

« Des Mécanismes de Financement Inflationnistes »

Les Réseaux de Soins, médecine de demain. Economica 1985 ; Chap.III : 55-76

En dépit des efforts menés pour les rationaliser, les mécanismes de financement des activités de santé, qui ne reposent sur aucune relation entre la consommation et l'effort contributif, conservent un caractère inflationniste certain et induisent des surcoûts à différents niveaux : pour la collectivité, pour l'assurance, pour les individus.

1. LES DOCTRINES TRADITIONNELLES : DES LACUNES ECONOMIQUES

Le risque morbide est imprévisible. Le montant des ressources dont il faudrait disposer pour pouvoir y faire face lorsqu'il survient dépasse largement les possibilités d'épargne individuelle. Il faut donc organiser l'accès aux soins au-delà de ce que permettrait le revenu courant de chacun. Cette organisation peut être faite soit en fonction des droits que l'individu a acquis au cours de son activité professionnelle, soit en fonction des droits qui lui sont reconnus par la collectivité. Mais quelle que soit la philosophie sous-jacente, on n'imagine jamais que les modalités de prise en charge puissent retentir sur le besoin et le déplacer comme s'il n'y avait aucune dialectique entre le système de financement et le système de soins.

1.1 La conception commutative

Dans une optique commutative de la sécurité sociale, le droit à la santé trouve son fondement et son étendue dans l'apport des travailleurs à la société. La reconnaissance du droit est subordonnée à certaines conditions de périodes d'activité et de versement de cotisations. L'ampleur des prestations est fonction des efforts demandés à chaque intéressé. La solidarité s'organise dans le cadre de régimes professionnels différenciés selon les besoins propres à chaque groupe concerné et suivant la cohésion dont celui-ci fait preuve. Elle utilise les techniques de l'assurance qui recoupent assez bien les principes dont son action s'inspire.

C'est la technique utilisée en Allemagne à la fin du dix-neuvième siècle lors de la création des premières caisses d'assurances sociales. A cette époque, le coût des soins demeurait relativement peu élevé et l'essentiel était de compenser la perte de salaire entraînée par un arrêt de travail pour maladie. Le système devient plus difficile à appliquer lorsque le coût des soins augmente et représente la part principale du risque.

En effet, la logique purement libérale d'un tel système exigerait que le montant des cotisations fût calculé de manière actuarielle - c'est-à-dire qu'il soit égal à la valeur monétaire de la perte du revenu et des frais couverts, multipliée par la probabilité du risque ex-ante - et donc qu'il soit proportionnel à la vulnérabilité personnelle de chaque assuré.

Dans cette logique, il n'y aurait ex-ante¹ aucune redistribution de revenus. Le revenu certain dont disposerait l'assuré après avoir payé sa cotisation correspondrait à l'espérance mathématique qu'il a, soit de continuer à jouir du même revenu en l'absence de maladie, soit de percevoir un revenu amoindri lorsqu'en l'absence d'assurance il doit faire face à la maladie sur ses ressources personnelles. La seule mission de l'assurance serait alors d'accroître la sécurité, en ce sens que l'utilité du revenu certain qu'elle garantirait serait supérieure à l'espérance d'utilité que chacun peut avoir en ne s'assurant pas et en prenant ainsi le risque de perdre. Ex post, bien entendu, on constaterait une redistribution horizontale des revenus, les bien-portants payant pour les malades.

¹ Ex ante, le montant des cotisations et l'étendue de la protection offerte sont fixés au prorata des risques éventuels. Ex post, les conséquences dommageables de la maladie sont réparées en fonction de l'ampleur des risques survenus par le jeu des règles d'attribution précédemment définies.

Mais, par hypothèse², les transferts opérés compenseraient exactement l'incidence du risque morbide. L'inégalité des prestations distribuées ne serait alors que le reflet de l'inégalité devant la maladie. L'effet redistributif global mesuré en termes de bien-être et de ressources financières serait nul³.

Un tel système est en réalité impraticable. Pour identifier les risques individuels, il faudrait mettre en place une structure d'information très complète, inquisitoire et insupportable pour les intéressés, et d'un coût de gestion prohibitif. Au surplus, une tarification au risque encouru serait trop lourde pour les titulaires de bas revenus présentant des « chances » importantes de maladie, et notamment pour les personnes âgées dont le recours aux services de santé est élevé.

Aussi, les régimes se contentent-ils, en fait, d'observer le montant des dépenses qu'ils supportent et d'en répartir la charge entre les assujettis sous la forme de cotisations uniformes proportionnelles - parfois dans la limite d'un plafond - aux seuls revenus. La personnalisation des risques (experience rating) est écartée au profit de la péréquation des risques (community rating), l'élément vulnérabilité personnelle disparaissant. Seule subsiste alors la volonté qu'ont les différents groupes sociaux de décider de l'importance de leur protection sociale et des sacrifices nécessaires pour en assurer le financement sans mettre en cause la hiérarchie des revenus professionnels.

A l'intérieur de chacun de ces groupes, certains assurés payent plus qu'ils ne devraient sur la seule base du risque qu'ils représentent ex ante ; d'autres payent moins que ce qui serait adéquat. Une redistribution est bien opérée ex ante au titre de la solidarité professionnelle, mais elle demeure modeste et elle n'est en aucune façon voulue, puisqu'on y procède surtout en fonction des facilités techniques qu'elle offre pour le calcul des cotisations individuelles.

1.2 La conception distributive

La perspective est tout autre lorsque la sécurité sociale est organisée dans une optique redistributive. L'institution s'efforce de garantir à tous un minimum vital afin de faciliter l'intégration de chacun dans la collectivité nationale. Dès lors que les groupes sociaux entre lesquels existent des différences économiques ou démographiques sensibles doivent verser à leurs adhérents les mêmes prestations tutélaires, ceux pour lesquels les capacités contributives sont insuffisantes doivent demander une aide aux autres groupes.

Or, un déficit constaté ex post n'est pas nécessairement assurable ex ante. Pour qu'il puisse l'être, il faut qu'il conserve un caractère aléatoire. Un risque certain ne peut être réduit, il ne peut être que compensé par une politique de transferts appropriée. Dans le système français actuel, les mécanismes de la compensation entre régimes de salariés et de non-salariés obéissent à une logique redistributive qui n'a rien à voir avec celle de l'assurance.

² K.J. Arrow, «Uncertainty and the Welfare Economic of Medical Care», *The American Economic Review*, 53 n° 5 (décembre 1963), pp. 941-973. - M.V. Pauly, «The Economics of Moral Hazard» : *Comments The American Economic Review*, (juin 1968), pp. 531-437. - J. Brunet Jailly, «Un financement efficace des dépenses de santé», *Economie et Humanisme*, n° 216, 1974, pp. 46-61.

Dans le modèle d'Arrow, les utilités des individus sont indépendantes des états de la nature. Implicitement, il admet donc que la prise en charge par l'assurance des conséquences monétaires de la maladie permet d'éviter le déplacement des fonctions d'utilité en compensant exactement ses répercussions corporelles, ce qui suppose des soins toujours efficaces dont le volume est fixé de façon univoque par l'état du malade et les données actuelles de la science, indépendamment de toute considération de prix. Une telle thèse est rigoureusement à l'opposé de celle de Pauly.

