



► Note de synthèse

Mars 2023

Les concepts de l'économie de la santé Extrait du compendium sur la modélisation financière en santé

Introduction

Avec la structure de morbidité de la population et le niveau de revenu national, les caractéristiques économiques spécifiques du secteur des soins de santé déterminent les niveaux de dépenses et le financement de tout système de prestation de soins de santé. Lors de modélisation actuarielle, le modélisateur doit comprendre la nature des relations économiques dans le secteur ; sinon, les projections du modèle risquent de négliger des facteurs tels que la façon dont les patients et les prestataires réagissent à des incitations économiques particulières. Les conséquences peuvent être graves, en termes de précision des projections du modèle.

Cette note d'information commence par une discussion sur les principaux "produits" de tout système de prestation de soins de santé, c'est-à-dire la santé et les gains de santé. Ces "produits" sont la raison la plus importante pour laquelle les sociétés financent les soins de santé en premier lieu. Nous examinerons la nature spécifique de la relation entre les fournisseurs et les consommateurs de soins de santé, avant de discuter des conséquences plus spécifiques de l'économie du secteur de la santé sur le financement de la santé.

La santé et les gains de santé en tant que produits cruciaux du secteur des soins de santé

Les systèmes de financement des soins de santé doivent être au service de la politique de santé. L'objectif de toute planification et gouvernance dans les systèmes de soins de

santé devrait être de garantir que les services de soins de santé fournis répondent aux besoins de la population, en fonction des niveaux de priorité - c'est-à-dire que le volume de soins souhaité devrait être fourni et alloué à ceux qui sont le plus à même d'en bénéficier. Ce point mérite d'être souligné, afin de mettre l'accent sur l'amélioration de la santé (ou les gains de santé) comme base de la fixation des priorités. Nous examinerons certaines approches pratiques de la mesure des gains de santé.

Ce n'est pas le rôle des gestionnaires des structures de financement (par exemple, les institutions d'assurance sociale, les prestataires d'assurance privée ou les autorités fiscales) de définir les politiques de santé et de soins de santé. Toutefois, afin de mettre en place des mécanismes de financement qui soient « au service » de la politique, les gestionnaires du système doivent comprendre les objectifs politiques généraux et s'assurer que le système aide l'État à atteindre ces objectifs.

Parties intéressées et motivations

Il existe de nombreuses parties intéressées dans le secteur des soins de santé :

- les professionnels de la santé
- les patients et leurs parents et amis
- les autorités fiscales et d'assurance sociale
- les compagnies d'assurance privées
- les autres financeurs, y compris les employeurs
- les ministères de la santé et de la protection sociale.

Bien que ces parties partagent un intérêt pour la qualité et l'efficacité des services, elles ont des objectifs et des motivations différentes. Pour les professionnels de la santé, il s'agit notamment de la rémunération et des conditions de travail, ainsi que de la santé des patients. Les organismes de financement s'intéressent également à la maîtrise des coûts et au retour sur investissement. Les consommateurs s'intéressent aux résultats et à la qualité de leur expérience en tant que patients, mais sont généralement peu concernés par les questions de rationnement et de maîtrise des coûts. Il incombe aux financeurs d'acheter l'accès aux soins dans les limites des ressources disponibles, ce qui signifie qu'ils doivent avoir un intérêt dans le produit des soins de santé.

Les priorités en matière de soins de santé doivent être réalisées en tenant compte des objectifs divergents des consommateurs, des prestataires et des financeurs des soins. Les compagnies d'assurance sociale sont en première ligne. Assurer l'accès aux soins pour ceux qui ont les plus grands besoins nécessite souvent des mécanismes pour refuser l'accès à ceux qui ont des besoins moins importants ou inexistantes. Ce défi est plus important lorsque les ressources sont plus limitées, mais le problème de base existe et continuera d'exister dans tous les systèmes de soins de santé, partout dans le monde.

La santé et les gains de santé

L'objectif des services de santé est d'améliorer les conditions de santé. Une intervention de santé est réussie si elle permet de prolonger la vie ou d'améliorer la qualité de vie liée à la santé. L'évaluation des gains de santé se heurte à deux difficultés principales :

1. Les gains en matière de santé doivent être mesurés par rapport à une situation de non-intervention; cela peut signifier que l'intervention peut seulement permettre de ralentir ou de prévenir un déclin de l'état de santé, plutôt que de l'améliorer.
2. La production de gains de santé est complexe. Certaines interventions ont un large éventail de résultats: d'une grande amélioration à un préjudice réel pour le patient. Il est nécessaire de disposer d'un moyen de mesurer le résultat attendu, plutôt que de simplement juger les meilleures ou les pires interventions.

Le développement des interventions en matière de soins de santé signifie que, pour de nombreuses maladies, nous n'avons qu'une idée approximative du déroulement possible des événements en l'absence de soins et qu'il n'est

pas facile de comparer une intervention à une situation de non-intervention, ou de comparer de nouvelles interventions aux pratiques existantes. En outre, de nombreux éléments des soins n'ont jamais été soumis à une évaluation rigoureuse.

Au fur et à mesure que les épidémiologistes poursuivent leurs tentatives pour comprendre les effets nets des diverses stratégies de soins de santé, les données disponibles se sont progressivement améliorées. Il existe certains traitements pour lesquels la pratique actuelle nous renseigne peu ou pas du tout sur ce que pourraient être des soins efficaces. Par exemple, les comparaisons de procédures courantes (telles que les hystérectomies et les opérations de la vésicule biliaire) montrent que les taux de traitement varient considérablement dans des pays d'Europe occidentale apparemment similaires, ce qui ne peut s'expliquer par des différences dans le profil des maladies sous-jacentes. Pour les procédures d'urgence, les schémas de traitement entre les pays sont similaires, ce qui suggère que l'incertitude concernant les effets de nombreuses interventions conduit à des opinions différentes sur l'efficacité.

L'incapacité à mesurer l'efficacité de nombreuses interventions courantes est un obstacle, mais elle ne doit pas mettre un terme à la recherche d'une analyse minutieuse des produits des services de santé. Au minimum, il est possible de demander des preuves d'efficacité et d'envisager la fourchette dans laquelle les gains de santé peuvent se situer. On a tendance à affirmer que la faiblesse des données est une raison d'accepter la pratique actuelle, plutôt qu'une raison de la remettre en question.

Une analyse juste et sensée des gains en matière de santé compare les résultats avec des hypothèses sur ce qui se serait passé en l'absence de traitement. Le point de départ est donc l'histoire naturelle de la maladie, ou le modèle qui aurait résulté d'un traitement alternatif. Ceci est particulièrement important lorsque l'on sait qu'une grande partie de la population de patients est relativement âgée et peut présenter une série de problèmes de santé chroniques. Ce fait a deux implications. Tout d'abord, l'état de santé des personnes âgées peut être en déclin, et le traitement peut arrêter ce déclin. Deuxièmement, l'effet du traitement d'un aspect de l'état de santé (par exemple, la mobilité) peut être affecté par la présence d'autres maladies. L'accent doit être mis non seulement sur l'état de la maladie mais aussi sur l'état de santé. L'existence de pathologies reconnues mais largement inoffensives n'est

pas une raison d'intervenir, car il n'y a pas de corrélation forte entre la simple présence d'une certaine maladie et la capacité à mener une vie relativement normale (avec des exceptions notables, comme les démences).

Bien que les services de santé permettent d'obtenir des gains de santé, la relation est complexe. Certains patients se rétablissent complètement, d'autres partiellement, d'autres pas du tout ; d'autres encore sont même lésés par le traitement. En général, les jugements doivent se fonder sur les gains de santé moyens. Par exemple, si la chirurgie cardiaque peut prolonger la vie jusqu'à 20 ans, mais qu'elle ne la prolonge en moyenne que de deux ans, le chiffre de deux ans est pertinent pour la politique. Cependant, nous pouvons également tenir compte de la gamme et de la dispersion des gains et des pertes.

