

À propos des réseaux de soins coordonnés

Martine Bungener, Hervé Lafarge, Claude Le Pen, Emile Lévy

Citer ce document / Cite this document :

Bungener Martine, Lafarge Hervé, Le Pen Claude, Lévy Emile. À propos des réseaux de soins coordonnés. In: Politiques et management public, vol. 3, n° 4, 1985. Numéro spécial - Innovations et régulations dans les systèmes de santé (France - USA) (Numéro préparé par Emile Lévy et Béatrice Majnoni d'Intignano) pp. 181-191;

doi : <https://doi.org/10.3406/pomap.1985.1876>

https://www.persee.fr/doc/pomap_0758-1726_1985_num_3_4_1876

Fichier pdf généré le 22/04/2018

A PROPOS DES RESEAUX DE SOINS COORDONNES

Martine BUNGENER *
 Hervé LAFARGE *
 Claude LE PEN *
 Emile LEVY *

Le texte ci-dessous entend contribuer à enrichir le débat sur une des principales innovations qui aient été proposées ces dernières années pour le système de santé. Ce débat doit porter sur la pertinence du constat préalable, sur la logique du projet des Réseaux de Soins Coordonnés et sur les aléas de la mise en oeuvre.

La pertinence du constat

Le crime : «l'absence d'économicité du système sanitaire» [p. 7] ; les vrais coupables : «la tarification unitaire et le remboursement a posteriori» [p. 71] ; la sentence : «l'instauration du pré-paiement et de la concurrence» [p. 120].

Telle est, quelque peu schématisée, la problématique des promoteurs des «Réseaux de Soins Coordonnés» (1), dont la présentation la plus étayée fait l'objet de l'ouvrage récent de P. GIRAUD et R. LAUNOIS (2).

Plusieurs questions peuvent lui être posées :

- 1) le crime a-t-il réellement été commis ?
- 2) les coupables sont-ils vraiment coupables ou sont-ils des comparses mis en avant ?
- 3) la sentence permettra-t-elle d'éviter que le crime soit à nouveau perpétré, permettra-t-elle de réintroduire «l'économicité» perdue ?

Pour prouver le crime, on ne dispose pas de cadavre, puisqu'aussi bien le système de santé est toujours debout ; certains disent même qu'il se porte plutôt mieux que nombre de ses équivalents étrangers. On en est donc réduit à accumuler les présomptions.

* L.E.G.O.S., Université Paris-IX Dauphine - UA 933 du C.N.R.S.

(1) R.J. LAUNOIS, B. MAJNONI D'INTIGNANO, V. RODWIN et J.C. STEPHAN : «Les réseaux de soins coordonnés (R.S.C.). Proposition pour une réforme profonde du système de santé», *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 1, 1985. P. GIRAUD et les mêmes auteurs : «Les réseaux Giraud», *Le Monde*, 19 juin 1985.

(2) P. GIRAUD et R.J. LAUNOIS : «Les réseaux de soins, médecine de demain», *Economica*, 1985.

Une présomption d'ordre général consiste à montrer : (a) que le marché se caractérise par la présence «d'économicité», (b) que l'histoire du système sanitaire et social est celle de sa progressive mise sous tutelle par les pouvoirs publics [pp. 10-37].

La première proposition n'est pas explicitée car les auteurs la considèrent comme acquise ; la seconde au contraire est argumentée de façon convaincante.

Naturellement, cela ne suffit pas à transformer la présomption en preuve. Prouver (ou admettre) que (a) le chien est un être vivant, (b) que le platane n'est pas un chien, ne suffit nullement à prouver que le platane n'est pas un être vivant !

Aussi est-on réduit à continuer l'accumulation des indices. Evoquons les principaux que retiennent les auteurs :

- Le premier cité est une «croissance des dépenses de santé bien supérieure à celle de la richesse nationale» [p. 1]. Cet argument -lieu commun (mais rares sont les lieux communs qui ne dissimulent pas de vrais problèmes !)- doit être précisé : la croissance de la richesse nationale est, par nature, la moyenne des croissances des différents secteurs qui la composent et il n'y a donc rien d'étonnant à en voir certains croître plus rapidement que d'autres.