³ R. Padiou, « Réflexions sur l'effet redistributif des transferts sociaux », *Economie et Statistique*, n° 143, avril 1982, pp. 45-57.

Pour apprécier une telle politique, il faut savoir si les résultats qu'elle permet d'obtenir sont conformes aux objectifs que poursuit l'Etat en matière de redistribution. Or, logiquement, il n'y a aucune raison que cela soit le cas. Les prélèvements opérés sur les rémunérations varient en fonction du revenu (sous réserve de « ruptures de parallélisme » tout à fait injustifiées)⁴ tandis que la masse des prestations distribuées varie en fonction de l'utilisation du système de soins. De telle sorte que la solidarité nationale conduit à utiliser une partie des contributions demandées aux plus riches pour le financement des dépenses des plus forts consommateurs. C'est donc l'usage plus ou moins intensif du système sanitaire qui détermine l'ampleur des transferts effectués. Si les gros consommateurs sont aussi les plus riches, alors la redistribution joue largement à rebours d'une plus grande égalité.

Cette conception, qui conduit, en fait, à l'institution d'un régime unique comme condition d'égalité, peut avoir des effets extrêmement pernicieux. Elle ne permet pas de dissocier a priori les transferts entre bien-portants et malades sans considération des revenus et les transferts sociaux à revenus différents sans considération de santé⁵. L'utilisation d'un seul instrument pour atteindre deux objectifs aboutit à la confusion des rôles et des responsabilités. Comme le souligne P. Rosanvallon :

« n'est-ce pas, en définitive, parce qu'on ne veut pas aborder de front la redistribution à travers la fiscalité qu'on la réintroduit de façon perverse et vague dans le dispositif social »⁶.

L'opposition entre ces deux conceptions fondamentales de la sécurité sociale va bien au-delà des clivages politiques traditionnels. Elle est au cœur des relations ambiguës qu'entretient chaque citoyen avec l'institution.

Lorsque les travailleurs en tant que tels veulent fixer eux-mêmes l'importance de la protection sociale dont ils bénéficient, ils se réfèrent implicitement à l'importance de leur rémunération et donc de leur apport à la société. L'assurance maladie est vécue comme l'assurance automobile, alors que tout l'en distingue. Lorsque les individus invoquent le droit à la sécurité en tant que membres de la collectivité, ils supposent qu'il existe pour chaque être humain un faisceau de besoins incompressibles dont la société doit assurer la satisfaction. L'assurance maladie est revendiquée comme un droit au minimum vital, alors qu'en matière de santé il n'existe pas de seuil au-delà duquel il soit possible d'affirmer que le besoin est satisfait. Les premiers croient que les dépenses se caleront sur le montant des contributions individuelles collectées par les sociétés d'assurances. Les seconds pensent qu'il suffit à l'Etat d'autoriser un relèvement des cotisations pour atteindre les objectifs de dépenses qu'il s'est fixés.

A aucun moment, les tenants de l'une ou de l'autre thèse n'ont imaginé que les facteurs de recours aux soins, le choix des techniques et le coût de leur mise en œuvre pouvaient être influencés par leurs modalités de financement.

1.3 Le risque moral ou l'excitation artificielle de la consommation

Pour que le système de protection sociale puisse fonctionner conformément aux missions qui lui sont assignées, il faut que la probabilité du risque et le coût de son indemnisation ne puissent être influencés par le comportement des individus. Si ces deux conditions font défaut, le risque perd son

⁴ Documents du CERC, « Comparaisons des régimes de Sécurité Sociale. Cotisations et Prestations I », n° 63, 3^{ème} trimestre 1982, pp. 17-22 - Livre Blanc sur la Protection Sociale, Préparation du 9^{ème} Plan, Commission de Travail n° 4, « Emploi-revenus- solidarité », doc. N° 2-18.

⁵ J.J. Rosa, « Faut-il réduire les dépenses médicales ? », *Droit Social* n° 1, janvier 1981, pp. 76-82. Voir dans le même sens S. Nora, E. Maire, « Sécurité Sociale : de l'Impasse à la Réforme », *Le Débat*, n° 36, septembre 1984, pp. 124-160.

⁶ P. Rosanvallon, « Conquérir de nouvelles zones de progrès social », *Sécurité Sociale : l'Enjeu*, Edition Syros, p. 120.

caractère purement aléatoire. Il cesse d'être objectif et prévisible pour devenir subjectif et impondérable. On dit alors qu'il s'agit d'un « risque moral »⁷.

En matière d'assurance maladie, le terme de risque moral est utilisé plus spécifiquement pour désigner le risque que crée l'assurance en cessant d'intéresser les individus à leur propre protection contre les pertes économiques.

Cette définition recouvre en réalité deux phénomènes.

- 1) L'assurance décourage les activités d'autoprotection en couvrant les conséquences de certains risques sans élever les cotisations de ceux qui s'y sont volontairement exposés. Elle augmente donc ex ante la probabilité d'apparition du sinistre en suscitant des comportements du type : je peux fumer, boire, car si je tombe malade je serai toujours soigné.
- 2) Ex post, l'assurance augmente le coût du sinistre pour l'assureur en réduisant son prix apparent pour l'assuré. Les personnes couvertes tendent à « se payer sur la bête » en adoptant des comportements du type : j'ai payé, j'ai le droit d'en tirer des avantages.

A première vue, on pourrait penser qu'il existe nécessairement un mécanisme auto-régulateur dans le système. Les dépenses ne peuvent augmenter indéfiniment. Un jour ou l'autre, il faut bien solder les comptes en élevant les taux de cotisation. Mais, en réalité, l'effet de rétroaction de ces mesures est dérisoire. Lorsque le nombre d'assurés est grand, chaque assujetti ne paie sous forme de majoration de cotisation qu'une fraction infime des charges qu'il a contribué à créer.

Tout se passe comme si, après avoir décidé d'aller dîner au restaurant avec dix neuf amis, vous conveniez d'en répartir les frais au prorata du nombre de convives. Le menu basses calories à 100 F paraît tout à fait satisfaisant, mais si votre voisin choisit un menu gastronomique qui coûte le double, vous avez vite fait de calculer qu'en suivant son exemple vous mangerez mieux pour pas beaucoup plus cher, puisque vous ne débourserez que 5 F de plus.

A partir du moment où la dépense est gratuite et la recette indolore⁸, le consommateur ne peut être qu'étranger à la progression des coûts.

En définitive, le risque moral, la solvabilisation de la demande et la déresponsabilisation de l'assuré sont une seule et même chose. A cette nuance près que l'économiste s'interdit, au contraire du journaliste, de porter un jugement de valeur sur les phénomènes en cause. Ce qui apparaît aux yeux du second comme comportement frauduleux n'est pour le premier qu'une réaction économiquement rationnelle à une baisse de coût.

