

Rapport du Haut Comité de la Santé Publique à la Conférence nationale de santé 2000 sur "Le panier de biens et services de santé"

Préambule.....	2
Résumé.....	8
1. DÉFINITIONS	9
2. Historique et émergence du concept	9
2.1. L'accompagnement de la croissance	10
2.1.1. L'offre et la revendication du droit à la Santé	10
2.1.2. Les modalités de détermination des biens et services pris en charge.....	10
2.2. Les perversions de la croissance.	11
2.2.1. Accroissement et mutations de l'offre de soins	11
2.2.2. Extension de la protection sociale	11
2.2.3. La recherche de l'efficience	11
2.3 Crise économique et avancées médicales.....	12
2.3.1. Les contraintes économiques dans un domaine en extension.	12
2.3.2. L'émergence d'un panier de santé publique	12
2.3.3. L'encadrement budgétaire du panier de biens et services.....	12
2.3.4. Panier de biens et services et avancées médicales	13
2.4. La recherche d'une légitimité de l'offre.....	13
2.4.1. L'impératif d'une connaissance des activités.....	13
2.4.2. De nouveaux instruments	13
2.5. La nécessité d'une nouvelle approche.....	14
3. Problématique du panier de biens et services de santé.....	14
4. Détermination d'un PBS : légitimité des choix	17
4.1. Définition des valeurs sociétales qui permettent de guider les choix.....	17
4.1.1. Équité et liberté	17
4.1.2. Solidarité	18
4.2. Efficacité / Efficience.....	19
4.3. Formulation d'un algorithme d'aide à la décision.....	19
4.4. Expression des préférences	20
4.4.1. Le rappel des valeurs sociétales	20
4.4.2. L'optimisation des dépenses	20
4.4.3. Les modalités d'association des différents acteurs à la définition de l'algorithme décisionnel.....	20
5. Détermination d'un PBS : quels enjeux pour l'utilisateur	21
5.1 Le panier de soins couverts : élément du contrat assureur/assuré.....	21
5.2 La modification du panier actuel des soins couverts par l'assurance maladie obligatoire.	21
5.2.1. Respecter un budget en limitant l'étendue de la couverture des soins.....	22
5.2.2. Informer et protéger les consommateurs :	22
5.3. Panier de soins et offre de soins	23
6. Expériences étrangères	23

6.1 La réforme britannique	24
6.2 L'expérience suédoise,	24
6.3. Le système de santé néerlandais.....	25
6.4 Le système de santé américain	26
6.5 Dans la réforme suisse.....	28
7. Éclairage sur certaines spécificités.....	29
7.1. Le ticket modérateur en question	29
7.2. La CMU : principes et innovations	32
7.2.1 Quel est le " panier de soins " offert par la CMU ?.....	33
7.2.2 Quelle démarche a abouti à la définition d'un panier de soins CMU ?	34
7.3. Le médicament et l'industrie.....	35
7.3.1. La place des médicaments non remboursés dans la consommation pharmaceutique	36
7.3.2. La problématique des médicaments innovants pour lesquels le remboursement n'est pas demandé par le laboratoire	37
7.4. Panier de biens et services et qualité	39
7.5. Relations entre prestations, activités médicales et nomenclatures pour la définition du PBS.....	41
7.5.1. L'activité est censée être représentée par les prestations en nature	41
7.5.2. Les nomenclatures, outils de traduction, de transcription de l'activité médicale, support informationnel des prestations.	42
Conclusion.....	44
Bibliographie	45
Table des sigles	48
Groupe de travail et personnalités entendues	48

Préambule

Depuis quelques années s'opère en France une restructuration du système de soins à partir d'un constat sur lequel semblent s'accorder, le fait mérite d'être souligné, les décideurs politiques, les professionnels de santé, les usagers du système de soins. Ce constat peut se résumer en trois points essentiels :

- Notre système de soins est dans l'ensemble performant si l'on en juge par de nombreux indicateurs de santé, notamment l'évolution de la mortalité, de l'espérance de vie et du recul de pathologies majeures ;
- Ce système présente des dysfonctionnements et des inégalités de qualité, en particulier il ne prend pas suffisamment en compte les inégalités sociales et les inégalités inter et intra régionales comme le HCSP l'a souligné en 1998 dans un rapport.
- Malgré la réglementation de l'offre et de la demande de soins, l'évolution des dépenses de santé a suivi une tendance inflationniste incompatible avec le réalisme économique dont les politiques de santé doivent faire preuve.