Aussi les auteurs ajoutent-ils : «Ce qui pose problème, ce n'est pas la croissance des dépenses en elle-même, c'est leur prise en charge collective alors que les ménages sont sollicités par les produits d'autres secteurs» [p. 3]. Si on les suit donc, il faudrait en conclure que les ménages considèrent qu'ils consacrent trop d'argent à leur santé par rapport aux autres emplois possibles de leur revenu. Le manque «d'économicité» du système résiderait -entre autres- dans l'ignorance des préférences des consommateurs que révélerait cette sur-croissance.

Mais, les auteurs signalent eux-mêmes que ces ménages ont tendance à ajouter à leurs dépenses la charge d'un système d'assurance complémentaire pour pallier certaines des défaillances du système principal. A la limite donc, les préférences des ménages iraient vers une croissance encore plus rapide des dépenses de santé. Difficile alors d'interpréter cette dernière comme un symptôme de «non-economicité».

- Les autres indices résultent de l'application de la «Théorie Economique de la Bureaucratie» au système sanitaire et social, avec la volonté de donner un contenu concret et spécifique aux assertions générales des modèles théoriques. Ainsi deux points nous semblent intéressants, parce que rarement développés dans la littérature française, (a) la logique de l'activité médicale, faite d'incertitude, qui pousse le praticien à la surproduction de garanties ; (b) le simplisme de la conception des administrateurs qui pensent la régulation du système comme un simple problème technique d'adaptation des moyens aux besoins.

A partir de cette approche, les auteurs décrivent un «modèle» de la dynamique du système de santé qui est le suivant :

Les praticiens ont des raisons qui les poussent à sur-dimensionner quantitativement et qualitativement la production ; les administrateurs, bon an, mal an, leur emboîtent le pas ; l'organisme de financement, l'Assurance-Maladie, qui n'a comme fonction que de faire transiter les fonds des assurés vers les organismes de production, n'a pas d'intérêt direct au contrôle de ces derniers ; quant au consommateur, le système de cotisation obligatoire, assise sur le revenu, tend à déconnecter le service rendu de son coût : il aura d'autant plus tendance à sur-consommer qu'il ne supporte pas *directement* le coût des soins qu'il demande.

La présomption de manque «d'économicité» est donc forte. Est-on sûr, toutefois, qu'une étude fouillée de la rationalité des agents opérant dans certaines activités marchandes ne révélerait pas des processus semblables ?

Finalement à cette étape du constat, on peut dire, nous semble-t-il :

- que de bonnes raisons font effectivement douter de «l'économicité» du système, mais l'importance du mal n'est pas prouvée ;
- que la croissance des dépenses de santé s'articule fort mal à cette problématique de «l'économicité».

Versons toutefois au crédit des auteurs la volonté de chercher le moteur de la dynamique et l'origine du dysfonctionnement du système dans les règles du jeu social, plutôt que dans une spécificité technique de ses acteurs ou des ses produits.

Relevons qu'ils imputent au système de financement et plus précisément au *tarif unitaire* et au *remboursement a posteriori* la responsabilité principale de la non-économicité du système ;

Et posons la question : pourquoi paiement unitaire et remboursement a posteriori seraient-ils vecteur de «non-économicité» en ce qui concerne la santé, alors que le premier constitue la règle pour la plupart des activités marchandes et que le second est le mode de fonctionnement normal de l'assurance privée ?

Contrairement donc à ce que disent les auteurs, ce ne peut être le paiement unitaire et le remboursement *en tant que tels* qui sont source de non-économicité dans le secteur de la santé.

Le problème est plus large : c'est celui de la capacité du consommateur à sanctionner les défaillances des institutions de production et d'assurance.

Dans notre système sanitaire et social, cette capacité nous semble plus restreinte par le système d'assurance obligatoire et le manque de démocratisation de sa gestion que par les modalités de tarification des actes médicaux.

Sur la base d'un constat voisin de celui qu'ils effectuent, la réflexion des auteurs aurait donc pu s'orienter dans une autre direction que celle des Réseaux de Soins Coordonnés.

Leur solution mérite toutefois d'être évaluée en tant que telle :

Est-ce que le système de pré-paiement peut constituer une solution logiquement satisfaisante à l'absence « d'économicité » du système sanitaire et social ?

Est-ce que les conditions de sa mise en oeuvre dans le cadre institutionnel français n'instauraient pas une dynamique qui d'une certaine façon aggraverait les défauts du système, ou qui n'en adoucirait certains qu'au détriment des autres ?