2. LES FAUX RESPONSABLES : L' ASSURE ET LE CORPS MÉDICAL

Ce ne sont ni le consommateur, ni le médecin, ni l'assurance maladie qui créent le risque moral, mais l'exécutif lui-même lorsqu'il fixe les conditions de remboursement des dépenses sanitaires. Avec l'extension de la protection sociale et l'accroissement de la couverture légale, l'Etat confère pratiquement à chaque citoyen un droit illimité d'accès aux soins. On voit mal au nom de quelle légitimité il pourrait interdire aux consommateurs et aux producteurs de soins d'exercer des droits qui leur sont reconnus par la loi. Syllogisme redoutable auquel on ne peut apparemment échapper qu'en demandant une diminution de la protection sociale ou en se défaussant sur les médecins d'une responsabilité que l'Etat ne veut pas assumer.

⁷ M.V. Pauly, «The Welfare Economics of Community Rating» , *Journal of Risk and Insurance*, vol. 31, septembre 1970, pp. 407-418.

⁸ La réintégration des cotisations patronales dans les fiches de paie accroîtrait certes la visibilité du prélèvement mais ne supprimerait pas les externalités qui viennent d'être décrites.

2.1 L'impossible régulation de la demande par le prix

La première solution consiste à faire payer le malade. Elle correspond au vieux projet du C.N.P.F. du milieu des années 60, repris par la suite par divers hommes politiques de tendance libérale, avec pour objectif de freiner la croissance des dépenses des caisses et de réduire ainsi les cotisations à la charge des entreprises. Pour endiguer les gaspillages, il suffirait de « responsabiliser » les citoyens en augmentant le coût des soins pour l'assuré⁹.

Le raisonnement est simple, voire simpliste. Il suppose qu'une grande partie des dépenses de l'assurance maladie est le fait d'une consommation débridée et inutile sur le plan sanitaire. C'est faire fi des enquêtes de consommation : plus de la moitié des frais de santé sont exposés par 3 % de la population, les deux-tiers par 10 %¹⁰.

Mais plus fondamentalement, pour que les effets attendus de ce type de mesure puissent se manifester, encore faudrait-il que soient réunies certaines conditions : tout porte à croire que leur réalisation est improbable.

2.1.1 La déviation des assurances complémentaires

Au désengagement de la sécurité sociale ne devrait pas correspondre un recours accru des usagers à des organismes de protection sociale privés qui leur maintiendraient les anciens avantages.

Or, l'histoire de notre société témoigne de l'exigence croissante de sécurité. Il est donc probable que toute diminution de la protection garantie par la sécurité sociale se traduirait par un recours accru à des organismes privés de protection.

L'exemple des Etats-Unis est là pour le prouver. Dans ce pays où les tickets modérateurs sont élevés, 57 % des personnes couvertes par le programme medicare ont souscrit des polices d'assurances privées (les médigaps) ; 27 % d'entre elles sont par ailleurs prises en charge par le Medicaid ; en définitive, 16 % de la population protégée par medicare participent directement au financement des soins qui leur sont dispensés.

Sans doute peut-on être tenté de bloquer ce transfert de charges en interdisant aux assurances complémentaires de financer l'intégralité des tickets modérateurs. C'est bien ce qu'avait imaginé le gouvernement Barre en réactivant le ticket modérateur d'ordre public. Mais on voit mal au nom de quelle logique l'Etat providence pourrait se permettre d'empêcher les citoyens de se protéger contre le risque, alors que sa mission est de les garantir contre l'adversité. Au surplus, la liberté du commerce et de l'industrie inscrite dans la Constitution rendrait inconstitutionnelle toute loi interdisant à une entreprise de se livrer à ce genre d'assurance.

2.1.2 La faible élasticité-prix des consommations médicales

Dans le cas où ce transfert de charges vers le secteur privé ne se produirait pas, il est indispensable que les usagers réagissent à l'augmentation de leur participation pour obtenir une baisse de leur consommation. Or l'élasticité-prix de la demande est extrêmement faible¹¹.

⁹ N. Florea1, « Faut-il réduire la couverture sociale obligatoire », *Droit Social*, n° 12 (décembre 1979), p. 516.

¹⁰ A. et A. Mizrahi, « Quelques données récentes sur la concentration des dépenses médicales », *CREDOC* n° 4674, mars 1979.

¹¹ S. Sandier, « L'influence des facteurs économiques sur la consommation médicale », *Consommation* no 2, 1966, pp. 71-93.

En 1959, le gouvernement a diminué le tarif de responsabilité de l'acte de radiologie (Z) de 2,38 à 1,60 francs. Les radiologistes n'ont pas réduit leurs honoraires. Le ticket modérateur de fait a donc été relevé pour les usagers de 300 % (compte tenu de la proportion de malades remboursés à 80 et 100 %). Au cours des trois premiers trimestres de cette même année, le taux de croissance de la consommation de Z a diminué de 14 %, au quatrième trimestre il augmenta de 2 %. Au total, sur l'année, un triplement du prix a entraîné une baisse de 5 à 10 % du taux de croissance de la consommation, ce qui implique une élasticité de la demande de 0,02.

De même, les mesures de relèvement du ticket modérateur prises au fil des ans pour certains services ou biens médicaux (massages, médicaments de confort) n'en ont que très légèrement et temporairement infléchi la demande.

2.1.3 *Les effets de substitution*

Lorsque le ticket modérateur parvient à peser sur les consommations, il est nécessaire qu'aucun effet compensateur créé par l'interdépendance du système de soins ne remette en cause les résultats obtenus.

Or, les médecins ne peuvent rester insensibles à la baisse de leur activité puisque celle-ci commande l'évolution de leur revenu. Pour en neutraliser les effets, ils accéléreront, selon toute vraisemblance, le rythme de surveillance des malades.

Par ailleurs, une baisse différenciée des prises en charge risque d'entraîner des substitutions entre les formes de soins. Si l'on imagine, par exemple, d'augmenter le ticket modérateur sur les petits risques tout en maintenant une couverture à 100 % des frais d'hospitalisation, il en résultera inmanquablement une consommation accrue des soins les plus onéreux. Les dépenses hospitalières augmenteront pour deux raisons. La baisse de la couverture des soins ambulatoires décourage les actions de prévention et de dépistage ; le malade, faute d'avoir été pris à temps, requiert des soins lourds qui ne peuvent être dispensés qu'en milieu hospitalier. Même en l'absence de tout retard dans la mise en œuvre du traitement, l'assuré choisi naturellement les structures de soins qui bénéficient des prises en charge les plus favorables. Bien entendu, comme le souligne A. Mizrahi¹², ce phénomène de substitution sera d'autant plus accusé que le malade appartiendra aux couches les plus défavorisées de la population.

Si les trois conditions précédentes sont satisfaites, alors l'augmentation du ticket modérateur réduit la demande des usagers. Mais avant de s'en féliciter, il est nécessaire de s'assurer :

- a) que cette baisse est bien imputable à l'élimination des soins superflus ; rien ne garantit que soient écartés en premier les traitements dont la légitimité est la plus mal établie ;
- b) que cette diminution de la consommation médicale ne remet pas en cause l'effort de solidarité nationale; or, l'exemple canadien nous montre qu'un relèvement du ticket modérateur peut avoir des effets intolérables : dans la province de Saskatchewan, le nombre de consultations a diminué à la suite de l'institution d'un ticket modérateur de 1,50 \$, de 6 à 7 % globalement, mais de 18 % pour les consommateurs les plus pauvres¹³.

