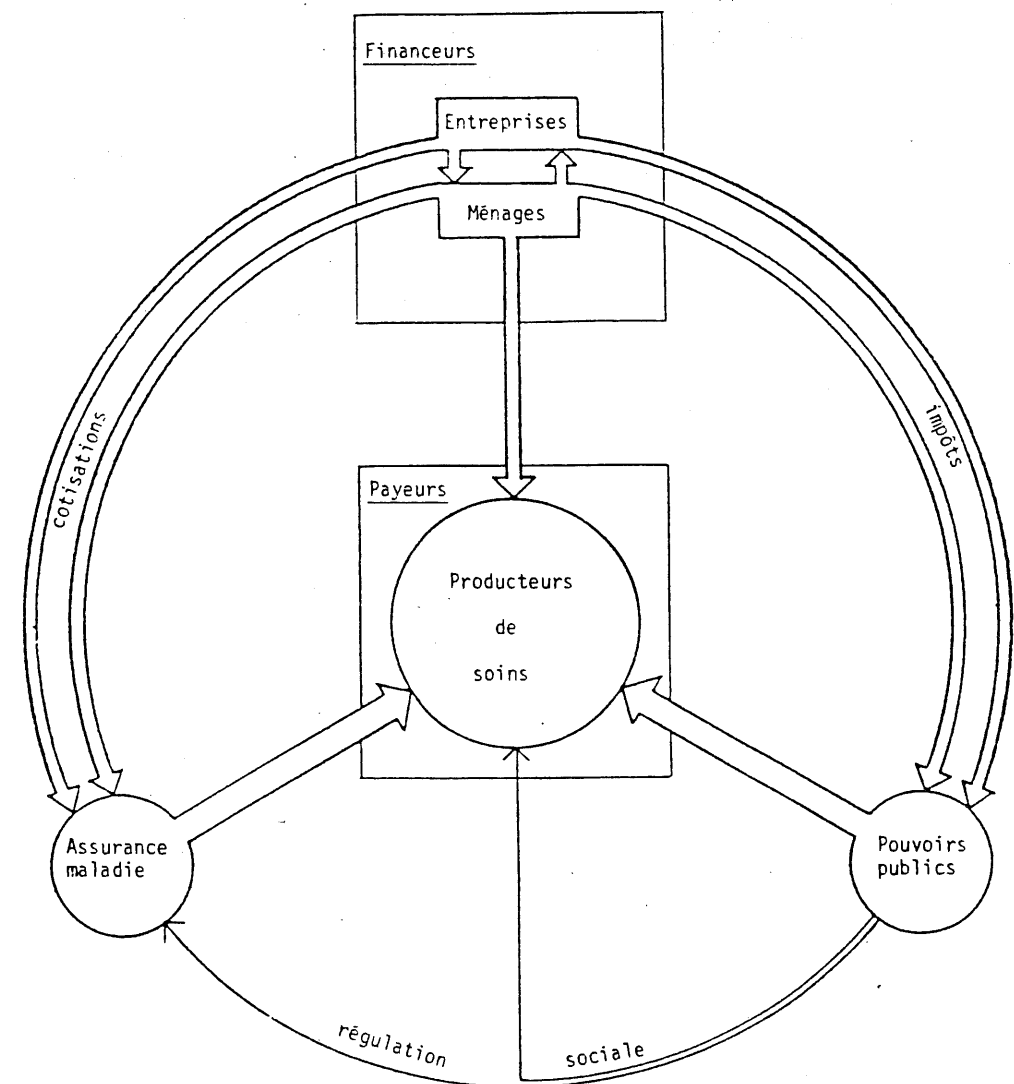
LE CONTROLE DES POUVOIRS PUBLICS ET DES PAYEURS