Les gains en matière de santé doivent être mesurés à la marge. Cela signifie que les jugements concernant l'expansion ou la contraction des services doivent être faits sur la base du gain de santé probable du cas le moins prioritaire traité, ou du cas le plus prioritaire non traité. Cependant, il est courant que l'efficacité moyenne d'un traitement soit considérée comme un argument en faveur de l'expansion, en dépit de toute différence pour les personnes bénéficiant ou non d'un traitement.

En résumé, les gains de santé sont le "produit" souhaité des services de santé. En répondant aux besoins les plus prioritaires, les gains de santé sont maximisés, même si la mesure de cette maximisation est souvent difficile en raison du manque d'informations sur les résultats du non-traitement ou du traitement alternatif, et des effets incertains du traitement sur l'état de santé.

Mesure des gains de santé

Outre les difficultés de mesure des gains en matière de santé évoquées ci-dessus, il existe également des problèmes pour la modélisation liés au concept général de santé. La définition de l'OMS, qui englobe tous les aspects de la santé physique et mentale, n'est pas un point de départ idéal pour les besoins du modélisateur. Comme nous l'avons suggéré plus haut, l'accent doit être mis sur la mesure de la santé et des gains de santé en termes de fonctionnement social et physique, plutôt qu'en termes de présence ou d'absence de maladie. La santé se mesure le mieux sur la base de trois caractéristiques principales:

- la capacité à effectuer des tâches
- la douleur et la détresse
- l'espérance de vie.

La santé donne également accès à d'autres possibilités d'amélioration de la vie, ce qui constitue une autre raison pour laquelle elle est très appréciée. Cela ne veut pas dire que l'arrêt des processus pathologiques n'est pas important, mais plutôt qu'il ne s'agit que d'un moyen pour atteindre une fin, et qu'il doit être jugé en fonction de sa capacité à atteindre cette fin. La présence d'une maladie peut être une cause de détresse et d'alarme, surtout si la maladie est potentiellement mortelle. En revanche, le traitement est justifié par l'espoir qu'il permettra de prolonger la vie, d'améliorer la santé, ou les deux.

Pour mesurer les gains en matière de santé, il est important d'être prudent dans l'utilisation de la terminologie. En particulier, il est utile de substituer l'idée de prolonger la vie à celle de sauver la vie. La prolongation de la vie est un objectif important, et une prolongation plus longue est préférable à une prolongation plus courte. La question importante n'est pas de savoir si un traitement sauve une vie, mais plutôt de savoir dans quelle mesure il la prolonge. Les recherches sur l'efficacité d'une intervention médicale ne sont souvent que d'une utilité limitée, puisqu'elles font état du nombre de survivants sur une période de cinq ou dix ans. En principe, nous sommes intéressés par les années de vie gagnées, plutôt que par la survie à un moment donné.

Un biais de temps d'avance au diagnostic est une source importante de difficultés dans la mesure des années de vie gagnées, notamment dans les programmes de dépistage et de prévention secondaire. Il convient donc de faire preuve d'une grande prudence dans l'examen des données. La détection précoce d'une maladie signifie que, pour tout individu, la probabilité de survie est accrue à partir du moment où la maladie est découverte. Cela peut signifier ou non que l'individu vit plus longtemps - cela peut simplement augmenter le temps pendant lequel une personne est consciente de la maladie. Certains des premiers optimismes concernant les effets du dépistage proviennent de l'inclusion du temps d'avance au diagnostic dans les estimations de l'allongement de la vie.

La prolongation de la vie est un élément important des gains en matière de santé, mais seule une proportion relativement faible de tous les services de santé vise à prolonger la vie de manière significative. L'objectif des soins, le plus souvent, est d'améliorer l'état de santé, avec peu ou pas de gain d'espérance de vie. Les progrès majeurs en matière d'espérance de vie ne sont dus qu'en petite partie aux interventions thérapeutiques ; ils sont plutôt le résultat de déterminants économiques, sociaux,

environnementaux et de santé publique. La mesure des gains de santé attribuables aux services de santé doit donc tenir compte de leurs effets significatifs sur l'état de santé et la qualité de vie liée à la santé.

En mesurant l'état de santé comme la capacité à accomplir les tâches de la vie quotidienne, on peut évaluer les gains de santé en termes d'augmentation de la capacité à accomplir ces tâches. De nombreuses échelles ont été conçues, avec une hiérarchie des tâches en fonction de leur difficulté. Par exemple, les gains de santé sont mesurés en se basant sur des échelles de situations telles qu'être cloué au lit, être cloué dans un fauteuil, être capable de marcher sans aide, être capable de se laver et de s'habiller, être capable de faire des courses et être capable de travailler ou de partir en vacances sans aide. Les causes de l'incapacité à effectuer des tâches peuvent être nombreuses, mais les effets sur la qualité de vie liée à la santé peuvent être assez similaires. Il est souvent intéressant de constater le peu d'effet d'un traitement sur la capacité à effectuer des tâches. Parfois, cela est dû à des comorbidités. Par exemple, une personne souffrant à la fois d'une maladie cardiaque et d'arthrite est limitée par ces deux affections ; l'efficacité du traitement de l'une d'entre elles est réduite en conséquence.

Bien que les gains en matière de santé soient normalement mesurés en termes de prolongation de la vie et d'amélioration de l'état de santé, la qualité de l'expérience vécue par le patient est un autre élément à prendre en considération. De nombreuses personnes ne passent que quelques jours à recevoir un traitement. En général, les bénéfices doivent être mesurés comme le meilleur résultat du traitement, et il ne faut pas trop se préoccuper du processus. Mais de nombreux autres patients reçoivent un traitement sur de longues périodes, voire pour le reste de leur vie. Il peut y avoir des cas où les traitements actuels sont si pénibles qu'il serait possible d'améliorer l'expérience des patients. Des soins continus dans de mauvaises conditions peuvent avoir un effet très important sur la qualité de vie, mais n'ont aucun impact sur l'espérance de vie ou la capacité à effectuer des tâches.

De même, la douleur et la détresse peuvent avoir un impact important sur la qualité de la vie, mais peu sur la capacité à effectuer des tâches. Dans toute évaluation des gains de santé, il est important de prendre en compte la réduction de la douleur et de la souffrance. Plusieurs traitements majeurs servent principalement à réduire la douleur (par exemple, la chirurgie coronarienne, les résections de la prostate et les prothèses de hanche). Le soulagement de la

douleur et de la détresse étant une dimension différente de la capacité à accomplir les tâches quotidiennes décrites ci-dessus, il peut être intéressant d'utiliser une matrice pour comparer différentes combinaisons de douleur et d'aptitudes à la vie quotidienne.

Les approches ci-dessus de la mesure de l'état de santé et des gains de santé utilisent des dimensions simples. Il existe également des instruments plus complexes pour mesurer l'état de santé, impliquant la création de profils et d'indexations de l'état de santé. Celles-ci peuvent être très utiles pour envisager des traitements spécifiques, bien que des mesures plus simples peuvent être préférables lors de l'examen des priorités globales.

Gains de santé : Combiner une vie plus longue et une meilleure santé

La mesure des gains en matière de santé est l'une des bases de l'établissement de priorités parmi les divers besoins en matière de soins de santé. Deux dimensions principales des gains de santé ont été discutées : l'allongement de la vie et l'amélioration de l'état de santé. Cependant, des compromis peuvent être nécessaires entre interventions qui prolongent la vie et celles qui améliorent l'état de santé. Il existe deux approches fondamentales pour faire face à de telles situations. La première consiste à rechercher consensus sur l'importance relative de la prolongation de la vie et de l'amélioration de l'état de santé. La seconde approche consiste à suggérer que ce type de décision est essentiellement politique et qu'elle ne devrait être prise qu'après un large débat public.