¹² A. Mizrahi, *Microéconomie de la consommation médicale*, CREDOC, n° 4637, 1978.

¹³ *Etudes sur l'affectation des ressources : dépenses publiques et santé*, O.C.D.E., Paris, 1977.

2.2 La défense des intérêts du malade

En réalité, toute l'argumentation du CNPF et de certains hommes politiques repose sur une fiction juridique. Il est vrai que légalement les prestations ne sont dues que du fait de l'assuré ; mais, en fait, celui-ci n'est qu'une médiation formelle entre le producteur de soins et l'assurance maladie.

Le client d'un médecin ne peut être assimilé à un acheteur ordinaire. Lorsque le consommateur achète un bien déterminé, tout se passe comme s'il ne procédait à son choix qu'après en avoir calculé les avantages et les inconvénients. Les avantages sont les satisfactions qu'il en retire, les inconvénients le prix qu'il doit payer. Le consommateur maximise son bien-être en poussant la consommation des différents biens jusqu'au point où il estime que leur achat en vaut le prix. Comme le décideur est à la fois le consommateur et le payeur, le processus d'allocation fonctionne bien.

En matière médicale, ce cumul des rôles est impossible. L'acheteur n'est ni le payeur, c'est l'assurance maladie qui joue ce rôle, ni le décideur, la thérapeutique est fixée par prescription, c'est-à-dire sur ordre. Le médecin est donc investi d'une double délégation de pouvoir : l'une lui est confiée par le malade ; l'autre lui est dévolue par la Sécurité Sociale.

2.2.1 Le médecin délégué du malade ?

L'initiative de la rencontre avec un médecin relève bien du libre choix de l'individu ; elle est déterminée par les facteurs économiques traditionnels (prix, revenu) et son état de santé. Mais une fois introduit dans le cabinet médical, le client devient un patient qui remet son sort entre les mains du praticien. La souveraineté du consommateur s'efface devant le pouvoir de l'expert. Le duo médecin-malade est alors assimilé à une entité de décision unique qui combine les connaissances techniques du professionnel et les préférences du consommateur patient pour les associer au mieux des intérêts du malade.

Certains auteurs croient que l'introduction de ce personnage massif qu'est le médecin ne modifie pas les préférences du consommateur. Le choix des techniques mises en œuvre pourrait selon eux être laissé au patient après qu'il eut été informé des risques y afférant. Mais l'obtention d'un tel consentement éclairé n'est qu'une partie de la solution. Le malade ne se contente pas d'une telle position d'expert, il accule le médecin en renonçant à défendre lui-même ses propres intérêts de malade et en lui déléguant cette responsabilité (Que feriez-vous à ma place ?).

Il ne suffit plus au médecin de proposer des solutions compliquées en laissant choisir le malade. La conjugaison des intérêts et des informations techniques se fait plutôt dans le sens inverse ; ce sont les préférences du client qui influent sur la décision du médecin. Celui-ci, muni des renseignements voulus, devient le représentant des intérêts du malade. Au nom de ceux-ci, il choisit le traitement le plus pertinent par rapport à l'échelle de valeurs qu'il ressent chez son patient, sans accorder une grande attention à l'aspect coût.

C'est à ce moment que le médecin cesse d'être un expert fournissant un simple service de renseignement sur la nature du problème posé et les différentes solutions qui permettent de le maîtriser, pour devenir un véritable décideur. C'est la *théorie de la défense des intérêts du malade*¹⁴.

¹⁴ S. Peltzman, «An Evaluation of Consumer Protection Legislation : the 1962 Drug Amendments», *Journal of Political Economy*, vol. 81, no 5 (septembre- octobre 1973), pp. 1049-1091.

Au cœur de la relation thérapeutique se situe donc l'exigence d'identifier et de servir au mieux ces intérêts. Quelle que soit l'expression utilisée pour en faire état, que l'on évoque avec les anglo-saxons le rôle d'« agent » que le médecin doit jouer vis-à-vis de son malade ou que l'on se réfère au « pouvoir médical » si souvent dénoncé par les auteurs français, la mission dont le médecin est investi comporte toujours, quoiqu'en puissent penser ses détracteurs, l'engagement moral de mettre l'intérêt de ses frères plus haut que ses intérêts propres.

2.2.2 *Le médecin mandataire de la Sécurité Sociale ?*

Avec l'intervention du tiers garant, un deuxième rapport de mandataire, distinct de celui que lui confie le malade, lie le médecin à la sécurité sociale.

L'article 257 du code de la sécurité sociale confie expressément au médecin la défense des intérêts de celle-ci puisqu'il lui fait obligation d'« observer la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement ». Aucun homme politique ne manque de lui rappeler, comme l'a fait récemment Michel Rocard, que le problème n'est pas de dépenser moins pour soigner moins, mais de dépenser moins en soignant autant.

Le médecin ne peut donc rester indifférent aux répercussions économiques de l'ensemble de ses décisions. Il doit également prendre en charge les intérêts de la collectivité. *C'est la théorie du bon usage des soins*¹⁵.

Tout le problème est de savoir s'il peut s'acquitter totalement ou non de sa double mission. C'est une banalité de dire que les intérêts de l'individu et de la collectivité ne coïncident pas et on imagine mal que le praticien puisse sacrifier les premiers aux seconds. Une fois qu'il a pris en charge le malade, il ne peut dénoncer le contrat moral qui le lie à lui sous le prétexte que la valeur du service rendu est inférieure au coût social des soins. Son rôle n'est pas de maximiser l'utilité espérée de l'assuré ex ante, mais de maximiser le bien-être du patient ex-post.

Des politiques ou des fonctionnaires auront peut-être, dans l'avenir, le pouvoir de réduire les dépenses thérapeutiques. mais ils n'obtiendront jamais qu'un médecin le fasse à leur place. Par contre, celui-ci ne manquera jamais de s'interroger sur les frais qu'il impose à titre personnel à son client. Chargé de défendre les intérêts matériels et moraux de l'individu malade, il s'efforcera toujours d'égaliser les effets attendus d'un traitement avec le coût individuel des soins.

L'écart qui existe entre le coût social et le coût individuel des soins concourt inévitablement à l'accroissement des dépenses de santé. Mais on ne peut reprocher au corps médical d'exploiter une situation qu'il n'a pas créée, alors que par vocation il doit aider le malade à en tirer parti. La prise en charge des intérêts du malade est facilitée par la prise en charge collective des dépenses de santé, mais elle n'en est pas la cause. En assimilant réduction déontologique du risque assuré et hasard moral, on ne peut que contribuer à la confusion des responsabilités.