Le contrôle des Pouvoirs publics et des payeurs ne peut s'exercer qu'à l'égard des producteurs et des financeurs des soins médicaux. Les producteurs des soins, par exemple les hôpitaux et les médecins, engagent la plus grande partie des dépenses de santé. Les médecins, par leurs décisions individuelles, exercent un énorme pouvoir de décision en adressant des malades à leurs confrères spécialistes et à l'hôpital. En outre, les médecins exercent un pouvoir de décision sur les durées de séjours hospitaliers ainsi que sur les services médico-techniques (radiologie, examens de laboratoire) et les prescriptions pharmaceutiques. On peut dire que les médecins sont les principaux ordonnateurs des dépenses de santé (3). C'est dans ce sens que les économistes de la santé constatent que les médecins exercent un rôle déterminant dans l'allocation des ressources sanitaires et sociales.

Quant aux financeurs des soins médicaux, quelle que soit la structure organisationnelle du système de santé, ce sont toujours les entreprises et les ménages (nous, les contribuables). Les uns et les autres financent le système de santé par le biais des impôts et des cotisations sociales. Les Pouvoirs publics exercent, en principe, un contrôle sur les systèmes de santé par des mécanismes de régulation

Schéma 1 :

FINANCEURS, PAYEURS ET POUVOIRS PUBLICS DANS LES SYSTEMES DE SANTE



sociale - politique salariale, contrôle des investissements, gestion des établissements publics et planification (voir schéma 1).

Cette régulation repose également sur l'élaboration et la mise en oeuvre d'une réglementation qui concerne l'activité des producteurs de soins et du système d'assurance maladie - qu'il soit privé ou national. Dans le cas d'un Service National de Santé comme celui de la Grande-Bretagne ou de l'Italie, les fonctions des Pouvoirs publics dépassent celles de la régulation sociale puisqu'ils sont aussi les payeurs.

Par "payeur" j'entends, d'une part les ménages lorsqu'ils paient directement les producteurs de soins (voir schéma); d'autre part, les institutions chargées de rassembler un financement collectif et de le reverser *directement* aux producteurs de soins ou *indirectement*, par l'intermédiaire d'un remboursement, à l'assuré. Ces institutions peuvent être aussi bien des compagnies d'assurance maladie privées qu'un système d'assurance maladie national ou les Pouvoirs publics. Cependant, quel que soit leur statut, ces institutions partagent une même spécificité dans le secteur santé. Dans la théorie traditionnelle de la consommation, le consommateur est, à la fois, le décideur et le payeur; le secteur santé se caractérise par une dissociation des rôles.

Dans la plupart des systèmes de santé des pays industrialisés, le consommateur ne paie directement qu'une partie de ses dépenses de soins, le reste est versé soit par les Pouvoirs publics, soit par l'assurance maladie. Puisque, comme nous l'avons mentionné ci-dessus, les médecins sont les principaux ordonnateurs des dépenses, l'utilisation des équipements lourds et des hôpitaux dépend surtout de leurs décisions et non pas des choix des consommateurs. C'est pour cette raison que l'utilisation de tickets modérateurs ne constitue pas une stratégie adéquate pour freiner les dépenses de santé. C'est également pour cette raison que les institutions sociales chargées de payer (directement ou indirectement) les producteurs de soins sont au centre du débat sur le contrôle des systèmes de santé.

En Grande-Bretagne et en Italie, ainsi qu'en Union Soviétique, la plus grande partie des dépenses de santé est payée directement aux producteurs de soins par les Pouvoirs publics. En Europe de l'Ouest - la France, l'Allemagne, la Belgique, les Pays-Bas, la Suisse, l'Autriche - la plus grande partie des dépenses de santé est payée directement aux producteurs de soins par le système d'assurance maladie. Quel que soit le mode d'organisation des systèmes de santé, le contrôle de fait qu'exerce le principal payeur par l'intermédiaire des mécanismes de remboursement est déterminant.