La possibilité de combiner les deux dimensions n'est pas encore claire. Les tentatives de consensus n'ont pas encore été très fructueuses et ont également rencontré une certaine résistance. Pourtant, un tel consensus présenterait de grands avantages pour la politique de santé. L'indice le plus connu des gains en matière de santé, l'année de vie pondérée par la qualité (AVAQ ou QALY en anglais), a été calculé de différentes manières et fait donc l'objet d'un débat permanent. Les années de vie sont pondérées en fonction de la qualité, de sorte que des AVAQ supplémentaires sont obtenus en ajoutant des années de vie supplémentaires ou en ajoutant une qualité supplémentaire aux années existantes. Des tableaux de classement ont été établis, montrant un classement des traitements en fonction de leur coût par AVAQ gagnée. Il faudra plusieurs années avant que le rôle des AVAQ dans la planification de la santé ne devienne systématique dans tous les contextes. Avec les techniques existantes, les

traitements qui ont un impact important sur l'état de santé semblent rapporter plus de AVAQ que ceux qui offrent une certaine prolongation de la vie.

Compte tenu de la difficulté de mesurer la qualité de vie comme facteur d'ajustement, certains experts et agences, comme la Banque mondiale, ont suggéré d'utiliser l'absence d'invalidité comme indicateur de la qualité de vie, et ont ainsi introduit le concept d'année de vie corrigée du facteur d'invalidité (AVCI).

La nature du marché des soins de santé

Dans tous les pays industrialisés, les marchés des services de soins de santé sont caractérisés par un élément d'intervention et de contrôle de l'État. Les soins de santé ne sont pas traités simplement comme des biens ou des services. Cette section traite des principaux arguments expliquant pourquoi les soins de santé sont différents et tente d'identifier certaines des implications de ces arguments. Nous aborderons les sujets suivants :

- l'incertitude des besoins et de la demande de services
- ignorance et asymétrie de l'information
- professionnalisme et monopole
- biens publics et externalités
- demande dérivée, soins de santé en tant que bien complémentaire, et équité sociale.

Certains termes de l'économie de la santé ont une signification précise et spécifique. En particulier, le concept de besoin doit être expliqué. Les économistes considèrent qu'un besoin existe s'il y a une capacité à en bénéficier. Une personne atteinte d'une cardiopathie ischémique a besoin d'une intervention chirurgicale, si celle-ci réduit la douleur ou le handicap, ou augmente l'espérance de vie. Lorsque le traitement ou les soins ne peuvent rien faire pour améliorer un état, il n'y a pas de besoin de services de santé, quelle que soit l'importance du problème. Les besoins peuvent être importants ou faibles, en fonction de la capacité à en bénéficier.

La demande de services de santé peut ou non refléter le besoin. La caractéristique distinctive des demandes est qu'il s'agit de décisions de rechercher des services qui sont soutenues par la capacité de mobiliser des ressources. Certaines personnes demandent des services en croyant à tort qu'elles ont la capacité d'en bénéficier. La plupart des demandes représentent en fait des besoins, qui peuvent

refléter des capacités plus ou moins grandes à en bénéficier.

Incertitude, besoin de services, demande et tarification

Le problème central pour le consommateur de services de santé est qu'il est souvent impossible d'anticiper le besoin de traitement ou de soins. De nombreuses maladies sont totalement inattendues. D'autres sont plus prévisibles, mais l'évolution de la maladie et la nécessité d'un traitement peuvent encore être très incertaines. Cette incertitude fondamentale distingue les soins de santé de nombreux autres services, tels que le logement, les services publics ou la nutrition, où le degré d'incertitude n'est que léger.

En outre, le coût de la satisfaction des besoins varie considérablement. Il est possible, même si c'est peu probable, qu'un individu doive faire face à une facture très élevée pour son traitement. Malgré la faible probabilité que cela se produise, cette perspective peut être une source importante d'anxiété.

Les économistes font la distinction entre l'incertitude et le risque. L'incertitude signifie que les résultats sont inconnus. Le risque, quant à lui, signifie que les résultats possibles et leurs probabilités sont connus, mais que le résultat dans un cas spécifique est inconnu. D'une certaine manière, les marchés des soins de santé sont plus risqués qu'incertains, puisque les modèles de nombreuses maladies sont connus, du moins par les professionnels de la santé. Cependant, les individus connaissent rarement les probabilités auxquelles ils sont confrontés et le comportement individuel est plus susceptible de refléter l'incertitude que le risque. En présence d'incertitude, les économistes prévoient que les individus ont tendance à prendre des mauvaises décisions.

Bien qu'il s'agisse d'une probabilité très faible, des conditions médicales entraînant des coûts de traitement très élevés se produisent. De nombreux éléments montrent qu'il est difficile pour les individus d'utiliser les données concernant les faibles probabilités, même lorsqu'elles sont disponibles. Traverser une route très fréquentée augmente la probabilité d'un décès prématuré, mais il n'est pas facile de calculer le risque supplémentaire que représente le fait de traverser cette route en marchant en dehors des passages cloutés, plutôt que de marcher sur le pont ou le passage pour piétons le plus proche.

La réponse normale au risque est l'assurance, et la réponse normale à l'incertitude est d'adopter des stratégies qui réduisent la différence de conséquences entre les résultats incertains. C'est aussi ce que fait l'assurance, en fournissant une compensation sous forme d'argent ou d'accès à des services.

L'assurance fonctionne mieux quand les résultats positifs et négatifs peuvent être spécifiés avec précision, lorsque les probabilités sont connues avec certitude, et lorsque la distribution des différents risques dans la population est connue en détail. Le besoin de services de santé ne présente pas ces caractéristiques. On sait peu de choses sur les risques de différentes maladies pour un individu donné. Les effets des traitements et des soins varient et peuvent être difficiles à prévoir. Par conséquent, nous ne connaissons pas la nature exacte des problèmes futurs ou la fréquence à laquelle ils peuvent se produire, et nous ne pouvons qu'estimer l'effet des interventions. Dans ces circonstances, il n'est pas surprenant que le marché de l'assurance maladie soit imparfait.

Une difficulté particulière se pose sur les marchés qui présentent les caractéristiques décrites ci-dessus. Les acheteurs d'une assurance maladie ont tendance à être mieux informés que les vendeurs à bien des égards - en partie grâce à la connaissance de leurs antécédents familiaux, et en partie parce qu'ils savent mieux comment ils se sentent. Face à un prix élevé, une personne qui se sent bien et dont les proches ont eu une longue vie apparemment sans maladie sera peu encline à souscrire une assurance. Cependant, si les personnes à faible risque n'achètent pas d'assurance, le risque moyen de celles qui en achètent est plus élevé.

Si les primes augmentent pour refléter cette situation, une motivation supplémentaire à ne pas souscrire est créée, et davantage de personnes à faible risque seront susceptibles de s'exclure. Finalement, les personnes qui restent dans le groupe de personnes couvertes seront soit des cas à haut risque, soit des personnes parmi les plus réfractaires au risque.

En raison du niveau de risque et d'incertitude inhérent aux questions de santé, la mise en place d'un mécanisme assurantiel collectif pour couvrir le risque est justifié. La difficulté de spécifier les risques, l'incertitude quant aux résultats de certaines interventions et les produits mal définis sont autant de facteurs qui font que les marchés de l'assurance ne fonctionneront pas parfaitement. C'est notamment le cas lorsqu'il s'agit de fournir une couverture aux personnes âgées, dont les revenus sont généralement

faibles mais dont l'utilisation des services médicaux est importante. C'est également vrai pour d'autres personnes à faibles revenus. De nombreuses personnes ne peuvent pas s'assurer ou payer les factures de traitement. Même aux États-Unis, où le financement des services est en grande partie assuré par des régimes d'assurance privés, il est nécessaire de mettre en place un système de financement public pour les personnes âgées et les personnes à faibles revenus. En résumé, même si le financement des services de santé nécessite une certaine forme d'assurance, les conditions pour des marchés d'assurance privée efficaces ne sont pas réunies.

Un autre effet de la nécessité de fournir des services de santé par le biais d'un système collectif d'assurance est que le prix auquel sont confrontés les consommateurs risque d'être bien inférieur au coût.