A partir de ces constations élémentaires, la restructuration de ce système vise à maintenir la qualité des prestations de soins ou à la renforcer, tout en œuvrant d'une part à une plus grande équité dans la dispensation de cette offre, d'autre part en s'assurant que cette offre de soins est consacrée aux priorités de santé et compatible avec les ressources disponibles affectées au soin ou plus globalement, nous y reviendrons, à la santé.

Dans cette perspective, la question qui apparaît constituer un élément déterminant pour résoudre ce problème est la place du **panier de biens et de services**.

Pourquoi le panier de biens et services ?

Le panier de biens et de services constitue un ensemble de prestations qui doit être capable de répondre à des besoins de soins. Le concept de ce panier, remboursable, trouve sa logique et son fondement sur des principes d'efficacité et de solidarité.

L'idée dominante est ici qu'il faut pouvoir offrir ces soins à tous car il s'agit, dans un état démocratique, d'un droit fondamental pour tous les citoyens. Ce principe est également à la base de la déontologie médicale qui stipule que le médecin doit ses soins à tous, sans distinction.

Cependant, le principe de réalité, que l'évolution des dépenses de santé a mis en évidence depuis plusieurs années, est que s'il faut effectivement **des soins pour tous**, cela ne peut concerner **tous les soins**, tout au moins si l'on considère ici les soins pris en charge par l'assurance maladie, c'est-à-dire au titre de la solidarité nationale.

Le panier de biens et de services doit ainsi répondre à un besoin de prise en charge. Mais il convient d'en définir le contenu, les modalités de remplissage, la pertinence vis-à-vis des besoins de prise en charge et des politiques de santé publique.

Cet instrument d'une politique de santé doit absolument aujourd'hui faire l'objet d'une réflexion pour en clarifier les objectifs de santé et les modalités de prise en charge.

De fait le concept de panier de biens et services pose un ensemble de questions que l'on peut formuler de la façon suivante :

1. **Que contient ce panier ?** C'est-à-dire quelles sont les prestations ainsi assurées, considérées comme le besoin essentiel en matière de soin, et offertes à tous ? Puisque l'on est en droit de penser qu'il n'est pas possible d'y faire figurer tous les biens c'est-à-dire tous les médicaments et autres biens ou dispositifs, ni tous les services, il faudra nécessairement opérer des choix.

Le HCSP s'était déjà prononcé sur ce concept en 1992 puis en 1994 dans le rapport sur la santé en France. Il y était proposé que des critères de priorités soient pris en compte, en particulier des critères de fréquence et de gravité des pathologies, leur impact sur la santé, mais aussi leur impact socio-économique. Il était déjà souligné qu'il fallait prendre en compte la perception sociale de ces problèmes, ce que les États généraux de la santé ont confirmé comme étant la demande des usagers.

Mais il est également dans le rôle des choix d'orientation de prendre en compte les besoins mal perçus, parce que mal entendus, venant des groupes vulnérables, parfois exclus, oubliés. Sans doute faut-il ici ajouter parmi ces critères de priorité les problèmes de santé portant atteinte à la dignité des personnes ou susceptibles d'aggraver leur fragilité ou leur marginalité.

2. **Qui va définir les modalités d'inclusion des biens et services au sein de ce panier ?** Sur quels critères s'effectue " l'entrée dans le panier " ? Parallèlement faut-il définir des modalités, conditions ou critères de sortie de panier ? En effet, on doit penser que l'évolution de l'état de santé des populations, l'évolution des risques, l'évolution des techniques vont rendre caducs ou inappropriés les critères qui auront légitimement à un moment donné justifié l'admission dans le panier.

Une analyse des modalités de construction progressive du panier de biens et services en France s'impose. De fait les logiques qui prévalent, en termes de santé publique, pour justifier ou faire comprendre la situation actuelle de ce PBS sont à peu près invisibles. Son élaboration au fil du temps a conduit à des incohérences ou à des lacunes.