Il existe de nombreuses modalités de remboursement des soins qui s'appuient sur diverses structures organisationnelles. Le schéma ci-dessous permet de distinguer l'impact des différentes modalités de remboursement sur les producteurs et sur les consommateurs de soins médicaux (4) :

Schéma 2

IMPACT DES INCITATIONS FINANCIERES SUR LES PRODUCTEURS

	Impact financier marginal sur le consommateur chaque fois qu'un service est consommé	
Impact financier marginal sur le producteur chaque fois qu'un service est rendu	A. Négatif	B. Nul
C. Positif	CA Médecine à l'acte sans assurance ou avec un ticket modérateur	CB Assurance maladie pour tous sans ticket modérateur
B. Nul	BA Consultations externes à l'hôpital lorsque les malades ne sont pas remboursés	BB Service National de Santé (Grande Bretagne - Italie)
A. Négatif	AA Système de pré-paiement (enveloppe globale) avec petit ticket modérateur à l'acte payé par les malades	AB Système de pré-paiement sans paiement à l'acte pour les malades

Les colonnes et les lignes du schéma 2 représentent l'impact financier marginal, sur les consommateurs et producteurs de soins, d'un service consommé ou rendu. Du côté de la demande, la première colonne A représente des systèmes de santé sans assurance maladie ou avec, à la fois, assurance maladie et forfaits ou tickets modérateurs importants. La colonne B représente des systèmes de santé où les services médicaux sont gratuits pour l'assuré au moment où il consomme - ce peut être un système d'assurance maladie universel, un service national de santé ou un système de pré-paiement (HMO aux Etats-Unis) financé par les prix d'inscription de ses adhérents, ceux-ci ayant droit à la gratuité des soins à l'intérieur d'un budget global. Du côté de l'offre, la ligne C représente un système de médecine libérale traditionnelle remboursée à l'acte. La ligne B représente un système où la rémunération des médecins reste constante quelle que soit la quantité de services rendus. Enfin, la

ligne A représente un système où les producteurs de soins fournissent des services après avoir déjà reçu une enveloppe globale sous forme de pré-paiement. Ils sont donc financièrement incités à minimiser la consommation de services.

Si l'on accepte la thèse selon laquelle les médecins sont les principaux ordonnateurs des dépenses de santé, dans un système d'assurance maladie, quelle que soit l'élasticité de la demande de services médicaux, des consommateurs confrontés à des prix nuls (cases CB, BB, et AB du schéma) auront tendance, toutes choses égales par ailleurs, à consommer plus de soins médicaux que les consommateurs obligés de payer un ticket modérateur (cases CA, BA ou AA). En contrepartie, lorsque l'impact financier marginal sur les producteurs des soins est négatif (cases AA, AB), ceux-ci auront tendance à fournir moins de soins que lorsque l'impact financier marginal est positif (cases CA, CB).

Les relations représentées dans le schéma 2 ne sont pas purement théoriques. L'étude de Shonick et Roemer confirme le bien-fondé de cette dernière proposition dans le cas des HMO américaines (5). En outre, de nombreuses études empiriques démontrent que les mécanismes de remboursement influencent, à la marge, le comportement des médecins (6). Le schéma, ainsi que les études empiriques, conduisent à conclure que le payeur, par ses modalités de remboursement ou ses procédures d'allocation budgétaire, exerce - *explicitement ou implicitement* - un contrôle majeur sur l'allocation des ressources dans le secteur santé.

Reste à savoir si la politique suivie par le payeur dans divers systèmes de santé est explicite ou implicite. Dans les pays où les Pouvoirs publics sont également le principal payeur (Grande-Bretagne et Italie), la politique suivie par ceux-ci est généralement explicite car l'allocation budgétaire doit être justifiée. Dans les pays qui possèdent un système d'assurance maladie, où une séparation administrative distingue les Pouvoirs publics et le payeur, la politique suivie par le payeur est traditionnellement implicite, c'est-à-dire que le payeur supporte les conséquences financières de décisions qui sont prises en-dehors de lui.