C'est ce dont nous discuterons dans les deux sections suivantes.

La logique du projet

Le projet des R.S.C. vise à résoudre un double problème économique :

- celui de l'affectation des ressources entre la santé et les autres activités, c'est-à-dire celui de la détermination de l'enveloppe globale du système de santé,
- celui de l'efficacité micro-économique de la production de soins, c'est-à-dire de l'utilisation la plus efficace de l'enveloppe.

Pour résoudre ce double problème, le projet des R.S.C. invoque un double dispositif : *la concurrence et le pré-paiement* (1).

- Les réseaux sont en effet les uns vis-à-vis des autres dans une position concurrentielle, leurs ressources dépendant du nombre des individus qui y adhèrent librement (2).

On remarquera à ce propos que la liberté de choix du malade est restreinte dans un tel système par rapport à ce qu'elle est dans un régime « libéral » « à la française » : elle est transférée au niveau du groupe de praticiens. En adhérant au réseau, le « client » aliène son droit de choisir le médecin de son choix, sauf à consulter en dehors du réseau, ce qui est contradictoire avec la logique du projet mais n'est pas improbable.

(1) Cf. pp. 120-127. « le libre choix des assurés crée les conditions d'une concurrence entre réseaux qui les incite à rationaliser leur gestion dans le maintien du service de prestations de qualité » [p. 127].

(2) Les ressources comprennent le forfait annuel de l'Assurance-Maladie (cf. plus bas) et la cotisation volontaire résiduelle de l'assuré.

Mais si la concurrence est une condition nécessaire de l'efficacité, elle n'est pas suffisante en ce qui concerne une activité comme la santé.

D'abord la concurrence entre les réseaux peut porter sur d'autres éléments que l'efficacité et la qualité des soins : les réseaux peuvent se différencier par des comportements qui ne vont pas systématiquement dans le sens d'une réduction des coûts, ainsi que l'enseigne d'ailleurs la théorie de la concurrence monopolistique. De nouvelles sources de dépenses inconnues dans le système actuel peuvent apparaître et contrebalancer au moins en partie les gains éventuels : par exemple celles liées à la publicité et à la communication. La différenciation peut porter sur des éléments annexes à la délivrance des soins, sur le luxe des locaux, la multiplicité du personnel, etc.

Par ailleurs, dans un système concurrentiel, la prospérité des réseaux dépendra de la satisfaction que les adhérents en tirent.

Mais, dans un domaine comme la santé, il ne faut pas confondre satisfaction des consommateurs et efficacité économique. Pour un certain nombre de raisons bien connues des économistes du secteur (l'incertitude du résultat, la complexité de la mesure des états de santé, la difficulté d'imputer une amélioration de l'état ressenti du malade à tel ou tel traitement, etc.), les « clients » d'un réseau peuvent en être pleinement satisfaits sans que l'efficacité des soins soit assurée : on peut même légitimement supposer que la satisfaction du « client » passe par une certaine forme de sur-consommation médicale contradictoire avec l'intérêt collectif et avec les objectifs assignés aux R.S.C.

Enfin, la stabilité de la concurrence n'est guère assurée : l'article de R. LAUNOIS (1) dans ce même numéro de PMP montre que la médecine en France n'a jamais été réellement libérale et que la concurrence par les prix n'a jamais été effective.

Si, historiquement, les mécanismes du marché n'ont jamais fonctionné de façon satisfaisante entre unités de production individuelles, pourquoi le feraient-ils entre unités de production collectives ?

L'apparition de phénomènes d'entente ou de collusion serait très probable compte tenu du caractère organisé de la profession, de même qu'il est vraisemblable qu'à terme, les réseaux *demandent et obtiennent une réglementation publique* de leurs conditions de fonctionnement et de leur mode de tarification.

(1) R. LAUNOIS : « La médecine libérale a-t-elle jamais existé ? », ce numéro.

On ne voit pas pourquoi les R.S.C. échapperaient sous ce rapport à la logique commune des producteurs qui vise à évacuer les formes les plus dures et les plus dangereuses de la concurrence. On ne voit pas davantage pourquoi l'Etat refuserait d'accéder à la demande d'un groupe de pression relativement efficace qui sait mobiliser la cause de l'intérêt collectif et celle de «l'intérêt du malade».