Il faut dire que les critères d'efficacité ou d'efficience n'ont pas toujours été présents, et qu'il n'était pas toujours possible, notamment il y a quelques années, d'avoir des évaluations scientifiquement correctes du service rendu par certains médicaments ou dispositifs. Il s'est alors construit deux types de panier : un panier implicite, sans réelle définition de contenu, pour les soins et activités en milieu hospitalier et un panier explicite basé sur l'admission d'un bien ou d'un service sur une liste, (médicaments admis au remboursement) ou sur l'élaboration de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) qui fixe les tarifs des prestations et leur mode de prise en charge.

3. **Qui " porte " le panier, c'est-à-dire qui le prend financièrement en charge ?** La première idée qui vient à l'esprit est bien entendu la prise en charge par l'assurance maladie et cela au titre de son fonctionnement comme caisse de solidarité, hier des travailleurs et de leurs ayants droit, aujourd'hui de l'ensemble des citoyens. Mais, et nous sommes là au cœur du débat concernant la gestion du système de soins, qui définit les principes d'utilisation des ressources disponibles ? L'État, compte tenu de son pouvoir décisionnel inaliénable dans les choix des politiques de santé ? Ce pouvoir s'exerce-t-il seul ou en concertation, et selon quelles modalités avec les professionnels de santé, les assureurs, et les usagers qui demandent de plus en plus à participer à l'organisation du système de santé ?

Aujourd'hui, on ne saurait construire un système de soins, y compris dans ces choix stratégiques, sans prendre en compte d'autres niveaux d'intervention notamment à l'échelon régional ou départemental. Les collectivités locales ne peuvent pas être absentes des choix opérés. Cependant, il faudra concilier les principes d'équité en matière de santé, ou tout au moins d'accès égal aux soins à l'échelon national, et permettre l'expression des choix spécifiques régionaux, conformément aux rôles des conférences régionales de santé, des agences régionales et des schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale.

En la matière, le panier de biens et services pourrait constituer le dénominateur commun assurant le principe d'équité élémentaire, sur l'ensemble du territoire national.

Cependant, si le panier de biens et de services constitue cet ensemble de prestations nécessaires à tous, cela ne signifie pas pour autant que l'ensemble de son contenu doive être pris en charge par l'assurance maladie.

Ainsi, dans l'élaboration du contenu de la protection essentielle apportée par la couverture maladie universelle (CMU) il existe d'une part un panier de base couvert par l'assurance maladie, d'autre part une complémentaire relevant des mutuelles selon une série d'accords en cours de validation.

4. **Comment accéder à ce panier ?**

Ces biens et services de soins sont dans ce concept, et par définition, accessibles à tous. Le principe de la couverture maladie universelle est venu fonder ce droit en étendant à tous les citoyens résidant sur le territoire national le droit à la couverture par l'assurance maladie.

Il existe donc à ce jour en principe une couverture " maladie " pour 100 % des personnes résidant sur le territoire national et en mesure de justifier d'un domicile (ou à défaut d'une élection de domicile auprès d'une institution agréée ou d'un centre communal d'action sociale).

L'accès à ce panier est un droit fondé sur deux modes d'accès :

- Celui de la couverture assurance maladie, ouvert par l'emploi pour ceux qui bénéficient d'un travail (ainsi que tous leurs ayants droit).
- Celui ouvert par la protection sociale assurée par l'État, qu'il s'agisse des bénéficiaires du RMI ou de la CMU.

Si l'accès pour tous peut paraître a priori assuré, l'équité en matière de couverture doit être analysée en raison des modes d'accès à la CMU

Si tout le monde a droit à une " couverture " celle-ci ne demeure pas égale pour tous, car deux éléments définissent la qualité de la couverture : la couverture de base et l'assurance complémentaire.

L'évaluation du coût de ces mesures a conduit à définir des seuils avec les difficultés que l'on sait. Ceux-ci génèrent les inévitables " effets de seuil ", en partie corrigés par l'extension de la CMU au-delà d'un niveau de revenu (3 500 F / mois pour une personne seule) grâce à des prélèvements perçus uniquement sur les revenus le dépassant. Mais ce dispositif compensatoire ne concerne pas " la complémentaire " qui n'est pas accordée au-dessus du seuil.