Une fois l'assurance obtenue, l'incitation du consommateur (à court terme) est de collecter le maximum de prestations possible. Le prix de la consommation (pour le consommateur) est souvent nul ou proche de zéro.

La théorie économique simple nous dit que les gens choisiront de consommer des biens et des services tant que le prix qui leur est demandé est inférieur au bénéfice qu'ils s'attendent à recevoir. Même si l'on s'attend à ce que le bénéfice soit très faible, un bien est toujours une bonne affaire si son prix est nul. Cela a pour conséquence importante que les systèmes de soins de santé sont généralement confrontés à une demande excessive. Par conséquent, une certaine forme de rationnement ou de file d'attente est nécessaire. Du point de vue de l'économie du bien-être, la situation est plus grave : les gens veulent des services à la marge, là où les coûts dépassent les avantages. L'assurance, qui est nécessaire en raison du risque et de l'incertitude inhérents à la prestation de soins, devient la cause d'une demande excessive de services et d'utilisations inappropriées des ressources.

Asymétrie d'information

Les marchés fonctionnent mieux lorsque les parties à une transaction sont bien informées et mal lorsqu'elles ne le sont pas. Dans les services de santé, ni le médecin ni le patient ne sont suffisamment informés, mais la tendance est à une asymétrie entre les connaissances de chacun : les patients en savent plus sur leurs symptômes, les médecins en savent plus sur la pathologie sous-jacente et le traitement potentiel. Ce qui peut également entraîner un mauvais fonctionnement du marché, c'est que le prestataire, qui donne des conseils sur la nécessité de

traiter, bénéficiera aussi potentiellement en termes financiers de la décision de traiter. L'asymétrie de l'information combinée aux incitations financières à surtraiter sont les raisons pour lesquelles les marchés des soins de santé ont toujours été soumis à un certain degré de réglementation, souvent sous la forme d'une autorégulation par les organisations professionnelles.

Professionalisme et monopole

Le besoin de connaissances et d'expertise au sein de la profession médicale, combiné aux des incitations financières potentielles au surtraitement ou au traitement inapproprié, conduit à un système d'autorisation d'exercer pour les médecins et autres professionnels de la santé. L'autorisation d'exercer et l'établissement de normes sont justifiés pour protéger le patient et le consommateur.

Toutefois, l'octroi de licences protège également le prestataire. Restreindre l'entrée sur un marché, pour quelque raison que ce soit, donne aux prestataires un élément de pouvoir monopolistique. La théorie économique suggère que l'un des effets du pouvoir monopolistique est d'augmenter les prix et de réduire la production. Il ne fait aucun doute que le pouvoir de monopole dans les soins de santé a bien cet effet dans une certaine mesure.

Les organisations professionnelles ont souvent un ensemble de fonctions, dont l'établissement de normes, la protection du public et la réalisation de certaines fonctions syndicales. Ces rôles conduisent souvent à un certain degré de confusion entre l'utilisation de restrictions et de contrôles pour améliorer les services, ainsi que la recherche de moins de concurrence et de revenus plus élevés pour les professionnels.

Une caractéristique générale de tous les marchés, dans tous les secteurs, à tout moment, est la tentative des acteurs du marché de réduire la concurrence. Les personnes extérieures aux marchés veulent être autorisées à y entrer, mais celles qui sont à l'intérieur ont intérêt à restreindre l'entrée, réduisant ainsi la concurrence.

Biens publics et externalités

Le concept économique d'externalités s'applique aux coûts et aux avantages qui sont externes à une transaction donnée, c'est-à-dire les coûts ou les avantages qui ne sont pas payés ou calculés dans la transaction. Par exemple, la fumée de la cheminée d'un voisin est "appréciée" sans compensation. Dans le domaine des services de santé, il y

a certains avantages externes, par exemple ceux résultant de la vaccination. Lorsqu'une proportion plus importante de la population est protégée individuellement, l'ensemble de la population est également mieux protégé contre la propagation d'une infection.

Dans certains cas extrêmes, tous les bénéfices d'une activité sont partagés. Par exemple, personne ne peut être exclu des bénéfices de la défense nationale. Cependant, les citoyens ne paieront pas individuellement pour soutenir les forces de défense, puisque les avantages d'une telle protection sont disponibles même pour ceux qui choisissent de ne pas payer. Si les avantages d'un bien ou d'un service peuvent être consommés de manière égale, qu'une personne ait payé ou non, alors le bien ou le service est qualifié de *bien public*. Les marchés échouent en cas de fortes externalités et lorsque des biens publics sont produits.

Comme nous l'avons suggéré ci-dessus, les programmes de santé publique, en particulier ceux qui visent à prévenir la propagation des maladies transmissibles, offrent certains avantages en tant qu'externalités. Il y aura donc peu d'incitations pour les individus à payer pour de tels programmes.

Dans le domaine des traitements et des soins, cependant, la plupart des avantages sont perçus par l'individu et offrent peu d'avantages externes. La seule exception notable est le bénéfice de la santé individuelle dont jouissent les familles, les amis et les proches, qui peut être une raison importante de fournir un traitement et des soins.

Bien que la présence d'externalités et de biens publics puisse être un facteur important dans les décisions prises en matière de financement, en particulier pour les services de santé publique, elle n'est pas la principale raison pour laquelle le gouvernement exerce un contrôle généralisé sur le financement et la fourniture des services de santé modernes.

Demande dérivée, complémentarité et équité

Il existe d'autres arguments en faveur d'un accès plus équitable aux services de santé. Les besoins sont plus importants dans les populations les plus pauvres et les plus âgées, qui ont le moins de capacité à payer. En outre, de nombreuses personnes âgées ont contribué par le passé au financement des services et s'attendent à pouvoir les utiliser plus tard lorsqu'ils en auront besoin.

Une autre raison pour laquelle les soins de santé sont parfois considérés comme un bien ou un service différent est le lien étroit entre la santé et la capacité de profiter d'autres aspects de la vie. En ce sens, la santé est un *bien complémentaire* - elle n'est pas consommée uniquement pour son propre bien, mais aussi pour l'accès qu'elle permet à d'autres activités agréables et productives. On peut donc affirmer que refuser à quelqu'un la santé et les soins de santé revient à lui refuser beaucoup plus. Bien que partiellement vrai, le principal inconvénient de cet argument est que le lien entre la santé et les soins de santé est assez faible.

Presque personne n'apprécie particulièrement les soins de santé en tant que fin en soi, mais plutôt comme un processus nécessaire au maintien de la santé. La demande de soins de santé est donc une forme de demande dérivée - le désir principal est la santé et les soins de santé ne sont qu'un moyen d'obtenir un bon état de santé.

La demande de biens et de services de santé

Dans la théorie économique, la demande d'un bien dépend de son prix, du prix d'autres biens, des revenus, des goûts et des préférences. Les deux derniers éléments sont considérés comme exogènes, bien qu'il soit admis que cela puisse ne pas être le cas à long terme. La demande est normalement plus élevée lorsque le prix est bas, ou lorsque les revenus sont élevés. L'effet du prix des autres biens dépend du fait qu'ils soient substitués ou complémentaires (biens consommés en même temps que le bien analysé).

Ces principes s'appliquent également aux biens de santé, bien que les effets soient influencés par certaines caractéristiques particulières du marché. Celles-ci comprennent : le rôle des professionnels en tant que conseillers sur le besoin de services (avec le risque correspondant de demande induite par le fournisseur), le fait que la demande de soins de santé est dérivée de la demande de santé, et l'importance des tiers payeurs et le risque moral qui en découlent pour le système. Il est également difficile d'observer certaines caractéristiques de la demande de services de santé dans les pays industrialisés, car les prix ont tendance à être fixés à zéro ou à un faible niveau.

Il est très important de considérer la demande de services de santé dans le contexte de systèmes de financement alternatifs. Si des copaiements sont prévus à un niveau significatif, il est utile de savoir si cela dissuadera les

personnes ayant des besoins plus importants, ou seulement ceux qui en bénéficient peu.