2.2.3 *Le médecin, asservi au malade ?*

Il existe un seuil au delà duquel le médecin trahit simultanément sa double vocation. Il cesse d'être un serviteur désintéressé lorsqu'il laisse s'introduire dans son comportement professionnel des

¹⁵ M.S. Feldstein, «Econometric Studies of Realth Economics», in *Frontiers of Quantitative Economics*, Ed. M. Intriligator, D. Kendriks, vol. II, North Rolland, 1974.

interférences parasitaires caractérielles¹⁶, financières¹⁷, ou stratégiques¹⁸ qui en altèrent la justesse ou l'efficacité.

La crainte de perdre sa clientèle ou la volonté d'accroître sa notoriété peuvent l'amener à légitimer les demandes de soins qui émanent des malades sans que leur bien-fondé soit clairement établi. Pour répondre aux sollicitations dont il est l'objet, il prescrit des traitements dont le coût pour l'individu est manifestement excessif par rapport au service rendu, ou il privilégie les réponses à caractère hautement technique sans se soucier d'en comparer les résultats avec ceux qu'il aurait pu obtenir en utilisant des procédés moins sophistiqués. De telles concessions reflètent une dépendance morale ou socio-économique des médecins vis-à-vis de leurs clients ; elles subordonnent en définitive la pratique médicale aux désirs du malade. C'est *la théorie du contrôle profane*¹⁹.

Une telle modélisation du comportement médical est moins accablante pour la profession que ne l'est celle de la demande induite. Le médecin pêche par omission mais non par action. Il fournit les services qui lui sont demandés mais il ne manipule pas la demande. Ses prescriptions sont inutiles mais il ne fait preuve d'aucun prosélytisme. La fonction de demande reste stable. Tel n'est plus le cas avec la théorie de la demande induite.

2.2.4 *Le médecin créateur de malades*

Selon certains auteurs, les praticiens libéraux ne penseraient qu'à l'argent. Confrontés à la concurrence et assaillis par les malades qui leur demandent toujours plus de soins, ils ne penseraient qu'à manipuler la demande pour maximiser leurs revenus. Quant aux médecins hospitaliers, ils n'auraient d'autres objectifs que de s'équiper en techniques de pointe pour accroître leur prestige et leur notoriété. De manière plus précise, mais sans beaucoup plus de nuances, Béatrice Majnoni d'Intignano n'hésite pas à écrire « Toutes les études européennes et américaines convergent pour démontrer le rôle déterminant de l'offre dans la décision médicale à l'intérieur du secteur secondaire. Dans ce secteur, c'est l'offre qui crée la demande »²⁰.

On ne peut certes nier, ce qui paraît une vérité d'évidence, que l'installation d'un médecin dans une zone rurale, qui en était jusqu'alors privée, diminue par elle-même le coût d'accès aux soins de la population (moins de chemin à parcourir, moins de temps à passer). Pour les mêmes raisons, l'accès aux soins est facilité si s'installe dans une région une clinique privée ou un service hospitalier public qui facilite le traitement en hospitalisation de malades que l'on s'efforçait tant bien que mal, jusqu'alors, de soigner à domicile. Dans ces circonstances, une demande potentielle non satisfaite est à l'origine d'une offre supplémentaire.

Par ailleurs, l'accroissement de la densité médicale dans une zone géographique incite les praticiens, pour constituer ou agrandir leur clientèle, à rechercher une bonne « image de marque » et, pour cela, à s'entourer de toutes les garanties que leur offre la technique, et cela d'autant plus facilement qu'il en coûte peu, ou même rien, à leur clientèle.

¹⁶ L. Israel, *La Décision médicale, Essai sur l'Art de la Médecine*, Calmann-Lévy, 1982. Dans sa petite étude phénoménologique de la décision médicale, l'auteur dresse le portrait du décideur qui s'abuse sur son propre savoir, du décideur prudent qui ne rêve qu'à sa tranquillité, du décideur imprudent qui cherche avant tout à éblouir, du décideur dépressif qui n'y croit plus, etc...

¹⁷ Cl. Reinhart, «Alternative Methods of Reimbursing Non Institutional Providers of Health Services» in Institute of Médecine. *Controls of Health Care*, National Academy of Sciences, Washington, 1975.

¹⁸ J. Ferry-Pierret et S. Karsenty, *Pratiques médicales et systèmes hospitaliers*. CEREBE, Document ronéotypé, janvier 1974.

¹⁹ A. Letourmy, « Aspects techniques et sociaux de la pratique quotidienne des généralistes français », Conférence internationale sur les Sciences des systèmes de Santé, Montréal, 1984, Document ronéotypé, C.E.R.E.B.E.

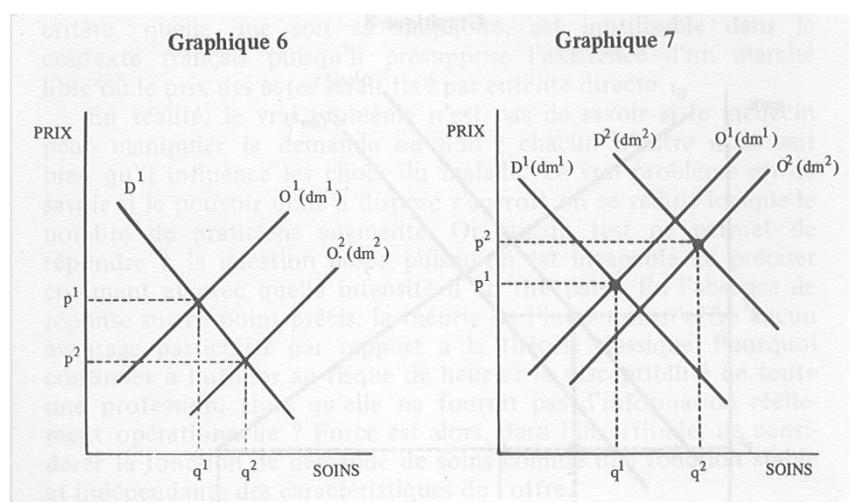
²⁰ B. Majnoni d'Intignano et J.C. Stephan, *Hippocrate et les Technocrates*. Calmann-Lévy, Paris, 1983, p. 52.

Mais ces incidences sur les dépenses de santé prises en charge par la protection collective ne sont patentées que si l'on passe d'une situation de pénurie de l'offre à une situation d'équilibre - ce qui est souhaitable - ou d'une situation d'équilibre à une situation de pléthore - ce qui ne le serait pas - Encore faut-il pouvoir en ce domaine déterminer avec certitude ce qui est pénurie, équilibre et pléthore.

Quoiqu'il en soit, aucun test statistique, ni en France, ni ailleurs, ne permet d'étayer avec certitude la thèse de la création induite de la demande par l'offre. Trois méthodes ont été utilisées pour essayer de vérifier le bien-fondé : aucune ne donne pleinement satisfaction.

- a) La première, la plus simple, met en rapport la consommation par tête et la densité médicale²¹. Comme toute relation statistique, celle-ci peut faire l'objet de plusieurs interprétations. Elle peut n'être qu'une illustration particulière de la loi de demande: un accroissement du nombre de médecins disponibles diminue le coût d'accès aux soins pour les patients et, par conséquent, augmente les quantités consommées. Sur un marché classique (graphique 6), le déplacement de la courbe d'offre vers la droite ferait baisser le prix lorsque la courbe de demande reste stable.