Ainsi si les plus pauvres bénéficient dès à présent d'une couverture à 100 %, il reste à mesurer le problème rencontré par tous ceux qui demeurent soumis au ticket modérateur. On sait aujourd'hui que ce ticket modérateur n'est un frein à la consommation des soins que pour les plus défavorisés, ceux-là mêmes qui peuvent avoir les besoins de soins les plus importants. Le ticket modérateur en fait ne régule pas réellement l'évolution des dépenses de santé puisque les plus gros consommateurs ont une mutuelle complémentaire. Il devient de fait un dispositif d'inégalité d'accès aux soins, touchant les plus vulnérables. Il est en ce sens préoccupant de constater que la France est l'un des pays d'Europe où ce ticket modérateur est le plus élevé.

La CMU constitue une contribution importante à la définition du panier de soins. En effet la CMU est confrontée à la nécessité de définir un contenu en raison des estimations indispensables des coûts à provisionner pour assurer les dépenses de santé induites, en particulier dans le champ d'application de biens comme la lunetterie ou les prothèses dentaires...

Les projections qui ont pu être faites permettent d'éclairer vis-à-vis de ces importants besoins, traditionnellement mal couverts par l'assurance maladie, les coûts de prise en charge et les réponses acceptables par les mutuelles en fonction des ressources dégagées par l'État pour couvrir ces besoins.

Santé publique et panier de biens et services

A ce jour, la difficulté de l'exercice qui consiste à répondre précisément à toutes ces questions vient de ce que le panier de biens et services " à la française " s'est construit au fil des tâtonnements d'une politique de soins caractérisée par un manque de transparence sur les critères d'inclusion et une absence de cohérence de santé publique, c'est-à-dire sans que soient réellement perceptibles ou explicites les choix stratégiques majeurs dans ces politiques.

Le panier a ici vogué au fil de l'eau et s'est constitué progressivement en fonction de l'évolution de l'offre de soins, sans qu'y soient forcément associés des critères d'efficacité et d'utilité. Il faut aujourd'hui éviter qu'il ne coule sous le poids incontrôlé de son remplissage, ou qu'on ne le vide totalement de sens ou d'utilité au motif de maîtriser les dépenses de soins.

L'enjeu, essentiel, de cette redéfinition du panier de biens et de services est d'en faire l'instrument fondateur d'une politique de santé publique, c'est-à-dire l'outil capable de participer à la réduction des inégalités de santé, et pas uniquement des inégalités d'accès aux soins. Est-ce possible ? On mesure bien le déplacement sémantique majeur du panier de soin au panier de santé ! Est-ce concevable, compte tenu de sa prise en charge essentielle par l'assurance maladie ? C'est dans ce sens pourtant que le PBS doit être compris.

Certes répondre dans un premier temps à la réduction des inégalités d'accès aux soins constitue déjà la première exigence d'un système de soins.

Mais il n'est pas contradictoire, il est même nécessaire, dans cette volonté d'utiliser de façon rationnelle les ressources disponibles, de concevoir, avec la prise en charge de la maladie, une prise en compte de ses déterminants.

C'est cette logique, essentielle pour une politique de santé qui se voudrait durablement efficace, qui doit ouvrir le concept du PBS aux principes de prévention, d'éducation, et d'actions sur les déterminants de santé.

Depuis plusieurs années, et notamment depuis les conclusions du rapport sur la santé en France en 1994, le Haut Comité a mis en avant la nécessité d'intervenir sur la mortalité prématurée évitable, sur les déterminants de la santé, en prenant en compte les facteurs sociaux, économiques, familiaux, environnementaux qui sont les facteurs de ces inégalités.

Face à la profondeur de ces inégalités, la simple équité en matière d'accès aux soins ne peut et ne pourra jamais être un élément correcteur des inégalités de santé.

La question est alors ici de savoir si le PBS ne doit être qu'un simple élément régulateur de l'équité dans l'accès aux soins, ou s'il peut constituer par l'élargissement de son concept (et de ses prestations) un élément correcteur ou régulateur des inégalités en matière de santé. Cela suppose qu'il devienne alors l'un des éléments d'une politique de santé publique, capable de prendre en compte les comportements, et d'être réellement ouvert et structuré à partir (ou en prenant en compte) des priorités de santé telles qu'elles peuvent être définies dans le cadre des politiques nationales (Conférence nationale de santé) ou régionales (Conférences régionales de santé).