Élasticité de prix et de revenu

La théorie économique de la demande peut être appliquée de différentes manières utiles à l'analyse des biens et services liés à la santé, ainsi que des mécanismes de financement. La demande de services de santé est une demande dérivée de la santé. La question est de savoir combien les gens sont-ils prêts à payer pour améliorer leur santé ? Cela dépend de leur état de santé, de la valeur qu'ils accordent à leur santé, de l'efficacité des soins de santé disponibles pour obtenir des gains de santé, et de l'argent qu'ils doivent dépenser ou, plus important encore, combien ils peuvent persuader les autres de payer en leur nom.

Les gens accordent de la valeur à la santé pour elle-même, mais aussi parce qu'elle est consommée en même temps que d'autres biens. La théorie de la demande suggère que l'existence de biens complémentaires tend à s'accompagner d'une faible élasticité de la demande par rapport au prix. Ce phénomène a été observé dans tous les pays occidentaux. Les calculs montrent généralement une faible élasticité-prix de la demande de services de santé, ce qui reflète une faible élasticité-prix de la demande de santé. En d'autres termes, si le prix des services de santé augmente de 10 %, l'utilisation des services diminue généralement d'environ 5-6 %, voire moins. Toutefois, les élasticités globales faibles doivent être traitées avec prudence, car leur effet sur les personnes à faibles revenus est susceptible d'être plus élevé, tout en affectant moins les personnes relativement riches. Des copaiements plus élevés réduiront donc relativement peu l'utilisation au total, mais modifiera la structure de l'utilisation.

Bien que l'élasticité de la demande de services de santé par rapport au prix soit assez faible, la demande de services de santé semble augmenter de manière plus que proportionnelle au revenu. En d'autres termes, l'élasticité de la demande par rapport au revenu est supérieure à un.

Une manifestation de ce phénomène est que les pays à revenu élevé non seulement dépensent plus pour les services de santé en termes absolus, mais ils consacrent également une proportion plus élevée de leurs revenus aux soins de santé. Cela suggère qu'à mesure qu'une économie se développe, le financement des services de santé doit augmenter si l'on veut répondre aux demandes du public, ce qui peut être important dans la conception des systèmes de financement. Si l'assurance sociale est liée aux salaires, les paiements augmenteront approximativement en

fonction du revenu - mais la préférence du public peut être pour une augmentation plus rapide. L'accès à une assurance privée complémentaire par le biais de paiements volontaires, ou une modification des taux de cotisation à mesure que les revenus augmentent, peut permettre cette croissance supplémentaire. La plupart des pays riches craignent que les dépenses de santé n'augmentent trop rapidement. Par conséquent, il ne sera peut-être pas difficile de répondre à la demande supplémentaire de services, mais il est utile de se rappeler que les soins de santé sont élastiques au revenu.

Les consommateurs sur le marché des soins de santé manquent d'informations. En effet, l'un des produits qu'ils exigent est une meilleure information sur leurs besoins. L'amélioration de l'information aux consommateurs augmente la demande lorsque les besoins sont identifiés, mais elle peut aussi réduire la demande lorsqu'il apparaît clairement qu'un problème de santé n'est pas un besoin, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a pas de capacité de gain.

Il existe une asymétrie entre les informations des fournisseurs de services de soins de santé (médecins et autres professionnels de la santé) et celles du consommateur ou du patient. Les goûts du consommateur sont donc, dans une certaine mesure, déterminés par le prestataire. Le prestataire de soins de santé peut être incité à encourager la consommation. Cela est plus probable dans les cas où le traitement à fournir ne fait pas partie du paquet de services "de base". La plupart des pays limitent l'utilisation de la publicité dans les services de santé, mais une certaine demande peut résulter des activités promotionnelles des prestataires. La demande de services de santé induite par les prestataires est particulièrement préoccupante lorsque les structures de soins sont en cours de développement, lorsqu'il y a une tentative de réduire la réglementation et lorsque les fournisseurs s'installent dans le secteur privé. Les systèmes de paiement à l'acte sont particulièrement tentants pour les fournisseurs, alors que les systèmes de capitation font l'inverse. La demande de services de santé est liée aux besoins (la capacité à en bénéficier), aux prix et aux revenus - mais aussi aux goûts, qui peuvent être formés conjointement avec les prestataires.

Les courbes de demande indiquent la quantité de biens qui seront achetés par les consommateurs à un prix donné. Elles nous indiquent la valeur accordée à la consommation aux niveaux actuels et à la répartition des revenus dans l'économie. Des prix très élevés peuvent entraîner une consommation très faible, mais à n'importe quel niveau de

prix (encore raisonnable), il y aura toujours des personnes prêtes à acheter des services. Si le prix des biens de soins de santé est fixé à zéro (pour les patients, mais bien sûr pas pour les prestataires ou les tiers financeurs), la consommation sera probablement très élevée - mais pas illimitée, car même à prix zéro, les gens ne passeront pas leur vie entière dans les cabinets médicaux ou les salles d'attente des hôpitaux. Quoi qu'il en soit, à un prix nul pour le consommateur, les avantages en termes de gains de santé (quelle que soit la définition de ce terme) seraient inférieurs au coût.

Ainsi, si le prix des services de santé est fixé à zéro, les gens demanderont des services jusqu'au point où la courbe de demande coupe l'axe des quantités. Dans ce cas, le bénéfice pour la dernière personne qui consomme sera nul. Même ceux qui en bénéficient un peu ne bénéficieront pas suffisamment pour justifier l'utilisation des ressources. Les bénéfices qu'ils reçoivent sont inférieurs aux coûts de leur fourniture. Les services ne devraient pas être fournis si leur coût est supérieur aux avantages qu'ils procurent.

Il n'est pas facile de mesurer les bénéfices dans les services de santé, notamment parce qu'il est rarement possible de découvrir ce que les gens seraient prêts à payer pour un gain de santé particulier. Toutefois, si des prix étaient pratiqués pour certains services, il serait possible d'observer une courbe de demande et de calculer les avantages tels qu'ils sont perçus par les consommateurs.

La demande et le système de financement

Dans le cas des soins de santé, le revenu a généralement une influence indirecte sur la quantité de soins demandés, puisque le financement fait normalement appel à un organisme payeur tiers (l'assureur du risque). Dans un certain sens, les variations de la capacité de mobiliser des ressources auprès de tiers sont l'équivalent du revenu dans la détermination de la demande de services de soins de santé.

Si la demande de soins de santé dépend des demandes de paiement par des tiers, la structure des droits et les ressources globales des payeurs sont importantes. Lorsque le système est illimité, le consommateur ou le patient dispose d'un revenu infini. Dans ce cas, le consommateur est confronté à un prix de zéro et à aucune contrainte de revenu, et il consommera tant que le bénéfice sera supérieur à zéro. Les systèmes de rémunération à l'acte, à durée indéterminée, permettent ce comportement. Dans

les systèmes de paiement par capitation, le patient peut toujours vouloir consommer une grande quantité, mais cela ne se matérialise pas sous la forme d'une demande puisqu'il n'est pas en mesure de mobiliser des ressources pour soutenir son désir de services.

Les systèmes de tiers payant fixent effectivement le prix des soins à zéro ou presque. La théorie de la demande prévoit que cela signifie que toutes les personnes ayant des besoins voudront que ceux-ci soient satisfaits. C'est toutefois la capacité à mobiliser des ressources qui transforme les besoins en demandes. Un bon système de financement dans un bon cadre politique permet uniquement aux besoins suffisamment prioritaires de devenir des demandes.

L'offre de biens et de services de santé

La théorie économique de l'offre suggère que les fournisseurs de biens et de services seront disposés à augmenter leur offre lorsque le prix augmente. Les fournisseurs existants seront disposés à étendre leurs services et de nouveaux fournisseurs entreranno sur le marché si un prix plus élevé est offert.