Mais on peut aussi estimer que l'accroissement du nombre de médecins entraîne un déplacement de la courbe de demande et pas seulement un déplacement du point d'équilibre le long de celle-ci (graphique 7). A côté de la demande traditionnelle, indépendante des caractéristiques de l'offre, il existerait alors une demande induite²², dont la présence pourrait s'expliquer par la nature particulière de la relation thérapeutique (asymétrie d'information entre le patient et l'expert, pouvoir discrétionnaire du médecin). Le nouveau point d'équilibre se réaliserait alors, logiquement, à un prix plus élevé.



²¹ H. Faure, S. Sandier, F. Tonnellier, « Analyse régionale des relations entre l'offre et la consommation de soins médicaux » (Secteur privé), *CREDOC* 1976, n° 4609.

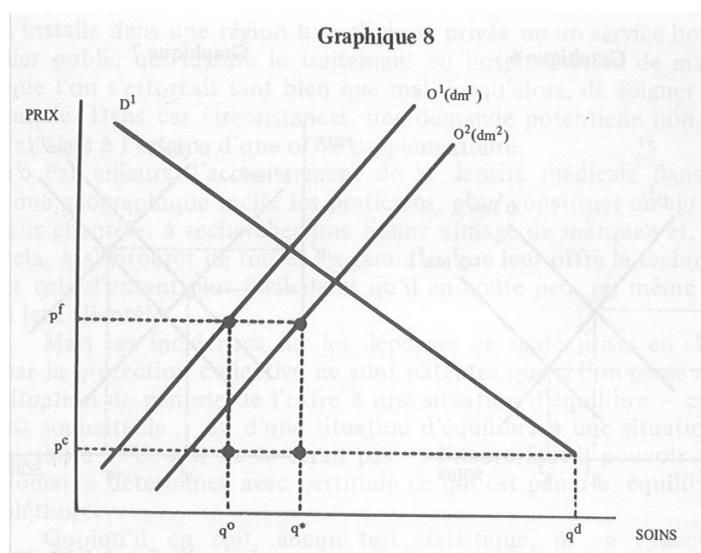
²² R. Evans, «Price Formation in the Market for Physicians Services in Canada, 1957-1969», in *Price and Income Commission*, Canada 1972. - «Supplier Induced Demand : Some Empirical Evidence and Implications» in *Health and Medical Care*, éd. M. Perlman, McMillan, New York, 1984. - J. Newhouse, *The Economics of Medical Care*, Addison-Wesley Publishing Company, New York, 1978. - S. Darbon, A. Letourmy, «La micro-économie des soins médicaux doit-elle nécessairement être d'inspiration néo-classique ? », *Sciences Sociales et Santé*, n° 2, mars 1983, pp. 31-77.

Dans la mesure où une augmentation de la densité médicale donne naissance à un accroissement de la consommation par tête, aussi bien dans le modèle classique que dans le modèle avec demande induite, on ne saurait privilégier l'une des deux explications en présence sans un certain esprit partisan. L'intervention de la sécurité sociale, qui délivre le consommateur de tout ou partie de la charge financière personnelle, la cartellisation du marché par le jeu des conventions tarifaires, empêchent que le prix corresponde au prix d'équilibre et se trouve modifié, en baisse ou en hausse, par l'évolution de la densité médicale et de la consommation par tête.

- b) On a essayé, par une autre méthode, de voir si l'offre de soins avait une influence sur la consommation médicale par personne en s'appuyant sur les caractéristiques de la demande de soins²³.

Normalement, l'élasticité de la consommation par rapport à la densité médicale est inférieure à 1, c'est-à-dire qu'à un accroissement donné du nombre de médecins disponibles devrait correspondre un accroissement moindre de la consommation médicale.

Si les pourcentages de variation de ces grandeurs sont identiques, malgré la pente négative de la fonction de demande, c'est qu'un phénomène d'induction s'est produit. Malheureusement, ce test n'est empiriquement pas plus satisfaisant que le précédent. Du fait de l'intervention de la sécurité sociale, il existe un déséquilibre permanent entre l'offre et la demande de soins (graphique 8).



Le tarif de responsabilité est indépendant du prix d'équilibre du marché. La somme que l'individu paie est inférieure à celle que le producteur reçoit et la sécurité sociale comble la différence. La quantité demandée par le malade sur la base de la quote-part qui reste à sa charge serait alors nécessairement supérieure à la quantité offerte. Il y aurait rationnement sur le « côté court » du marché. Si l'offre augmente, la consommation augmente dans les mêmes proportions; mais cette apparition brusque de malades n'est pas comme le souligne avec force J.C. Sournia, le résultat des talents commerciaux du médecin, elle révélerait un besoin qui était inapparent parce qu'impossible à satisfaire²⁴.

²³ H. Faure, A. Thauront, F. Tonnelier, *La Médecine libérale, densité, activité, consommation de soins dans les régions et les départements*, CREDOC, 1982, n° 4817.

²⁴ J.C. Sournia, *Ces malades que l'on fabrique - La médecine gaspillée*, p. 85.

- c) Selon la dernière méthode proposée, l'augmentation de la valeur des honoraires et du volume de la consommation médicale à qualité égale des soins prouverait la motricité de l'offre et permettrait d'identifier un effet inducteur. Mais encore une fois, ce critère, quelle que soit sa simplicité, est inutilisable dans le contexte français puisqu'il présuppose l'existence d'un marché libre où le prix des actes serait fixé par entente directe.

En réalité, le vrai problème n'est pas de savoir si le médecin peut manipuler la demande ou non; chacun d'entre nous sait bien qu'il influence les choix du malade. Le vrai problème est de savoir si le pouvoir dont il dispose s'accroît ou se réduit lorsque le nombre de praticiens augmente. Or, aucun test ne permet de répondre à la question posée puisqu'on est incapable de préciser comment et avec quelle intensité il en tire parti. En l'absence de réponse sur ce point précis, la théorie de l'induction n'offre aucun avantage particulier par rapport à la théorie classique. Pourquoi continuer à l'utiliser au risque de heurter la susceptibilité de toute une profession, alors qu'elle ne fournit pas d'information réellement opérationnelle ? Force est alors, dans l'incertitude, de considérer la fonction de demande de soins comme une fonction stable et indépendante des caractéristiques de l'offre.

Par contre, il est indéniable que les mécanismes de remboursement qui régissent les rapports de l'assurance-maladie avec les producteurs de soins favorisent le gaspillage des ressources et contribuent à l'augmentation des coûts. En l'absence de sanction par l'échec, le prix de revient des épisodes de consommation médicale devient de plus en plus élevé.

