

Marché des soins

P. Bovier,^{b,d} T. Pernerger,^{a,b} P. Chopard,^{b,f} P. Garnerin,^{b,g}
F. Herrmann,^{b,e} P. Chastonay,^{a,c} E. Chamot,^a

^a Institut de médecine sociale et préventive, Université de Genève

^b Unité qualité des soins, Hôpitaux Universitaires de Genève

^c Unité de développement et de recherche en éducation médicale

^d Département de médecine communautaire,
Hôpitaux Universitaires de Genève

^e Hôpital de Gériatrie, HUG

^f Département de médecine interne, HUG

^g Division d'anesthésiologie, HUG

Résumé

Cet article s'intéresse aux particularités du marché des soins, qui font que celui-ci échappe aux mécanismes de régulation du marché libre. On aborde aussi les mécanismes de l'augmentation des coûts et les moyens de maîtrise des coûts à disposition.

Introduction

De plus en plus fréquemment, on parle de la santé comme s'il s'agissait d'un bien de consommation courante, comme l'automobile ou l'alimentation. Dans une période de libéralisme économique (économie de marché), qui semble réussir là où d'autres modèles économiques ont échoué (économie planifiée), on pourrait être tenté d'appliquer les mêmes règles dans le domaine de la santé afin d'atteindre un équilibre entre l'offre et la demande, et peut-être juguler l'augmentation des coûts de la santé. Bien que les dépenses en matière de santé dépendent de l'offre pratiquée par les professionnels de la santé, et la demande de soins des usagers, les mécanismes qui régissent ce marché sont complexes, en raison des multiples contraintes auxquelles les différents acteurs sont soumis. Beaucoup pensent que la théorie du «laissez-faire» prônée par Adam Smith, économiste anglais du 18^e siècle, n'est pas applicable au marché des soins.

Marché libéral

Examinons d'abord les conditions que doit respecter un marché dit libéral [1]. Si ces conditions sont remplies, les lois du marché garantissent que le bien-être de la société sera optimisé sans aucune intervention extérieure. Voici les ingrédients:

1. Un nombre élevé, voire infini, de fournisseurs et d'acheteurs potentiels. Il ne faut pas que des barrières limitent l'accès du marché de certains fournisseurs, ni qu'un monopole puisse s'établir.
2. Des prix fluctuant librement en fonction de l'offre et de la demande, sans subside, ni entente entre fournisseurs ou entre acheteurs.
3. Chaque transaction ne concerne qu'un vendeur et un acheteur. L'acheteur doit supporter la totalité du coût, et doit être le bénéficiaire exclusif de son achat.
4. Une information complète et symétrique de l'acheteur et du vendeur. L'acheteur doit connaître le prix et la valeur de tout et décider de ce qu'il veut acquérir en fonction de ses besoins et préférences.

Alors qu'aucun marché n'est conforme à cet idéal, le marché des soins a ceci de particulier qu'il viole systématiquement toutes ces conditions.

Particularités du marché des soins

La complexité du marché des soins contraste avec la simplicité théorique d'un marché classique, où la libre concurrence permet l'établissement des prix de façon optimale [2, 3].

Incertitude

Le premier problème est que le patient souhaite habituellement acheter de la santé, mais ne trouve pas ce qu'il veut sur le marché. Il trouve des soins. Or, la relation entre soins et santé est incertaine. L'acheteur n'est donc pas parfaitement informé sur ce qu'il acquiert, et il n'est donc pas à même d'effectuer un choix éclairé. Notons qu'une incertitude importante existe pour d'autres types de services (p.ex. conseil financier), moins pour d'autres (p.ex. coupe de cheveux).

Asymétrie de l'information

Pour qu'une transaction respecte également les intérêts du vendeur et de l'acheteur, il faut que l'un et l'autre en sachent autant sur le bien ou le service considéré. Or, les patients en savent typiquement beaucoup moins sur les soins que les médecins, et sont donc en position de faiblesse. Le patient n'est pas à même de juger de l'adéquation des indications d'examen ou de traitement. C'est d'ailleurs en bonne partie pour cela qu'il consulte le médecin! Mais ceci empêche le patient de jouer son rôle de régulateur du marché, car il ne peut pas dire «ceci est trop cher pour le bénéfice que j'en retire, je n'en veux pas».

Le médecin se retrouve avec une double casquette: il décide des prestations, et il les fournit. Ceci fait courir le risque de demande induite [4, 5]. Pour se prémunir le mieux possible contre ce conflit d'intérêt, les médecins ont de tout temps émis des codes déontologiques, dont l'efficacité n'est probablement que partielle. Le problème d'asymétrie d'information est partagé par toutes les professions libérales (avocats, etc.) et quelques autres qui ne le sont pas (marché des voitures d'occasion).