Le contrôle des Pouvoirs publics et des payeurs est plus fort lorsque les Pouvoirs publics sont également le principal payeur et lorsque ceux-ci poursuivent une politique explicite et cohérente. Par contre, lorsqu'il existe une séparation administrative entre les Pouvoirs publics et le payeur, et lorsque le payeur ne poursuit pas de politique explicite qui renforce celle des Pouvoirs publics, le contrôle sur le système de santé commence à s'effriter.

La thèse que je défendrai aujourd'hui, c'est que dans les systèmes d'assurance maladie, si les Pouvoirs publics veulent réussir à contrôler l'allocation des ressources dans le secteur santé, il faudra convaincre le payeur de suivre une politique explicite et de jouer un rôle actif dans la mise en oeuvre des objectifs affichés par les Pouvoirs publics.

L'ECHEC DE LA REGULATION SOCIALE PAR LES POUVOIRS PUBLICS

Dans le domaine de la santé, l'objectif qu'affichent les principaux pays occidentaux développés est, depuis au moins 10 ans, de maîtriser les dépenses. Pour ce faire, les Pouvoirs publics ont le plus souvent affirmé qu'il fallait, à long terme, réduire l'importance prédominante de l'hôpital dans le système de santé et promouvoir une redistribution des ressources vers les soins primaires, la santé publique et les services médico-sociaux (7). On retrouve ce thème dans des rapports officiels issus des ministères de la Santé de nombreux pays.

En France, de telles conclusions sont celles du rapport dirigé par Emile Levy, qui s'intitule *Réflexions sur l'avenir du système de santé* (8), publié en 1969, et plus récemment, le rapport de la commission confiée à Pierre Gallois et Alain Taib, qui s'intitule *De l'organisation du système de soins* (9). Au Canada, le rapport Lalonde (10) et, au Québec, les rapports de la Commission Castonguay-Nepveu (11) vont dans le même sens.

En Angleterre, on retrouve également une telle politique de santé promue par les Pouvoirs publics et clairement préconisée dans des documents officiels tels que le *Consultative document on priorities*, en 1976 (12). Aux Etats-Unis, le rapport fédéral sur la prévention, *Healthy people* (13), publié en 1979, et tous les rapports des *Health systems agencies* (HSA) confirment qu'il faut contrôler la croissance des hôpitaux afin de promouvoir la santé publique et les services de santé ambulatoires dans les régions mal desservies. De même, aux Pays-Bas, on évoque l'importance du développement des soins primaires et le Gouvernement se préoccupe de la mise en oeuvre d'une telle politique.

En dépit de ces objectifs souvent affichés par les Pouvoirs publics, et des mesures réglementaires prises pour les mettre en oeuvre, je ne connais pas de pays où l'allocation des ressources en matière de santé ait été sensiblement modifiée dans le sens de ces objectifs (14). Les systèmes de santé dans les pays hautement industrialisés se caractérisent par l'hospitalo-centrisme, et souvent par l'absence de liens institutionnels entre la médecine ambulatoire et les hôpitaux. Je ne peux m'empêcher de conclure que la régulation sociale mise en place par les Pouvoirs publics n'a pas réussi à contrôler les systèmes de santé. Pourquoi ?

Les raisons sont évidemment complexes. Elles sont liées à l'économie du secteur santé, aux rapports de forces entre divers acteurs dans ce secteur, à l'inefficacité des règlements promulgués par les Pouvoirs publics, et surtout aux modalités de remboursement élaborées par le payeur, qui vont à l'encontre des objectifs poursuivis par les Pouvoirs publics.

Aux Pays-Bas, par exemple, les modalités de remboursement mises en place par le payeur influencent le comportement des

médecins. La coexistence d'un paiement "per capita" des généralistes et de la rémunération à l'acte des spécialistes renforce la tendance au gonflement des soins secondaires et à la réduction de la part des soins primaires. Cependant, ceci est exactement l'inverse de la politique que souhaite promouvoir le gouvernement ! De même, en France et aux Etats-Unis, une grande partie des ressources se concentre sur les soins spécialisés.