L'offre est qualifiée d'élastique si une faible augmentation du prix a un effet important sur la quantité. La réponse des fournisseurs aux changements de prix dépendra de nombreux facteurs, tels que le besoin d'investissement en capital, la formation du personnel et la disponibilité des intrants. Dans le cas des services de santé, les réactions de l'offre seront probablement assez lentes, en particulier dans les secteurs les plus technologiques des soins de santé, car d'importants investissements dans la formation du personnel, les équipements et les bâtiments peuvent être nécessaires. Les pays disposant d'un excédent de personnel et de bâtiments peuvent trouver que l'offre est très élastique par rapport au prix, même pour les soins aigus, car il est facile de mobiliser des ressources.

L'interaction entre l'offre et la demande peut, en principe, déterminer le prix d'un bien ou d'un service. Les responsables de la politique de santé visent à obtenir des gains maximaux en matière de santé à partir de toutes les ressources. Si les acheteurs de services paient aux prestataires des prix supérieurs aux niveaux nécessaires, le volume total des services est réduit et les gains de santé sont inférieurs à ceux qui auraient pu être obtenus. Il est donc utile d'examiner les principes sous-jacents de l'offre de services de santé.

Dans cette section, nous examinerons les facteurs qui influencent le prix auquel les prestataires sont disposés à fournir des services de soins de santé. En particulier, nous examinerons les coûts, qui influent sur le prix auquel ils peuvent fournir des services tout en évitant une perte.

Offre et coût

Les fournisseurs de services ne sont disposés à fournir des services que s'ils sont en mesure de couvrir leurs coûts. Dans les systèmes de santé à gestion centralisée, il est courant de donner aux prestataires un budget, et le volume des services est limité par ce budget. Les prestataires ne devraient pas être confrontés à une perte, puisque leur offre est celle qui utilise exactement toutes leurs ressources. Un système plus pluraliste, avec un éventail de fournisseurs publics ou privés, implique des accords ou des contrats pour la fourniture de soins. En principe, un organisme de financement ne peut pas forcer les prestataires à fournir des soins, mais il doit passer des accords avec eux pour couvrir le prix et le volume des soins. La plupart des contrats impliquent des prix différents pour des volumes différents. Les organismes de financement devraient éviter les engagements à durée indéterminée en matière d'approvisionnement, car ils rendent difficile de garder le contrôle des dépenses globales. De même, les prestataires de soins évitent normalement les engagements à durée indéterminée, car ils peuvent entraîner des pertes.

Le personnel est normalement la partie principale de dépenses des services de santé, soit environ 60 à 80 % des coûts totaux pour la plupart des types de soins. Le reste est représenté par les bâtiments et équipements et par les consommables. Dans les soins primaires, les produits pharmaceutiques peuvent constituer l'élément de coût le plus élevé. Le coût des services de santé dépend de la quantité d'intrants nécessaires et du prix de ces intrants. Il est donc possible de réduire les coûts, soit en diminuant la quantité d'intrants nécessaires, soit en diminuant le prix des intrants. Si les coûts sont contrôlés, cela peut conduire à une baisse des prix, et donc à une augmentation du service.

En plus de la réduction des intrants, les coûts peuvent être réduits en améliorant la combinaison des intrants utilisés. Par exemple, il peut être possible d'utiliser moins de personnel formé et plus de personnel non formé, ou d'utiliser moins de personnel et plus d'équipement, tout en produisant la même quantité et qualité de service. D'autres substitutions peuvent être possibles. Dans certains pays, il

est interdit de prescrire des médicaments de marque lorsque des versions génériques moins chères existent. D'autres pays vont même plus loin, avec des programmes pour substituer des médicaments différents mais aussi efficaces.

Offre, coûts et économies d'échelle

Pour certains services, la fourniture à grande échelle présente des avantages. Les laboratoires peuvent alors s'offrir des machines de grande taille et efficaces, et il est bien établi que les résultats de certaines procédures chirurgicales s'améliorent lorsque des équipes effectuent un grand volume important du même type de travail. On croit cependant à tort que l'offre de soins de santé à grande échelle est généralement efficace et bon marché. Il n'est certainement pas vrai que de grands avantages s'appliquent aux grands hôpitaux (plus de 300 à 400 lits), bien qu'il puisse y avoir des avantages si certains départements au sein des hôpitaux sont grands. Des économies d'échelle peuvent être réalisées grâce à l'utilisation partagée de l'imagerie et de la pathologie, et de l'utilisation d'équipements spécialisés dans certains domaines de spécialité. Toutefois, une partie de ces économies peut être réalisée sans que les installations soient situées sur un grand site hospitalier.

Malgré ces doutes sur les économies d'échelle dans la fourniture de services de santé, il est intéressant d'envisager des accords pour que certains services ne soient fournis que dans quelques hôpitaux, avec des prix plus bas pour profiter des économies d'échelle. Il ne faut pas s'étonner que les économies d'échelle potentielles soient limitées, car le personnel représente une grande partie du coût total des services de santé, et les possibilités d'améliorer l'efficacité du personnel en le regroupant dans un grand bâtiment sont limitées.

Obstacles à l'entrée et à l'offre

Les économies d'échelle, lorsqu'elles existent, peuvent rendre difficile l'entrée de nouveaux prestataires sur le marché. Les investissements en capital à grande échelle ne peuvent être financés que si l'on en attend des retours significatifs : il y a peu de concurrence pour un prestataire établi où l'entrée est coûteuse. Les économies d'échelle impliquent normalement que seuls les grands fournisseurs survivront ; il se peut qu'il n'y ait de la place sur le marché que pour quelques fournisseurs, ou même parfois un seul.

Les économies d'échelle forment des barrières qui peuvent restreindre l'entrée de fournisseurs et rendre ainsi le prix de l'offre inélastique. D'autres formes de barrières sont importantes dans le domaine des soins de santé, notamment celles qui résultent des mesures prises pour protéger les patients. Les licences pour les médecins, les établissements de soins de santé, les médicaments et autres intrants peuvent, quant à eux, rendre difficile ou parfois impossible l'entrée sur le marché. Les barrières à l'entrée rendent l'offre moins élastique et ont tendance à augmenter les prix. Il est donc important de s'assurer que les réglementations qui sont là pour protéger les consommateurs contre des pratiques médiocres ou incompetentes ne deviennent pas de simples barrières à l'entrée, réduisant ainsi la concurrence sur le marché.

Offre, coûts et substitution de facteurs

Les professionnels de la santé et les autres personnels représentent une grande partie des coûts des soins de santé. En principe, il est inefficace d'utiliser du personnel hautement qualifié pour des tâches qui pourraient être accomplies par des personnes non qualifiées ou semi-qualifiées. Il peut également être inefficace d'utiliser du personnel pour des tâches qui pourraient être effectuées à moindre coût à l'aide d'équipements.

La vision traditionnelle des services de santé est qu'il existe une "bonne" façon de faire les choses. La dotation en personnel a souvent été déterminée à l'aide de normes et de quotas. L'un des avantages de permettre aux prestataires d'exercer un plus grand contrôle sur l'offre de services est que cette approche rigide peut être remplacée par une approche plus flexible. De nombreuses habitudes concernant le déploiement du personnel n'ont pas de réelle pertinence ; elles résultent simplement de modèles qui étaient souhaitables lorsque l'on travaillait avec des technologies plus anciennes. Par exemple, certains équipements modernes d'analyse du sang sont automatiques et peuvent être utilisés pour les contrôles de routine sans l'intervention de spécialistes en pathologie.

Trouver des moyens de réduire les coûts et, par conséquent, les prix en utilisant différentes combinaisons d'intrants est un travail pour les hôpitaux et les autres prestataires de soins de santé. Le rôle de l'organisme de financement est de savoir que ces possibilités existent et de s'attendre à ce que des changements et une baisse des coûts soient disponibles au fur et à mesure que les prestataires prennent le contrôle sur la production des services. Dans de nombreux cas, il est raisonnable de

s'attendre à ce que le prix des services de routine baisse à mesure que la substitution des facteurs se produit et que les coûts diminuent.