3. LES VRAIS COUPABLES : LA TARIFICATION UNITAIRE ET LE REMBOURSEMENT A POSTERIORI

Les principes de tarification en vigueur - paiement à l'acte et au prix de journée²⁵ - constituent une incitation évidente à la multiplication des actes et des journées. Dans un système où la quantité des soins dispensés détermine le revenu du médecin et fixe les recettes des établissements, l'encadrement des dépenses est voué à l'échec aussi longtemps qu'il se limite à un blocage de tarif qui laisse les quantités indéterminées. Ceci est d'autant plus grave que la Sécurité Sociale supporte de plus en plus l'intégralité du coût de fonctionnement du système.

Les tarifs de responsabilité tendent à se rapprocher des honoraires demandés par les médecins et le remboursement des frais d'hospitalisation couvre finalement la totalité des charges d'exploitation, puisque les déficits antérieurs sont systématiquement réincorporés dans le prix de journée. Le coût de fonctionnement n'est donc pas discuté à priori entre l'assurance maladie et les producteurs de soins, mais constaté après coup en fonction de l'activité de ceux-ci. Dès lors, la Sécurité Sociale en est réduite à payer à guichet ouvert les demandes de remboursement qui lui sont adressées.

Non seulement un tel système incite à la consommation mais surtout il s'accompagne d'un relâchement des contraintes de gestion.

3.1 L'absence de critères de choix économiques

Les choix des acteurs du système ne reposent qu'en de rares circonstances sur des critères d'ordre économique.

²⁵ Le « Budget Global » n'a été mis en place en 1984 que dans les C.H.U. et l'on ne peut encore en mesurer les effets. On pourrait toutefois raisonner par analogie en s'inspirant de l'exemple canadien. Cf. A. Detsky, «The Effectiveness of Regulatory Strategy in Containing Hospital Cost : the Ontario Experience -1967-1981», *New England Journal of Medicine*. vol. 309, n° 3, pp. 151-159 (21 juillet 1983).

Le consommateur n'éprouve pas le besoin de faire ses choix en fonction des coûts puisque la plus grande partie des frais est prise en charge par l'assurance maladie. A supposer qu'il y prête attention, sa décision est biaisée par des effets de seuil qui le poussent à rechercher la gratuité en empruntant des filières particulièrement onéreuses pour la collectivité. Ainsi, l'hôpital psychiatrique, les services de médecine et de moyen séjour tendent à devenir des déversoirs des unités de long séjour alors que ces formules cumulent, comme le souligne le rapport Caquet Karsenty²⁶, les inconvénients des institutions asilaires et le prix de revient élevé des services spécialisés.

Le réflexe instinctif du médecin hospitalier est de se placer dans la position d'un expert salarié dont les liens avec l'institution impliquent que celle-ci lui donne toujours les moyens d'exercer son activité. Il est d'autant plus enclin à ce comportement inflationniste que l'accroissement des indicateurs d'activité constitue toujours la justification d'éventuels moyens supplémentaires et sert pour le classement en premier groupe des postes de chef de service à plein temps.

Enfin, au niveau de l'établissement, la contrainte qui pèse sur le gestionnaire est une simple contrainte de trésorerie. Toutes les prestations sont perçues comme des recettes immédiates, tandis que les dépenses de fonctionnement des nouveaux investissements mis en place peuvent être reportées sur l'avenir. A supposer qu'un déficit apparaisse, il ne prête pas à conséquences puisqu'il peut être réintégré dans le calcul du prix de journée, deux années plus tard. D'ailleurs, rien n'est plus facile que de le transformer en excédent. Ex ante, il suffit de sous-évaluer le nombre de journées prévisionnelles pour laisser filer les prix de journée' vers les sommets autorisés par les circulaires ministérielles. Ex post, la réalité reprend ses droits et l'effort de créativité comptable porte ses fruits. Le nombre de journées réalisées est supérieur au nombre de journées prévues mais les charges variables supplémentaires sont inférieures au prix de campagne approuvé par la tutelle²⁷. Jusqu'au seuil des années 1980, les hôpitaux ont pu être gérés sans contrainte financière réelle. Il était inutile de faire des choix douloureux puisque la dérive des prix de journée les rendait superflus.

Tout se passe comme si on ne mettait pas en jeu des ressources rares, des ressources dont l'emploi dans un domaine implique inévitablement des sacrifices dans d'autres.

Cette absence d'économicité dans les choix induit des effets importants, notamment en matière hospitalière. La préférence donnée par le consommateur à un secteur ou à un autre, à un établissement ou à un autre, s'établit sur des critères de proximité et de qualité du service rendu. Or, le jugement du consommateur est en ce domaine très subjectif : qualité de l'hôtellerie, mieux être retiré par un proche ou un ami, notoriété accordée à un praticien par tel ou tel.

²⁶ R. Caquet. S. Karsenty, *Les alternatives à l'hospitalisation*. Rapport de mission au ministre du Plan et de l'Aménagement du Territoire. La Documentation Française. 1983.

²⁷ Le coefficient d'élasticité des dépenses d'exploitation des hôpitaux français se situe autour de 0,35. Il mesure la variation en pourcentage des dépenses d'exploitation consécutive à une faible variation en pourcentage du nombre de journées produites. Sa valeur est égale au rapport du coût marginal au coût total moyen. Les dépenses supplémentaires entraînées par la production d'une journée d'hospitalisation additionnelle ne s'élèvent qu'à 35 pour cent du coût supporté en moyenne par journée effectivement produite. A l'inverse, lorsque le nombre de journées diminue, 65 pour cent des frais restent inchangés. L'hôpital a donc tout intérêt à faire tourner ses installations à pleine capacité.

Dès lors, pour attirer la clientèle, chaque établissement d'hospitalisation, qu'il soit public ou privé, n'a qu'une stratégie à mener : avoir le meilleur accueil hôtelier, disposer du meilleur matériel technique, s'entourer des meilleurs praticiens, exercer toutes les « spécialités » que connaît la médecine contemporaine²⁸.

Cette stratégie de chaque établissement conduit inéluctablement à l'élévation de ses coûts d'exploitation : amortissement des équipements, frais financiers, recrutement de personnels médicaux et paramédicaux mieux qualifiés. Dès lors, chacun ne peut survivre qu'au prix soit d'un relèvement de ses tarifs, soit de la multiplication d'actes dont l'opportunité n'est pas toujours évidente, soit de la prolongation de la durée des séjours pour des motifs autres que sanitaires. Un suréquipement global ou local par rapport aux besoins réels permet la multiplication des actes et l'allongement de la durée du séjour.

Cette forme de « concurrence » engendre un processus apparemment inexorable de croissance des coûts de l'hospitalisation pour les organismes d'assurances, qui sont tentés de la freiner.

3.2 L'absence d'incitation à l'efficacité

Cette tendance se trouve renforcée par le démantèlement du droit de propriété dans les établissements qui participent au service public hospitalier. Lorsqu'un service sanitaire est à la source de gains, il y a fatalement malaise à l'idée que l'on puisse spéculer sur la souffrance humaine. La règle absolue du service public hospitalier est qu'il ne peut y avoir appropriation privative des surplus de gestion. Puisque personne ne possède de droit au revenu résiduel de l'établissement, aucun des acteurs n'a intérêt à favoriser l'apparition d'un excédent. Pourquoi le directeur s'efforcerait-il de dégager un surplus budgétaire lorsqu'il sait que c'est la sécurité sociale qui en tirera parti deux ans plus tard. Cette situation a pour corollaire logique de faire disparaître l'incitation à la recherche des coûts de production les plus bas possibles.