- L'autre élément du dispositif, le système du *pré-paiement*, est censé faire en sorte que les producteurs de soins soient incités à offrir au meilleur coût les quantités de soins juste nécessaires.

En outre, le système de pré-paiement possède, aux yeux des auteurs, l'avantage d'incorporer un *élément d'assurance* : en adhérant à un réseau, le «client» n'achète pas des soins comme ce serait le cas dans un système purement marchand avec post-paiement, mais il se couvre, par le versement d'une somme forfaitaire, contre les aléas de sa santé future.

Dans le système de santé français, cette fonction d'assurance n'est remplie qu'au prix d'une séparation du financeur (la sécurité sociale) et du producteur de soins, avec la difficulté bien connue que pose la régulation d'un système où les dynamiques respectives des dépenses et des recettes dépendent d'acteurs différents et obéissent à des logiques dissemblables.

En supprimant cette dichotomie assurance-production, en faisant assumer par les producteurs les fonctions d'assureur et de financeur, le système vise à recréer les conditions d'une incitation par le financement, qui est propre à la régulation marchande, pour une activité dont les spécificités interdisent qu'elle soit purement et simplement confiée au marché.

Dans l'esprit de ses promoteurs, le système du pré-paiement se présente donc comme un moyen ingénieux -sinon miraculeux- de résoudre de façon efficace un certain nombre de contradictions :

- entre la logique individuelle qui pousse à une sur-consommation médicale et la logique collective confrontée au problème de l'affectation des ressources entre la santé et les autres domaines d'activité,
- entre la logique du producteur qui est expansionniste et celle de l'assureur qui serait plutôt restrictive,
- entre la relative facilité de la mesure de l'activité médicale (la délivrance de soins) et l'extrême difficulté de celle de ses résultats (amélioration de l'état de santé),
- entre les logiques marchandes et non-marchandes.

le *pré-paiement* est ainsi l'élément original et stimulant du dispositif. On peut néanmoins formuler de sérieuses objections à son encontre.

Celle qui lui est le plus généralement adressée concerne *la sélection des risques* : comme toute compagnie d'assurance, les réseaux auront de toute évidence intérêt à attirer la clientèle d'individus dont les aléas de santé sont faibles et à refuser celle des risques importants liés à l'âge des postulants à l'adhésion, à leur morbidité antérieure, etc.

Y a-t-il meilleure façon pour ces derniers d'éviter que les adhérents ne consomment trop de soins que de sélectionner des biens portants ? Le système R.S.C. est donc paradoxalement mal adapté à la population qui a le plus recours aux soins, qui a le plus besoin d'un schéma d'assurance maladie.

Les auteurs, avertis de l'objection, proposent, pour y faire face, l'instauration d'un «coût actuariel national des soins» par grandes catégories d'assurés sociaux en fonction de leurs caractéristiques épidémiologiques et démographiques (1).

Ce coût, qui serait déterminé annuellement par un comité de sages indépendants en tenant compte de l'évolution des techniques médicales et de la situation économique générale, servirait de base à la détermination de la participation de l'Assurance-Maladie au financement des R.S.C. Cette dernière verserait aux réseaux les «coûts standard» correspondant à leurs adhérents.

Ce dispositif permet, selon P. GIRAUD et R. LAUNOIS, de résoudre un double problème : l'insertion des R.S.C. dans le contexte institutionnel français et la sélection des risques.

L'Assurance-Maladie, institution nationale que les auteurs essaient d'insérer dans leur projet, trouve sa place comme source de financement des réseaux.

Le terme «d'Assurance-Maladie» est d'ailleurs impropre à décrire sa nouvelle fonction : dans ce projet, la CNAM devient un simple organe de *redistribution*, la fonction d'assurance étant, comme on l'a vu, transférée aux producteurs de soins : la réunification des fonctions assurance et production a comme corollaire la séparation des fonctions d'assurance et de redistribution (2).

Cette réunification et la simplification du système de santé qui en résulte peuvent dans une certaine mesure le rendre plus transparent, en mettant en relation immédiate le service et son prix, la sécurité apportée par l'adhésion au réseau et le coût de celle-ci.

(1) Cf. p. 122.

(2) La pensée libérale a toujours vu dans la confusion de ces deux fonctions une source d'inefficacité sociale.