Cela pose bien sûr le problème d'une réflexion sur la globalité des prises en charge au titre des pathologies, mais aussi celui de la fongibilité des enveloppes entre l'approche médicale et l'approche sociale. Les États généraux de la santé ont mis en avant que le cloisonnement de ces différents secteurs sanitaires et sociaux conduisait à des réponses inappropriées, largement consommatrices de ressources, avec parfois une inflation de la réponse médicale là où la réalité des besoins est d'ordre social.

En la matière, la répartition des ressources affectées aux soins (et donc à ce panier de soins) ne relève pas uniquement des choix de l'État, mais aussi des choix exprimés dans le projet de loi de finance de la sécurité sociale (PLFSS) voté annuellement par le parlement.

Il n'est sans doute pas sans importance de relever à cet égard que les parlementaires souffrent, disent-ils, d'un déficit réel d'information sur les besoins prioritaires en matière de santé, et surtout d'évaluation de l'impact des actions de santé, pour effectuer, de façon argumentée, les choix les plus pertinents qui pourraient dépasser la simple définition de l'ONDAM.

Le juste panier, c'est ici sans doute le juste choix de la dépense publique; son périmètre définira l'ambition politique de la protection pour tous, en particulier des plus vulnérables. On conçoit qu'il s'agisse bien d'un choix stratégique crucial.

Le PBS : un indicateur de qualité du système de soins

Dès lors que le panier de biens et services est conçu comme un ensemble de prestations dues en toutes circonstances à tout citoyen, il apparaît comme l'élément fondateur de la qualité du système de soins à condition qu'il réponde au critère essentiel de sa légitimité : l'accessibilité pour les besoins prioritaires.

En d'autres termes, le panier de biens doit répondre à une haute ambition, celle de ne méconnaître aucune réponse essentielle au besoin de soins, nécessairement accessible à l'ensemble des citoyens, et cela en dépit des contraintes d'accès géographique, social, culturel, étant entendu que les contraintes économiques doivent être résolues par des évaluations prévisionnelles de prise en charge.

Mais cette accessibilité pour tous n'est qu'un élément de la qualité. Les prestations mises en œuvre doivent concerner les biens et les services les plus efficaces, mais aussi les plus sûrs vis-à-vis des critères de sécurité.

Plus encore, l'efficacité recherchée doit être mesurée sur le long terme. Elle ne saurait être une réponse ponctuelle dans l'urgence face à une situation aiguë. Elle doit permettre le recours à l'ensemble des compétences nécessaires pour des réponses durables.

Aussi, parce qu'il doit répondre à des choix de santé prioritaires, le panier de biens ne peut inclure que des prestations de qualité contrôlée et validée.

Enfin, le panier de biens - et ce critère n'est sans doute pas dissociable des critères de qualité, d'équité, et de respect de la personne - doit être conçu comme un droit reconnu à chaque citoyen, sans restriction, quels que soient les comportements favorables ou non à la santé des personnes concernées. Il s'agit là d'un principe de respect de la liberté des comportements, fussent-ils préjudiciables à la santé.

Ce droit au soin, à tous les soins dès lors qu'ils entrent dans les concepts de ce panier de biens, doit être octroyé avec le souci de préserver, ou de renforcer, la dignité des personnes atteintes, et de protéger leur intimité.

Ce sont les réponses à l'ensemble de ces questions, en y intégrant cette exigence de qualité, et ces contraintes de transparence, qui doivent aujourd'hui permettre la redéfinition du panier de soins.

C'est à cette tâche que le HCSP veut contribuer pour permettre au panier de biens et services d'être à la fois le socle de la démocratie sanitaire et l'outil d'une politique de santé publique capable de répondre avec efficacité et efficience aux priorités de santé.

Résumé

Ce rapport constitue une première approche du HCSP de la problématique du panier de biens et services de santé telle qu'elle peut se poser en France.

Le panier de biens et services peut être défini comme la liste des services de santé et biens médicaux faisant l'objet d'une prise en charge par la tutelle et/ou les assureurs obligatoires et complémentaires. Son analyse doit porter à la fois sur son contenu et sur ses déterminants institutionnels. L'élaboration du panier de biens et services utilise une expertise scientifique, mais elle nécessite aussi des choix d'ordre politique, et ces deux niveaux doivent être articulés.