Correspondance:

Dr Philippe Chastonay

Centre médical universitaire

Institut de médecine sociale et préventive

Rue Michel-Servet

CH-1211 Genève 4

Paiement indirect, parfois subventionné

Une grande partie des frais engendrés par les soins sont payés par une assurance (sociale ou privée) ou par des subventions, et non pas directement par le patient/consommateur. Dès lors, le patient n'a pratiquement aucune raison de considérer les coûts lorsqu'il consulte pour un problème de santé. Le problème de la modification du comportement induite par l'assurance est traité plus loin (cf. «Assurance et santé: comment ça marche?»).

Que la société accepte ce manque d'efficacité du système de santé suggère à quel point l'accès aux soins est considéré comme prioritaire. Les soins sont traités de fait comme un *droit* du citoyen, et non pas comme un bien ordinaire. D'autres services correspondant à des droits, comme l'éducation ou le système judiciaire, sont également financés par des mécanismes indirects (notamment l'impôt). Mais la notion de *droit* à certaines prestations n'existe pas dans un marché libéral.

Monopole des prestataires de services

Plusieurs catégories de prestataires de soins sont dans une situation de monopole ou quasi monopole: établissements hospitaliers publics, médecins installés dans des régions reculées du pays, fournisseurs de médicaments protégés par un brevet. Ceci empêche une pression sur les prix due à la concurrence.

Même les médecins indépendants sont en partie protégés de la concurrence, par des politiques limitant les droits de pratique (qui excluent notamment, pour quelques années encore, des médecins étrangers), et par un code de conduite professionnel qui interdit la publicité et le recrutement de patients chez les confrères. De nombreux exemples de monopoles ou quasi-monopoles existent dans d'autres secteurs de l'économie (Microsoft Windows, etc.).

On constate qu'aucune des particularités du marché de la santé n'est unique. Ce qui l'est, en revanche, c'est la combinaison de violations graves des principes du marché libéral [6]. Dans ces conditions, beaucoup d'économistes pensent qu'un marché libéral des soins, sans intervention externe, conduirait à des dysfonctionnements graves: inégalité d'accès aux soins, coûts prohibitifs des services de santé, mauvaise qualité des soins.

Pourquoi les coûts de la santé augmentent

Un problème est commun à beaucoup de systèmes de santé, qu'ils fonctionnent selon un modèle plutôt libéral ou plutôt interventionniste: l'augmentation des coûts des soins. Ce phénomène a motivé des réformes des systèmes de santé dans de nombreux pays au cours des dernières années, y compris en Suisse. Pour l'instant, on ne peut pas dire qui détient la recette miracle.

On explique l'augmentation des coûts par les éléments suivants:

- Progrès technologiques (technologies d'imagerie, transplantations d'organes, etc.) dont l'effet est double: ces technologies sont coûteuses en elles-mêmes, et elles permettent de maintenir en vie des personnes fort malades, qui auront besoin d'autres soins.
- Elargissement du spectre d'activités des soins à des domaines qui échappaient auparavant à la médecine (soins à domicile, soins palliatifs, etc.).
- Elargissement du catalogue des prestations dont l'accès est garanti pour toute la population (amélioration de la couverture d'assurance maladie).
- Niveau d'exigences croissant de la population en matière de soins (qualité, délais, confort, etc.).
- Vieillesse de la population.

Cette combinaison de circonstances, et une politique de «laissez-faire» de la part des autorités politiques, ont mené à une augmentation des dépenses en matière de santé dans la plupart des pays industrialisés.

Maîtrise des coûts de la santé

Pour faire face à ces mécanismes inflationnistes, qu'une politique libérale ne permet pas de juguler, différentes mesures peuvent être appliquées. On peut répartir ces mesures en deux groupes. D'une part les mesures macro-économiques, qui ont un effet global sur le marché des soins, d'autre part les mesures micro-économiques qui influencent directement les interactions entre prestataires (par exemple les médecins et les hôpitaux), et les patients.

L'efficacité des mesures visant à réduire les coûts, leur impact sur la qualité des soins, et leur acceptabilité politique sont variables et souvent mal connus [7]. De plus, chaque mesure comporte un risque d'effets secondaires indésirables, dont les plus importants sont une privation de soins utiles, une diminution de la qualité des soins, et une inégalité croissante en termes d'accès aux soins.

Mesures macro-économiques

Ces mesures sont généralement prises par les autorités d'un pays ou d'un canton, dans le cadre d'une politique de santé. Afin de réduire l'offre, l'Etat et les assurances peuvent décider d'établir un *catalogue limitatif* de prestations remboursées par l'assurance obligatoire. Cette mesure influencera également de manière négative la demande pour les prestations qui ne figurent pas au catalogue. De même, l'Etat ou les organisations professionnelles peuvent limiter le nombre de prestataires, que ce soient des médecins ou des installations diagnostiques. Le *numerus clausus* (limitation du nombre d'étudiants en médecine, ou de places de formation postgraduée) et la *clause du besoin* (installation de nouveaux prestataires soumise à autorisation, qu'il s'agisse de nouveaux cabinets, installations diagnostiques ou de cliniques) rentrent dans ce cadre.