L'élément de solidarité qu'incorpore le système actuel de cotisation sociale resterait la seule attribution de la CNAM. Son maintien paraît cependant un peu artificiel : s'il ne s'agit en effet que de faire transiter vers les réseaux des sommes prélevées sur les agents économiques, ses fonctions n'ont plus de spécificité par rapport à l'administration fiscale.

Les partenaires sociaux ne reconnaîtraient plus la « Sécurité Sociale » à laquelle ils sont attachés.

Par ailleurs, pour les auteurs, le versement par la CNAM d'un « coût actuariel » individualisé permettrait à un adhérent présentant un risque épidémiologique important de procurer à son réseau une source de financement supplémentaire compensatoire : la discrimination de ce « client » n'aurait donc plus de sens pour le réseau.

En fait, cette solution qui paraît ingénieuse, n'échappe pas au dilemme suivant :

Soit le coût actuariel est calculé pour des catégories démo-épidémiologiques larges et la *sélection des risques se recréera à l'intérieur de ses catégories* (les réseaux sélectionneront les personnes de plus de 65 ans les mieux portantes, etc.) ; soit on délimite les catégories de façon très étroite, et on risque alors de cerner le coût *réel* des soins de telle sorte qu'on élimine tous les effets attendus du pré-paiement.

Le dispositif du « coût actuariel » n'élimine la discrimination des risques que dans la mesure où il bloque la logique de fonctionnement des réseaux.

Les mérites attribués au double dispositif concurrence-pré-paiement semblent ainsi pour une large part dépendre d'une profession de foi.

Les aléas de la mise en oeuvre

Les promoteurs des réseaux des R.S.C. en annoncent une mise en oeuvre prudente et progressive.

Ne s'en trouve pas pour autant résolue la question de *l'incitation à adhérer à un tel système*, aussi bien en ce qui concerne les assurés sociaux que les professionnels de la santé.

Le contexte particulier de la France et la volonté explicite des auteurs de garantir, dans la phase de constitution des réseaux, le maintien de l'actuel système ont de fortes chances de perpétuer des inerties qui peuvent devenir des facteurs de blocage.

Quelles raisons auraient en effet les patients de s'inscrire dans un réseau s'ils peuvent bénéficier du système traditionnel aux mêmes conditions financières ?

La dégradation de la qualité des soins offerts par les structures traditionnelles pourrait constituer une incitation. Mais peut-on soutenir qu'une telle dégradation est intervenue ou interviendra nécessairement dans un futur proche ? De plus les réseaux seraient-ils à même d'offrir systématiquement des prestations de meilleure qualité, alors qu'ils naîtraient d'une transformation des structures existantes, avec leurs qualités et leurs défauts ?

Dans l'immédiat, l'élément d'incitation le plus vraisemblable serait certainement le *taux du ticket modérateur* de l'Assurance Maladie. L'adhésion pourrait devenir intéressante pour l'assuré si le réseau s'avère capable de fournir davantage de prestations pour un coût au plus égal par année à celui inhérent au maintien du système traditionnel.

Mais, dans un tel cas de figure, *seuls seraient véritablement incités à faire ce choix les gros consommateurs potentiels*, c'est-à-dire ceux dont le ticket modérateur aurait toute probabilité de s'élever au-dessus de la cotisation au réseau. Les autres, les sujets à risques minimes, pour lesquels le ticket modérateur a une espérance faible ou nulle, n'auraient aucun intérêt à changer de mode de protection.

Ainsi, on assisterait, du fait des patients, à une sélection des risques inverse à celle propre à la logique des réseaux. Les individus qui seraient le plus incités à adhérer seraient précisément ceux que les réseaux auraient le moins intérêt à recruter !

Le problème de l'incitation n'est pas limité aux assurés ; il se pose également en ce qui concerne les professionnels.

La situation qui a prévalu dans les cas des Health Maintenance Organization (H.M.O.) aux Etats-Unis est différente de celle qui se mettrait en place en France : les praticiens impliqués dans les H.M.O. étaient, pour bon nombre d'entre eux, les inspirateurs du système. Cela ne semble pas être le cas en France où l'initiative de la réforme -si elle a lieu- reviendrait vraisemblablement au pouvoir politico-administratif.

On peut cependant penser que certains praticiens de ville, ou les animateurs de petites structures de soins privées, que la démographie médicale soumet à une concurrence importante pourraient trouver quelque avantage à se transformer en réseaux. Cette structure leur garantirait une certaine fidélisation de la clientèle.