Comme il n'est pas le propriétaire du surplus final, l'ordonnateur des dépenses budgétaires n'est guère motivé à s'opposer aux demandes des services dépensiers. Les profits potentiels sont transformés en dépenses supplémentaires faites au bénéfice des groupes, internes ou externes, qu'il entend favoriser. Les gestionnaires disposent alors d'une grande latitude pour imposer une conception de l'efficacité qui correspond davantage à la valorisation de leur propre système de valeurs professionnelles qu'au concept économique d'efficacité²⁹.

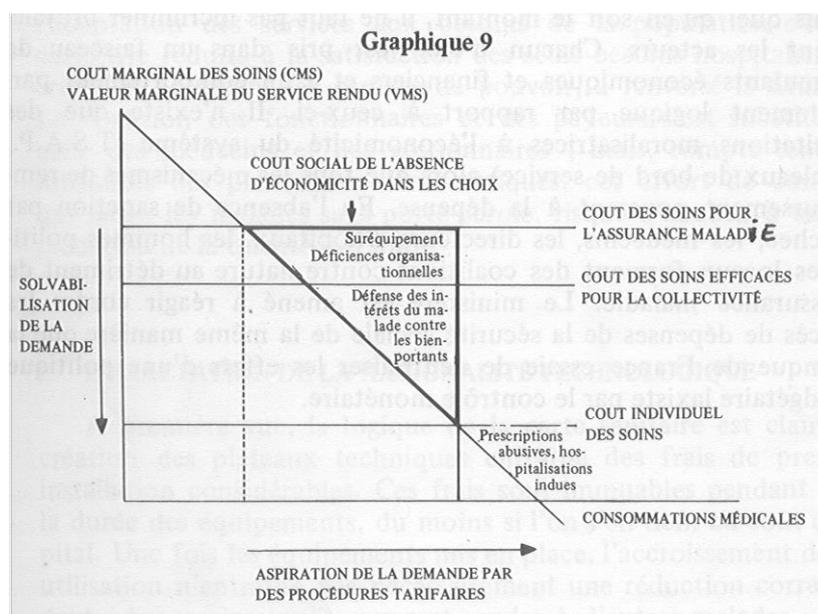
Tout comme les dirigeants des grandes entreprises privées, mais pour des raisons différentes, les directeurs des établissements hospitaliers à but non lucratif se sont libérés de la contrainte du profit. L'avènement de l'ère des organisateurs s'est traduit par une diminution du pouvoir des actionnaires tandis que les administrateurs étaient légalement affranchis, au nom des missions du service public, des contraintes qu'aurait imposées la recherche d'un surplus de gestion. Les conséquences de cet état de fait sont beaucoup plus graves pour les hôpitaux que pour les entreprises à forme commerciale.

²⁸ Maw Lin Lee, « A Conspicuous Production Theory of Hospital Behaviour », *Southern Economic Journal*, n° 38, juillet 1971, pp. 48-59. -J.P. Newhouse, « Toward a Theory of Non Profit Institutions: an Economic Model of a Hospital », *American Economic Review* 60, n° 1, mars 1971, pp. 64-74. -*Document du CERC*, « Le coût de l'hospitalisation » -A. Les établissements de soins privés -B. Les investissements et le financement, n° 60, 4^{ème} trimestre 1981, p. 10.

²⁹ R.J. Launois, *Analyse Economique du Fonctionnement de l'Hôpital Public*. Thèse complémentaire, Université de Rennes I, 1974. « La théorie de la bureaucratie à l'hôpital », in Colloque INSERM, *Conceptions. Mesures et Actions en santé publique*, Tome 2 : Approche socio-économique et institutionnelle, éditions INSERM, vol. 104, 1981, pp. 625-652. -X. Greffe, *Analyse économique de la bureaucratie*. Economica. Paris, 1981.

Dans le secteur privé, en effet, la présence d'un marché financier permet de limiter et de contrôler les managers qui ne travaillent pas dans l'intérêt du propriétaire. Si les managers dilapident les deniers de l'entreprise dans des dépenses inutiles, les dividendes baissent et le cours des actions s'effondre. Il arrive nécessairement un moment où la position du manager inefficace est directement menacée. Rien de tel ne se produit dans les établissements à but non lucratif, qu'ils soient publics ou privés, et plus aucun obstacle ne s'oppose à l'influence des lobbies dépensiers.

Les mécanismes de remboursement qui régissent les rapports de l'assurance maladie avec les producteurs de soins augmentent les coûts d'exploitation tandis que les relations qu'elle entretient avec les assurés réduit le montant de leur participation à des proportions négligeables. Le graphique 9 illustre comment le système tend à devenir de plus en plus coûteux sous la pression de telles forces.



Le remboursement a posteriori des dépenses relâche les contraintes de gestion. Le coût de fonctionnement du système pour les organismes d'assurance maladie est supérieur à celui qui correspondrait à la combinaison techniquement efficace des ressources de la collectivité. Le suréquipement et les déficiences organisationnelles majorent les prix de revient et déplacent la courbe d'offre vers le haut.

A cet effet coût s'ajoute un effet volume. La tendance à la baisse de la consommation qui est associée, au déplacement vers la gauche du point d'équilibre entre l'offre et la demande est neutralisée par la prise en charge collective du risque. Du fait de l'intervention de l'assurance maladie, l'assuré ne supporte qu'une fraction des frais auxquels il a été exposé, la baisse du coût individuel des soins augmente les attentes du public et permet aux praticiens de défendre les intérêts des malades sans avoir à tenir compte des capacités financières de leurs clients. Cette stimulation de la demande est évidemment renforcée par la tarification puisque selon les cas les médecins ou les établissements sont rémunérés en proportion de la quantité de soins prodigués. La solvabilisation de la demande et l'influence des procédures tarifaires concourent à l'augmentation des quantités consommées le long d'une courbe de demande donnée.

Si abus il y a, ils n'apparaissent que lorsque la valeur des services rendus est inférieure au coût individuel des soins.

La perte sociale qui découle d'une telle absence d'économicité dans les choix peut être calculée en utilisant la notion de surplus, mais quel qu'en soit le montant, il ne faut pas incriminer brutalement les acteurs. Chacun d'eux est pris dans un faisceau de stimulants économiques et financiers et a un comportement parfaitement logique par rapport à ceux-ci. Il n'existe que des incitations moralisatrices à l'économicité du système (T.S.A.P., tableaux de bord de service) alors que tous les mécanismes de remboursement poussent à la dépense. En l'absence de sanction par l'échec, les médecins, les directeurs d'hôpitaux, les hommes politiques locaux forment des coalitions contre nature au détriment de l'assurance maladie. Le ministère est amené à réagir contre les excès de dépenses de la sécurité sociale de la même manière que la Banque de France essaie de neutraliser les effets d'une politique budgétaire laxiste par le contrôle monétaire.