Jusqu'à une date récente, aux Etats-Unis, et encore actuellement en France, rien dans les systèmes de santé n'a incité les producteurs de soins à faire des économies, tout en maintenant, voire en améliorant, la qualité. Le rôle du payeur dans le système de santé français est inflationniste. Les producteurs sont incités à maximiser leurs activités. Les médecins sont conduits à accroître les volumes d'actes (surtout ceux qui sont bien rémunérés, c'est-à-dire les actes médico-techniques et diagnostiques). Les hôpitaux sont également conduits à accroître leurs activités. Même ceux qui sont payés par dotation globale cherchent à justifier de plus gros budgets ou à minimiser les restrictions budgétaires.

Par le passé, les systèmes d'assurance maladie se sont essentiellement comportés comme des "machines à sous" alimentant les producteurs de soins sans politique de santé définie. Ils ont permis ainsi le développement sans contraintes ni limites apparentes du système de santé. Pour ce qui est de l'avenir, ce comportement est très probablement terminé. Etant donné l'importance des modalités de remboursement, le payeur ne pourra plus jouer un rôle passif.

Peu importe, de ce point de vue, que l'organisation hospitalière soit largement publique, comme en France, ou privée à but non lucratif, comme aux Etats-Unis; que le système d'assurance maladie soit national, comme en France, ou pluraliste (avec la participation importante des assurances privées) comme aux Etats-Unis; ou que le système de santé soit nationalisé, comme en Grande-Bretagne et en Italie. La nécessité de contrôler la croissance des dépenses exerce désormais une pression objective sur tous les organismes payeurs qui risquent de se voir tenus pour responsables, non seulement des remboursements, mais aussi de la qualité des services rendus et de la bonne gestion du système de santé (15).

Dans les systèmes d'assurance maladie, les payeurs seront tenus pour responsables par leurs cotisants. Dans les systèmes de santé où les payeurs sont également les Pouvoirs publics, ceux-ci seront tenus pour responsables directement par le Trésor. Dans les deux cas, les payeurs seront poussés à adapter les mécanismes de remboursement des producteurs de soins afin de mettre en oeuvre des politiques explicites. Aux Etats-Unis, on peut déjà repérer les signes avant-coureurs de changements significatifs dans le rôle du payeur.

QUAND LE PAYEUR S'EVEILLERA : L'EXPERIENCE DES ETATS-UNIS

Aux Etats-Unis, en l'absence d'un régime national, universel et obligatoire d'assurance maladie, il existe une extrême diversité des modes de financement et de fourniture de soins (16). En France, l'Etat finance une part minime des dépenses de santé, puisque la plus grande partie est prise en charge par l'assurance maladie. Aux Etats-Unis, par contre, le Gouvernement fédéral et les Etats financent environ 40% des dépenses par le biais de deux programmes nationaux - le Medicare (assurance maladie pour les personnes âgées) et le Medicaid (assurance maladie pour les pauvres). Alors qu'en France l'usager assume directement 21% de l'ensemble des dépenses de santé, les consommateurs américains contribuent pour 31% et les systèmes privés d'assurance maladie pour 29%.

Comparé à la sécurité sociale française, il est indéniable que le système américain présente un certain "état d'arriération" si l'on considère, par exemple, que 15% de la population des Etats-Unis, soit 20 millions de personnes, ne disposent d'aucune couverture en cas de maladie. Mais, dans la perspective d'élaboration de nouvelles modalités de gestion et de réduction de coûts, son caractère décentralisé, directement responsable devant les usagers et ouvert à l'innovation institutionnelle, présente des avantages. Il a rendu possible des expériences récentes et originales de réorganisation du système de soins et de maîtrise de dépenses.