Mais qu'en serait-il pour les C.H.U. ?

Chaque réseau ne pourrait bien évidemment s'adjoindre l'exclusivité des services d'un C.H.U. Cependant, ceux qui se seraient constitués autour d'un C.H.U. disposeraient vis-à-vis des autres d'un avantage décisif dans la concurrence.

Conscients de cet atout, les C.H.U. pourraient alors monnayer les conventions qui les lieraient à ces derniers, avec le risque d'une surenchère contraire à l'objectif d'abaissement des coûts.

La rareté des C.H.U., la nature des services qu'ils offrent, leur poids dans le système de santé constituent à n'en pas douter de sérieux obstacles quant à la faisabilité du projet des R.S.C., quant aux mérites que leur prêtent leurs promoteurs.

Il est bien sûr envisageable de restreindre les R.S.C. à la médecine ambulatoire et à des activités comme la petite chirurgie ou l'obstétrique dans lesquelles se spécialisent déjà les cliniques privées.

La portée économique de la réforme en serait singulièrement amoindrie et se limiterait à une modification du mode de rémunération de certains praticiens, avec la disparition progressive du paiement à l'acte et la substitution d'une négociation ex-ante au paiement ex-post.

Peut-être est-ce là la façon la plus réaliste d'insérer les R.S.C. dans le contexte institutionnel français avec des effets qui seraient moins ambitieux que ceux annoncés sans être négligeables. On est cependant loin de la réforme de structure promise.

On peut enfin s'interroger sur la dynamique qu'instituerait la généralisation des R.S.C.

L'incertitude majeure réside dans l'objectif d'équité sociale.

Il est plus que probable qu'un système de réseaux se différencierait rapidement en fonction de la demande de la clientèle et de la capacité d'une partie de cette dernière de payer plus cher un service plus luxueux, plus technique, offrant de meilleures conditions d'accueil et d'hébergement, etc.

Des réseaux s'inscriraient rapidement dans la logique qui est aujourd'hui celle du deuxième secteur, en offrant à une clientèle sélectionnée par un droit d'entrée élevé des soins sophistiqués et des praticiens renommés.

Se créerait alors un double marché des soins. Certes, le sur-coût des réseaux chers ne serait pas imputé à la collectivité. Il serait financé par des adhérents qui auraient pu trouver des alternatives moins coûteuses dans d'autres réseaux n'ayant pas adopté la même stratégie.

Mais en l'occurrence, il faut dépasser l'optique comptable. Il s'agit au fond d'options plus fondamentales.

Nul ne songe à dire que le système actuel est irréprochable sur le plan de l'équité sociale.

On peut par contre s'interroger sur les effets sociaux d'une réforme telle que celle des Réseaux de Soins Coordinés.

Si le rythme de croissance des dépenses de santé est généralement tenu pour excessif depuis quelques années, c'est essentiellement en raison de la contrainte qu'elles font peser sur les capacités de financement des entreprises et donc sur leur dynamisme et leur compétitivité.

Tout ralentissement du rythme de croissance de ces dépenses et tout schéma de rationnement qui doit lui être associé, posent le problème de savoir aux dépens de qui ce rationnement s'effectuera.

Les promoteurs des R.S.C. pensent avoir trouvé le moyen d'échapper à ce dilemme efficacité-équité. Ils pensent pouvoir infléchir les dépenses de santé en exploitant le «gisement de productivité» qui réside dans des organisations de santé inefficaces en raison même du mode de régulation de l'activité sanitaire.

On leur contestera peu le fait qu'un tel gisement existe. Est-il suffisant pour permettre de résoudre le problème du financement de la santé ? Les dispositifs imaginés permettent-ils de l'exploiter ? D'autres gisements ne seront-ils pas créés ? Les réponses apportées à ces questions ne nous ont pas semblé satisfaisantes.

Dans la mesure (probable) où les promoteurs des R.S.C. sur-estimeraient l'ampleur du gisement et les capacités de leur projet à l'exploiter, leur solution revient tout simplement à transférer une partie du financement de la santé aux ménages.

Il est alors possible que l'efficacité du système en soit améliorée, que la pression sur le secteur productif en soit diminuée. Ce serait au détriment de l'équité.