Offre, coûts et technologie

La théorie économique considère le progrès technique et l'apparition de nouvelles technologies comme une source de réduction des coûts, et donc d'augmentation des services. Ceci est aussi vrai pour les soins de santé que pour tout autre bien ou service. Pour tout type, quantité et qualité de service, les nouvelles technologies peuvent réduire les coûts. Si une nouvelle technologie augmente les coûts sans aucune amélioration de la santé, elle ne devrait pas être adoptée.

Les nouvelles technologies peuvent légitimement entraîner une augmentation des coûts des services s'il y a une amélioration de la qualité, ou si la nouvelle approche permet une intervention utile là où il n'y en avait pas auparavant. Par exemple, de nouvelles techniques d'imagerie peuvent permettre des examens moins douloureux, et les progrès des médicaments immunosuppresseurs ont permis une transplantation chirurgicale plus réussie. Ces progrès peuvent permettre des gains de santé et devenir des priorités pour les services.

Les responsables du financement des services de santé devraient considérer avec scepticisme l'argument selon lequel les coûts augmentent en raison des nouvelles technologies et devraient appréhender les bénéfices attendus en termes de gains de santé. Les nouvelles technologies peuvent également entraîner une baisse des coûts pour certains services.

L'offre, les coûts et les revenus des professionnels

Étant donné la part importante des salaires dans les coûts globaux des soins de santé, il n'est pas possible d'augmenter les salaires sans que les coûts globaux n'augmentent, à moins que le personnel ne devienne plus productif. Il est important de noter que des salaires plus élevés signifient des coûts plus élevés et un volume de services plus faible dans un budget donné.

L'augmentation des salaires dans la production de biens et de services peut se faire sans augmenter les coûts si la productivité du personnel augmente en proportion. Dans de nombreuses industries, notamment celles qui sont soumises à un degré élevé de changement technique, il est possible d'avoir des coûts plus bas et des salaires plus

élevés. Étant donné que de nombreux éléments de la santé les services ne peuvent pas bénéficier de progrès techniques ou d'augmentations de la productivité, les salaires qui augmentent comme ceux des autres services et industries vont inévitablement augmenter les coûts par rapport à ceux du reste de l'économie. Dans la plupart des pays, il est admis que les services à forte intensité de main-d'œuvre deviennent progressivement plus chers, afin de permettre aux salaires d'augmenter au même rythme que ceux du reste de l'économie.

L'analyse de l'offre a été appliquée à l'offre de services de santé dans les sections ci-dessus. Elle peut également être appliquée au marché des professionnels de la santé (et à d'autres intrants). Les surplus de bâtiments, d'équipements et de personnel qualifié peuvent entraîner une baisse des coûts ; lorsque le personnel qualifié est rare, on peut s'attendre à une augmentation des salaires.

Offre à court et à long terme

La théorie de l'offre suggère une réponse instantanée aux changements de prix d'un bien ou d'un service. C'est rarement le cas. Il peut donc être utile d'examiner le comportement des fournisseurs en fonction d'objectifs à plus long terme. Comme il est parfois possible d'induire la demande en modifiant les connaissances ou les goûts des consommateurs, certains services peuvent être proposés dans ce but. Des cas peu prioritaires peuvent être choisis afin d'accroître le niveau d'activité, augmentant ainsi les paiements des tiers dans les années à venir. Par exemple, les prestataires qui sont payés sur la base de contrats de coût et de volume peuvent choisir de fournir plus que le volume convenu, dans l'espoir de démontrer des besoins plus importants pour l'avenir. Et lorsqu'il y a un certain degré de monopole, comme c'est toujours le cas dans la fourniture de services de santé, les fournisseurs peuvent essayer de protéger leur part de marché, et donc être lents à réduire la quantité lorsque les prix baissent.

En fait, le problème est que les informations sur les soins de santé sont toujours rares et que le comportement de l'offre est parfois utilisé comme un indicateur du besoin de services. Il est important d'examiner dans quelle mesure il peut y avoir des incitations ou des possibilités de poursuivre des objectifs à plus long terme.

Caractéristiques du marché et financement des soins de santé : une discussion économique

L'analyse du marché des soins de santé, du résultat souhaité des soins de santé (gains de santé), de l'offre et de la demande de services de santé, ainsi que de l'offre et de la demande de services de santé et de la main-d'œuvre du secteur de la santé, montrent que les soins de santé diffèrent des autres biens et services de manière importante. Ces différences ont des effets sur les modes de financement et de fourniture des services. Il est également important de noter la façon dont les services de soins de santé *ne* diffèrent pas des autres biens, car dans ces aspects on peut s'attendre à ce que les soins de santé suivent les principes de base de l'économie. Cette section décrit les conséquences des caractéristiques particulières des marchés de soins de santé sur le financement des services de santé.

Les caractéristiques distinctives les plus importantes du marché des services de santé résultent de la nature incertaine de la demande de soins de santé. Ils ne sont pas consommés pour leurs propres qualités intrinsèques, mais pour rétablir une bonne santé et de nombreux besoins de services (mais pas tous) sont très incertains.

Bien que les soins de santé soient considérés comme une nécessité et que l'élasticité de la demande par rapport au prix soit faible, l'élasticité relativement élevée de la demande par rapport au revenu suggère qu'ils présentent également certaines caractéristiques des produits de luxe. Cela n'est pas très surprenant, pour deux raisons. Premièrement, les soins de santé vont d'activités majeures permettant de prolonger la vie et d'améliorer l'état de santé à des traitements cosmétiques et de confort mineur. Deuxièmement, une grande partie de l'augmentation des dépenses est souvent destinée à améliorer la qualité des processus, avec peu ou pas d'effet sur les résultats. Il est donc tout à fait possible que les soins de santé soient considérés à la fois comme une nécessité et comme un luxe.

Niveau optimal des dépenses de santé

Le niveau approprié des dépenses de santé est un sujet de controverse dans la plupart des pays, et revêt une importance particulière lorsque les structures et les mécanismes de soins de santé sont confrontés à des changements et à des réformes. Les comparaisons entre

pays sont souvent citées dans les discussions sur le niveau correct de dépenses. Il existe de grandes variations entre les pays en matière de dépenses de santé, tant en termes absolus qu'en proportion du PIB. Les choix des autres pays sont au mieux un guide approximatif des niveaux de dépenses appropriés.

En principe, il est facile de définir le niveau optimal des dépenses de santé et par conséquent, la proportion optimale du PIB qui devrait être consacrée à la santé dans n'importe quel pays. Si l'on suppose que l'objectif de la politique de santé est de maximiser les gains de santé, et en supposant que les dépenses sont efficaces dans la poursuite de cet objectif, alors le gain de santé associé à un dollar marginal dépensé peut être calculé. Des calculs similaires pour d'autres programmes de dépenses publiques et privées peuvent également être effectués afin de comparer le gain ajouté par le dernier dollar. Si la valeur du gain en matière de santé est considérée comme plus importante que le gain réalisé dans d'autres programmes non liés à la santé, alors les dépenses de santé sont trop faibles, s'ils sont faibles les fonds doivent être transféré en dehors des services de santé.

Ce type de raisonnement, bien entendu, implique un certain nombre de jugements de valeur et ne peut jamais être quantifié de manière objective. Même si les gains en matière de santé peuvent être mesurés en AVAQ (QALYs en anglais) ou AVCI (DALYs en anglais), l'attribution d'une valeur quantitative à ces gains implique des jugements subjectifs. De même, la mesure de la valeur d'autres avantages découlant de l'utilisation des ressources, comme la sécurité, implique également des jugements de valeur.

Par conséquent, l'analyse économique coûts-avantages idéale doit souvent être approximée dans la réalité, souvent en appliquant des préférences pondérées dans un processus de décision politique qui réagit aux pressions exercées à des degrés divers par divers groupes. Il ne s'agit pas d'une substitution idéale à une analyse strictement économique, mais si la transparence peut être introduite dans les critères de décision, c'est certainement un pas vers une approche plus rationnelle de l'allocation des ressources publiques.