Mais le mécanisme de loin le plus efficace, sinon le plus politiquement acceptable, est l'établissement d'un *budget global* contraignant. C'est ce mécanisme qui a permis au Royaume-Uni de maintenir des coûts de la santé relativement bas. En Suisse, un tel mécanisme est appliqué par les cantons lorsqu'ils établissent le montant de la subvention annuelle aux hôpitaux, qui ne peut être dépassé. L'efficacité de cet outil est évidemment limitée lorsque des transferts de coûts ou d'activité sont possibles entre le secteur privé et public. Les autorités cantonales disposent d'autres outils de planification, tels que la réduction du nombre de lits hospitaliers, ou autres éléments structurels.

Mesures micro-économiques

Les mesures micro-économiques tentent d'influencer directement le comportement des acteurs (fournisseurs de soins et patients), en imposant des contraintes ou des incitatifs.

Certaines mesures agissent sur la rétribution des fournisseurs de soins. Un *tarif* contraignant est indispensable dès que le paiement se fait par le biais d'une assurance, sans quoi les prix augmenteraient sans limite. Actuellement, un projet de tarif médical unique pour la Suisse (TARMED) est sur le point d'aboutir. Ce tarif attribue à chaque acte médical un certain nombre de points; la valeur du point, elle, sera cantonale. Par ailleurs, l'introduction d'un système de tarification unique pour la Suisse permettra enfin de comparer la consommation des soins entre différentes régions du pays. D'autres modes de paiement des médecins (forfait, salaire, etc.) sont actuellement peu utilisés en Suisse (cf. l'article à paraître «Incitatifs et contraintes dans l'activité médicale»).

Les modes de financement changent également du côté du paiement des hôpitaux publics. Le système actuel (forfait journalier) incite aux séjours hospitaliers longs, et sera probablement progressivement remplacé par un *paiement forfaitaire* par épisode d'hospitalisation. D'autres mesures visent à maîtriser l'activité des fournisseurs de soins par des mécanismes autres que financiers. On peut citer:

- accréditation des prestataires de soins;
- utilisation de recommandations pour la pratique clinique;
- revue de pratiques médicales, deuxième opinion;
- suivi de chaque patient par un généraliste responsable;
- délégation de certaines tâches de soins à des non-médecins;
- usage de médicaments génériques.

Finalement, d'autres mesures visent à modifier le comportement des patients, en les incitant à recourir moins souvent aux médecins. Ces mesures peuvent inclure:

- franchise et participation aux frais;
- accès restreint aux médecins spécialistes (notamment dans certaines HMO);
- nécessité de faire approuver les indications aux procédures chères (dans certaines HMO);
- éducation du patient.

En pratique, chaque système de santé applique certaines des mesures précitées, mais selon des combinaisons infiniment variables. L'efficacité globale de chaque combinaison de mesures de maîtrise des coûts est difficile à prédire; il existe peu de données empiriques solides dans ce domaine.

Conclusion

Le marché des soins constitue un casse-tête. Il viole tous les pré-requis du marché libéral (incertitude, asymétrie d'information, paiement indirect, etc), et on ne peut donc pas compter sur la politique du laissez-faire économique pour l'équilibrer. Malheureusement, on ne sait pas quelles mesures de régulation externes permettraient d'optimiser son fonctionnement. L'augmentation des coûts de la santé est un problème qui affecte de nombreux pays développés, et dont l'importance politique est croissante. Il existe des mesures susceptibles de juguler l'augmentation des coûts, mais toutes ont des effets secondaires, et leur efficacité est rarement démontrée.

Références

- 1 Baumol WJ, Blinder AS. Microeconomics: principle and policy. Fort Worth, Texas: The Dryden Press; 1997.
- 2 Jacobs P. The Economics of health and medical care. 3rd ed. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers, Inc.; 1991.
- 3 Hemenway D. Health care. In: Hemenway D. Prices & Choices. Lanham, MD: University Press of America, 1993.
- 4 Domenighetti G. Incertitude médicale: justification éthique de la demande induite. Journal d'Economie Médicale 1995; 7-8:353-62.
- 5 Hemenway D, Fallon D. Testing for physician-induced demand with hypothetical cases. Med Care 1985;23:344-9.
- 6 Hsiao WC. Abnormal economics in the health sector. Health Policy 1995;32:125-39.
- 7 Duruz H. La maîtrise des dépenses de la santé: un problème d'offre ou de demande? Bull Med Suisses 2000;81:2585-7.