Depuis quelques années, des compagnies d'assurance maladie ou des employeurs qui assurent leurs salariés se sont organisés pour négocier des tarifs préférentiels avec des hôpitaux, des groupes de médecins et des HMO.

L'innovation la plus significative dans le domaine des soins ambulatoires aux Etats-Unis est la pratique des groupes de pré-paiement. Ces groupes de médecins travaillant avec un certain nombre d'hôpitaux se mettent d'accord pour inscrire une population payant une cotisation forfaitaire dans cette nouvelle organisation. Ils abandonnent alors les modes conventionnels de facturation fondés sur les honoraires. La forme la plus connue de ces "groupes à pré-paiement" est la Health Maintenance Organization (HMO). Une HMO fournit à ses adhérents l'accès gratuit à un éventail complet de services pendant toute la durée de leur contrat; les médecins sont rémunérés sur une base salariale et peuvent obtenir une prime annuelle si l'organisation parvient à assurer des taux très bas d'admissions à l'hôpital et des durées de séjour très courtes. Il existe aujourd'hui environ 350 HMO aux Etats-Unis, couvrant environ 17 millions de membres, soit à peu près 7% de la population.

En ce qui concerne Medicare, depuis le 1er octobre 1983, les hôpitaux américains ne sont plus remboursés en fonction d'un prix de journée mais sur la base d'un coût standard par malade et par type de maladie. Cette idée a été développée,

à l'origine, par les professeurs Fetter, Thompson et Averill à l'Université de Yale. Les malades traités sont répartis entre 468 "groupes de diagnostics homogènes" appelés DRG (*diagnosis related groups*). Ces groupes ont été élaborés en associant des diagnostics et des indicateurs d'activité médicale au coût moyen des soins médicaux produits. Le remboursement par Medicare sur la base des DRG pourrait bouleverser l'industrie hospitalière car ce système renverse les procédures financières traditionnelles qui incitaient à maximiser le nombre d'admissions et à prolonger la durée de séjour. Avec ce nouveau mécanisme, les hôpitaux seront progressivement contraints de soigner les pathologies au moindre coût : dans le cas où ils dépassent les coûts standard fixes, ils devront eux-mêmes couvrir leur déficit, alors que dans le cas inverse ils pourront conserver les ressources supplémentaires dégagées.

Le programme Medicaid d'assurance maladie pour les catégories défavorisées est en train actuellement d'expérimenter, au niveau de chaque Etat, une formule originale de remboursement. L'*Omnibus Budget Reconciliation Act* (OBRA) de 1982 permet une plus grande autonomie des Etats fédéraux dans l'administration du programme Medicaid. Pour la première fois, les Etats ne sont plus contraints de garantir la liberté de choix du médecin à tous les bénéficiaires de Medicaid. Ils leur donnent désormais la possibilité de renoncer à cette liberté et de recevoir, en contrepartie, à l'intérieur d'un groupe limité d'hôpitaux et de médecins, une couverture plus large : par exemple, les soins à domicile et les soins dentaires. Les gestionnaires de Medicaid peuvent ainsi mieux utiliser leurs ressources en orientant la médecine vers des systèmes de prise en charge forfaitaires.

Enfin, les payeurs privés, c'est-à-dire les compagnies d'assurance maladie, commencent à influencer directement sur la gestion du système de santé. Dans un premier temps, les assurances privées imposent de nouveaux contrôles sur les hôpitaux : suivi systématique des durées de séjour et analyse de la qualité des soins. Dans un deuxième temps, elles refusent de rembourser un certain nombre de procédures diagnostiques et chirurgicales à l'hôpital. Par exemple, certains actes ne sont remboursés que s'ils sont pratiqués à l'hôpital de jour. Dans un troisième temps, les assurances privées passent des contrats sélectifs (*selective contracting*) avec certains producteurs de soins; ces hôpitaux et ces médecins accordent des tarifs préférentiels et un droit de contrôle sur leur comportement aux assurances. En échange, les assurances accordent une réduction des cotisations aux assurés qui s'adressent à ces groupes de professionnels médicaux.