Il existe actuellement un panier implicite défini en " extension " par différentes nomenclatures (NGAP, TIPS, ACP) et en intention (soins hospitaliers, consultations, visites). Les nomenclatures définissent le périmètre de biens et services admissibles au remboursement par l'assurance maladie, le tarif de ces biens et services et le niveau de prise en charge par l'assurance maladie.

Dans l'optique du HCSP il doit intégrer la prévention, les soins curatifs, la réadaptation ainsi que l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique du patient.

L'expérience de certains systèmes étrangers nous apprend que l'élaboration du panier de biens et services résulte d'un partage de responsabilités entre les différents acteurs en fonction des rôles que le système de santé leur attribue et de la conception de la justice sociale qui prévaut.

L'ensemble des biens et services pris en charge actuellement en France constitue la résultante de l'évolution des facteurs régissant l'organisation du système de soins : valeurs sociétales, environnement socio-économique, protection sociale, croissance de l'offre médicale.

Fondée au départ sur la revendication du droit à la santé, sur les possibilités offertes par une croissance économique relativement forte, la prise en charge des services et biens de santé se situe dès la fin des années 70 dans le cadre d'une politique de régulation tentant d'adapter l'évolution de la demande à celle des ressources disponibles. Les réformes mises en œuvre se caractérisent principalement par une régulation de l'offre et de son financement.

Durant les années récentes de nouvelles orientations se dessinent qui tentent de répondre à des revendications de gestion plus rationnelle du système de soins. Les nouvelles politiques devraient se caractériser par un recentrage sur la demande des patients, sur une prise en charge des avancées médicales fondée sur l'évaluation et l'accréditation. Ces orientations impliquent une évaluation approfondie des biens et services pris en charge ainsi que l'élaboration d'instruments adaptés à cette évaluation. Elles doivent intégrer une approche focalisée beaucoup plus sur les produits du système que sur ses structures.

La problématique de détermination du panier de biens et services doit poser la question du champ de prise en charge, et de la variabilité du périmètre de ce champ compte tenu de l'évolution des nouvelles possibilités d'investigation médicale et des attentes que ces dernières génèrent.

La santé est un domaine d'intervention publique soumis à la problématique du " collectivement possible ". Il s'agit pour les responsables de fonder leurs décisions sur une éthique des choix : recherche de l'équité d'accès aux soins, recherche de l'efficacité et de l'efficience exprimant la capacité d'un système de santé à proposer

ses produits pour un maximum de satisfaction compte tenu des contraintes économiques.

Le processus décisionnel implique un consensus de la communauté scientifique sur le contenu et la qualité du panier de biens et services. Les choix cependant doivent, en dernier ressort, résulter d'un débat démocratique. Un des enjeux de l'élaboration d'un panier de qualité réside dans la capacité d'organiser ce débat démocratique de façon à favoriser des phénomènes d'apprentissage collectifs, de l'ordre de ceux amorcés lors des États généraux de la santé.

1. DÉFINITIONS

1. **Ensemble des soins médicaux** : Biens et services produits par des entreprises ou des personnels médicaux (Code de la santé publique). Les biens et services médicaux sont en principe produits et consommés dans une optique de réduction de la mortalité, réduction de la morbidité, réduction de la durée des maladies, réduction des handicaps, stabilisation des maladies chroniques et incurables, prévention des complications. La concordance entre ces objectifs et la pratique effective dépend des conditions du recours aux soins (déroulement dans le temps) et de l'opportunité des processus qui s'ensuivent (qualité des producteurs entre autres).
2. **Panier de soins et biens médicaux** : sous-ensemble des soins médicaux choisi en fonction de certains critères. Par exemple, on peut parler :
 - du panier de soins disponibles (offre de soins).
 - du panier de soins consommés (consommation médicale d'un individu ou d'un groupe d'individus).
 - du panier de soins pris en charge dans un contrat d'assurance (étendue des garanties).

Quelle que soit l'autorité qui définit un panier de soins (biens et services), il lui faut définir ses éléments soit en extension par appartenance à une liste finie, soit en intention (éléments répondant à un ou plusieurs critères), ou encore en combinant ces deux approches.

La détermination d'un panier de soins selon l'approche " extension " demande une décision (oui ou non) pour chacun des biens et services candidats à l'inclusion dans le panier. Au sein de ce panier le niveau de remboursement permet cependant de moduler la prise en compte effective; selon l'approche " intention " ce sont les caractéristiques techniques, économiques, sociales, géographiques... de regroupements de biens et services qui peuvent être prises en compte. Les études préliminaires aux décisions sont bien différentes dans les deux cas par leur envergure et leur nature.