Cette approche offre un moyen d'analyser le niveau approprié des dépenses de santé. Elle met l'accent sur le fait que l'augmentation des gains en matière de santé obtenus avec n'importe quel type d'intervention de l'État est un facteur important.

Il est important que la répartition des ressources soit une priorité et que les besoins prioritaires non satisfaits (c'est-à-dire ceux pour lesquels il existe une capacité significative à bénéficier) puissent être comparés aux bénéfices produits par d'autres dépenses publiques ou privées. D'autant plus que les économies se développent et que les besoins fondamentaux sont satisfaits, il est probable que les soins de santé constitueront une priorité élevée pour les dépenses supplémentaires.

Financement de la prévention et de la promotion de la santé

Le niveau approprié de financement de la promotion de la santé peut, en principe, être déterminé de la même manière que celui des dépenses de santé dans leur ensemble. Si la promotion de la santé permet d'obtenir des gains de santé plus importants par dollar que d'autres programmes de santé, il convient alors de consacrer davantage de fonds à ce type d'activité. On entend souvent dire que c'est effectivement le cas et que les dépenses de promotion de la santé sont trop faibles. Cependant, les données sur l'efficacité des activités de promotion de la santé sont pauvres. Il est également difficile d'obtenir des dépenses privées pour la promotion de la santé, et les compagnies d'assurance et les fonds d'assurance sociale ne sont guère incités à lui donner la priorité. Comme les avantages de la promotion de la santé tendent à être disponibles indépendamment du paiement, cette catégorie de services présente de nombreuses caractéristiques des biens publics. Par conséquent, un financement public, ou un financement avec une aide publique, est approprié.

L'argument selon lequel la promotion de la santé est un bon investissement capable de réduire les dépenses de santé souffre d'un manque de données probantes prouvant une imputation directe pour beaucoup d'interventions et il est en général difficile de convaincre du besoin d'investir dans ces activités. La promotion de la santé est par ailleurs susceptible d'augmenter le besoin total de services, étant donné que davantage de personnes survivent au-delà de leur vie économiquement active et développent des besoins de soins de santé plus coûteux. La promotion de la santé est plus susceptible de produire des avantages sous la forme d'une vie plus longue et d'une meilleure santé que d'une réduction des coûts.

Les systèmes visant à taxer les activités nuisibles à la santé pour la promotion de la santé peuvent être utiles pour accroître l'acceptabilité des dépenses de promotion de la santé, mais il vaut mieux les considérer comme une façon

particulière d'organiser la fiscalité. Le fait que les fonds proviennent de ceux qui sont le plus susceptibles d'en bénéficier fait appel aux théories de la justice et donne du relief à la politique. Toutefois, l'essentiel est que ce type d'activité doit être financé par une source fiscale ou un prélèvement obligatoire.

Financement des services de santé

L'incertitude quant au besoin de services de santé est une raison de baser le financement des services de santé sur un système d'assurance. Le choix reste donc entre l'assurance privée, l'assurance sociale solidaire et les régimes financés par l'impôt. L'un ou l'autre de ces systèmes peut être la principale source d'assurance. Les paiements ou les copaiements des patients peuvent également être ajoutés au financement, mais seules les trois options ci-dessus étant des candidats sérieux comme source principale de financement basé sur l'assurance.

L'assurance actuarielle privée est la principale source de financement aux États-Unis, et dans aucun autre grand pays. Elle est associée à des coûts administratifs élevés, à des problèmes de couverture et à de graves problèmes de maîtrise des coûts. Les raisons en sont simples. Les marchés de l'assurance ne fonctionnent pas bien lorsque l'information est rare, et il est difficile d'organiser les accords d'assurance complexes qui transfèrent le pouvoir d'achat dans le temps. Les fonds pour verser des primes sont disponibles lorsqu'une personne gagne de l'argent et lorsque les risques pour la santé sont assez faibles. Il faut trouver un mécanisme qui permette de verser les primes actuelles et les prestations futures. L'assurance privée ne sera probablement pas un bon véhicule pour cela. Toutefois, elle peut jouer un rôle utile en complétant d'autres sources. Le fait de s'appuyer principalement sur des paiements à l'acte aux prestataires, sans plafond global des dépenses, peut entraîner la perte de contrôle des coûts du système.

Les systèmes solidaires, qu'ils soient basés sur l'assurance sociale ou le financement par l'impôt, peuvent atteindre une couverture universelle ou quasi-universelle, malgré le manque d'informations et l'incertitude. Ces systèmes comportent un élément de redistribution des revenus, puisque le paiement est en fonction de la capacité de payer et que les services sont, en principe, fournis en fonction des besoins. Si la nature de la consommation de santé en tant que bien complémentaire est une raison pour un accès plus équitable, ces mécanismes y contribuent. Si certains services de santé sont considérés comme des biens

tutélaires, le subventionnement des services destinés aux patients les plus pauvres par les plus riches peut contribuer à encourager la consommation.¹

Les incitations perverses à surtraiter les maladies et à demander des services dont les coûts dépassent les bénéfices, signifient que tout système de financement doit comporter une variété de contrôles ou d'incitations à rationner les soins. Les incitations au surtraitement sont, du moins en partie, gérées par les règles professionnelles et éthiques, mais il peut être nécessaire de veiller à ce que les mécanismes de paiement évitent de créer de telles incitations. Ce qui ne peut être évité, c'est la nécessité pour le système de financement de reconnaître l'inévitabilité d'une demande excessive de services de soins de santé, et donc l'opportunité d'une certaine forme de rationnement.

Certains pays choisissent des organismes privés ou à but non lucratif pour gérer la collecte des cotisations d'assurance, même si le système est basé sur la solidarité et est réglementé par l'État. Les théories des marchés suggèrent qu'une concurrence efficace peut réduire les coûts. Il n'est pas certain que cette concurrence soit suffisante pour compenser les coûts administratifs supplémentaires qui résultent du fait que des organisations concurrentes soutiennent leur propre infrastructure administrative et leur propre personnel. Dans l'ensemble, il est préférable d'éviter une trop grande diversité des prestataires d'assurance, car des problèmes de sélection adverse peuvent alors se poser. Si les cotisations sont fixes, mais que les risques sont différents, les entreprises d'assurance ont intérêt à refuser ou dissuader certains clients de s'affilier à leur régime. Les règles exigent normalement que tous ceux qui demandent une couverture soient acceptés, mais il existe de nombreux moyens d'éviter d'assumer de mauvais risques. Des différences dans l'ensemble des prestations peuvent être utilisées, ou il peut y avoir des méthodes subtiles pour dissuader les personnes âgées ou handicapées de s'affilier.

Le choix entre le financement par l'impôt et le financement par l'assurance sociale doit dépendre des coûts et des caractéristiques souhaitées du système. À un niveau, il y a peu ou pas de différence entre les deux systèmes, et l'assurance sociale peut être considérée comme un simple impôt sur des salaires hypothétiques. Le financement par l'impôt peut s'appuyer sur une base fiscale plus large.

Cependant, le financement des assurances sociales par les cotisations peut être plus équitable si seulement une partie de la population est couverte par le régime.

¹ Un bien tutélaire est une marchandise dont la consommation est considérée comme socialement souhaitable, indépendamment des préférences des consommateurs. Les gouvernements suspendent parfois la souveraineté des consommateurs en subventionnant la fourniture de certains biens et services. G. Bannock et al., *The Penguin Dictionary of Economics* (Londres, Penguin, 1992).

Référence

Ce texte est extrait de la publication suivante :

Cichon, M., Newbrander, W., Yamabana, H., Normand, C., Weber, A., Dror, D., & Preker, A. (1999). *Modelling in health care finance: A compendium of quantitative techniques for health care financing*. Organisation internationale du Travail.

Disponible ici :

https://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/books-and-reports/WCMS_SECSOC_8018/lang-en/index.htm

Pour nous contacter

Département de la protection sociale
Organisation internationale du Travail
Route des Morillons 4
CH-1211 Genève 22
Suisse

T: +41 22 799 7239
E: @ilo.org