Le contexte actuel fait du système de santé américain un vaste laboratoire social où se déroulent de multiples expériences, dont l'impact sur la transformation du système de soins sera sans doute aussi important qu'une quelconque grande réforme gouvernementale. Sur la côte Est, les

organismes payeurs ont tendance à s'allier entre eux pour faire pression sur les producteurs de soins. Sur la côte Ouest, les payeurs et les producteurs de soins jouent, d'un commun accord, la carte de la concurrence. Dans le New Jersey, tous les organismes payeurs se sont mis d'accord pour rembourser l'ensemble des hôpitaux sur la base du nombre de malades classés par DRG. Au Maryland, l'industrie hospitalière est réglementée de très près. A New York, certains payeurs se sont récemment entendus pour envoyer tous leurs cotisants dans un nombre limité d'établissements qui ont accepté de pratiquer un large éventail d'actes chirurgicaux et diagnostiques exclusivement en hôpital de jour.

En Californie, région "surmédicalisée", deux lois récentes ont permis de transformer l'organisation de la médecine. Depuis le 1er janvier 1983, la loi AB 799 permet au *Medical* (le Medicaid californien) de passer des contrats avec les hôpitaux qui abaissent leurs prix, et de refuser le remboursement à ses bénéficiaires s'ils se font soigner dans d'autres établissements. Une deuxième loi, AB 3480, permet aux compagnies d'assurance privées de négocier directement des taux de remboursement préférentiels avec les producteurs de soins. Cette seconde loi a stimulé la floraison de nouvelles organisations de soins : les *Preferred Provider Organizations* (PPO). Celles-ci rassemblent des groupes de médecins et d'hôpitaux qui s'accordent pour respecter les tarifs préférentiels et les contrôles imposés par les assurances. La Blue Cross californienne, l'une des principales compagnies privées d'assurance maladie qui finance les hôpitaux, vient de créer ce qu'elle appelle un *Prudent Buyer Plan*. Les assurés ont droit à un abattement sur leurs cotisations s'ils s'engagent à se faire soigner par divers PPO (17).

CONCLUSIONS

Quand le payeur s'éveillera, les producteurs de soins seront obligés d'adapter, voire de transformer des structures hospitalières et médico-sociales. En Grande-Bretagne, les Pouvoirs publics (le payeur) ont récemment donné plus de pouvoir à des gestionnaires chargés de coordonner l'allocation des ressources à l'intérieur de chaque district et de chaque région. Leur tâche principale sera de gérer les redéploiements nécessaires. En France aussi, les Pouvoirs publics parlent de redéploiements, d'alternatives à l'hospitalisation et, en collaboration avec le payeur - la Caisse nationale d'assurance maladie - s'efforcent de maîtriser la croissance des budgets hospitaliers.

Aux Etats-Unis, nous avons constaté la reprise en main du système de santé par des payeurs et l'émergence de nouvelles structures pour les services de santé : les HMO et les PPO. Ces structures vont dans le sens d'une meilleure intégration des soins primaires aux services ambulatoires spécialisés et

enfin aux hôpitaux lorsque ceux-ci sont nécessaires. Elles vont aussi dans le sens d'une bureaucratisation du système de santé.

Dans l'avenir, le plus grand enjeu pour le contrôle du système de santé par les Pouvoirs publics et les payeurs consiste à créer des liens entre l'hôpital, les programmes de santé publique et la médecine ambulatoire - soins primaires ainsi que soins spécialisés. Vraisemblablement, ce défi ne sera relevé qu'à l'intérieur de grandes organisations qui seront composées non seulement d'un réseau hospitalier, mais aussi de toute une gamme de soins nécessaires à la fois en amont et en aval de l'hôpital. En France, une proposition de réforme qui va dans ce sens concerne la création de *réseaux de soins coordonnés* (RSC) (18).

Certes, une telle réforme ne serait possible qu'avec l'impulsion des Pouvoirs publics et la participation d'un payeur bien éveillé.

Note : Je tiens à remercier Marianne Berthod-Wurmser, Dominique Coudreau, Christine Meyer et Christian Rampft qui m'ont fidèlement fait bénéficier de leur esprit critique par rapport aux idées exprimées dans cet article.

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

1. MAJNONI d'INTIGNANO B. et STEPHAN J.C., "Hippocrate et les Technocrates" (Paris : Calmann Levy, 1983).
2. RODWIN V., "National Health Insurance and La Medecine Libérale : a Costly Union" (Milbank Memorial Fund Quarterly (59)1, 1981).
3. EVANS R., "Strained Mercy : The Economics of Canadian Health Care" (Toronto : Butterworths, 1984) Ch. 3. BOUTIN J. et BISSON J., "Les consommateurs et les coûts de la santé au Québec de 1971-1975" (Québec : Régie de l'assurance maladie, Service de la Recherche et des Statistiques, janvier 1977).
4. Ce tableau est inspiré de REINHARDT U., "Alternative Methods of Reimbursing Non-Institutional Providers of Health Services", "Controls on Health Care", Papers of the Conference on Regulation in the Health Industry, January 7-9, 1974 (Washington DC : Institute of Medicine, National Academy of Sciences, 1975), p 141.
5. ROEMER M. and SHONICK W., "HMO Performance : The recent Evidence", Milbank Memorial Fund Quarterly (51) 1973. Voir aussi : V. Rodwin, "Les HMO aux Etats-Unis : un bilan", Politique et Management Publique, février 1986.
6. BLUMBERG M., "Rational Provider Prices : An Incentive for Improved Health Delivery", in G. Chacko, ed. Health Hand-book (Amsterdam : North Holland, 1979); LUFT H., "Economic Incentives and Clinical Decisions", in B. Gray, ed. The New Health Care for Profit (Washington DC : National Academy Press, 1983).
7. RODWIN V., "The Health Planning Predicament : France, Quebec, England and the United States" (Berkeley : University of California Press, 1984).
8. LEVY E., "Reflexions sur l'Avenir du Système de Santé" (Paris: Ministère de la Santé, 1969).
9. GALLOIS P. et TAIB A., "De l'organisation du Système de Soins" (Paris : Documentation Française, 1981).
10. LALONDE M., "Nouvelle Perspective de la Santé des Canadiens" (Ottawa, 1974).
11. CASTONGUAY C., "Commission d'Enquête sur la Santé et le Bien-Etre Social" (Quebec : Ministère des Affaires Sociales, 1970).
12. Consultative Document on Priorities (London : DHSS, 1976)

13. Healthy People (U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1979).
14. RODWIN V., "Analyse comparée des incohérences organisationnelles à l'intérieur d'un système de santé libéral (les USA), d'un système nationalisé (l'Angleterre) et d'un système intermédiaire (le Québec)" (Revue Médicale de l'Assurance-Maladie (3), 1982).
15. RODWIN V., "Quand le payeur s'éveillera" (Le Monde Diplomatique, mars 1984, P. 25).
16. RODWIN V., "La santé et le paradoxe de la politique Reagan" (Prospective et Santé).
17. TRAUNER Joan, "Preferred Provider Organizations : The California Experiment" (San Francisco : Institute for Health Policy Studies monograph series, 1983).
18. LAUNOIS R., MAJNONI d'INTIGNANO B., RODWIN V. et STEPHAN J., "Les réseaux de soins coordonnés : propositions pour une réforme profonde du système de santé" (Revue Française des affaires Sociales (1) 1985); GIRAUD P. et LAUNOIS R., "Les Réseaux de Soins, Médecine de Demain" (Paris, Economica, 1985).