2. Historique et émergence du concept

Le panier de biens et services peut être défini comme la liste des services de santé et des biens médicaux faisant l'objet d'une prise en charge par la tutelle et/ou le financement d'un système de santé.

Évoquer ce panier dans un système de santé conduit à s'interroger sur les choix qu'une société, à un moment donné, est conduite à effectuer pour retenir des priorités.

Même si l'idée d'un panier bien délimité n'a été que rarement évoquée, la limitation a toujours existé quels que soient le pays et le système en cause.

L'analyse du panier de biens et services tel qu'il existe en France actuellement est le résultat d'une évolution du système de protection sociale et du système sanitaire.

La présentation qui est proposée ici est construite sur un mode chronologique, cependant les différentes étapes de l'évolution de la conception du panier de biens et services sont situées par rapport à leur environnement, aux conditions économiques et sociales qui ont guidé les choix effectués en matière d'organisation et de gestion de la santé.

Dans les systèmes de santé excluant totalement ou pour une grande partie les mécanismes de marché dans la détermination de l'allocation des ressources et dans l'adéquation de l'offre et des besoins, plusieurs critères fondent les choix réalisés :

- L'efficacité qui exprime la capacité d'un système de santé à proposer ses produits pour un maximum de satisfaction compte tenu des contraintes économiques,
- l'équité qui résulte de la logique de répartition des ressources,
- l'éthique du système qui se rapporte à une conception de la justice sociale.

2.1. L'accompagnement de la croissance

2.1.1. L'offre et la revendication du droit à la Santé

Notre système de santé et de protection sociale peut être daté de 1945, de l'instauration de la sécurité sociale qui fonde les principes d'accès aux soins.

L'organisation du système se structure en fonction de l'impératif d'une couverture universelle de l'accès aux soins qui doit tendre vers un objectif d'équité d'accès aux soins. La réalisation est prévue par étapes.

Un partage de compétences est institué entre l'État à qui reviennent les prérogatives régaliennes et l'assurance maladie qui garantit l'accès aux soins par gestion paritaire des partenaires sociaux. À l'État la prévention et la lutte contre les " grands fléaux sociaux ", à l'assurance maladie la prise en charge de la " maladie constituée ".

L'époque est à la reconstruction de l'économie. Les objectifs fondamentaux se focalisent sur le maintien et l'amélioration de l'état de santé de la force de travail - le premier régime d'assurance maladie est bien le régime des " travailleurs salariés " - et sur le développement des structures sanitaires.

Le passé va revenir pour compliquer la construction prévue. D'une part, par le maintien des mutuelles qui permettent de conserver certains avantages acquis et qui vont trouver dans une particularité française du nouvel édifice social, l'institution du ticket modérateur, une raison de se maintenir. D'autre part, par la référence à la charte de la médecine libérale de 1928, et particulièrement aux dispositions de l'entente directe.

2.1.2. Les modalités de détermination des biens et services pris en charge.

- La recherche d'équité constitue le critère primordial. Le renouveau français l'exige tant d'un point de vue social qu'économique. Le principe qui va régir la gestion du système est le principe du droit à la protection de la santé. Une ordonnance de la sécurité sociale détermine les risques couverts et donc délimite déjà un panier de biens et services.
- L'efficacité du système, à cette époque, reste un objectif lointain. Elle s'inscrit dans la reconstruction nécessaire des structures sanitaires et progressivement dans le processus de croissance qui va se développer à partir des années cinquante.

Cette orientation est d'autant plus concevable que les possibilités de soins sont modestes. Nous ne sommes pas encore dans l'ère des avancées médicales.

L'évaluation des produits du système de soins ne se pose pas. La croissance va justifier, pendant de longues années le " toujours plus " et l'accroissement de l'offre sanitaire. En fait, c'est le code de déontologie présenté en 1946 qui va justifier les modalités de l'offre de soins.

L'époque est à l'extension quantitative du panier de biens et services offerts, qui ne fait donc pas l'objet d'une réflexion spécifique.

Le périmètre du panier, bien qu'évolutif, délimite essentiellement le champ de la pathologie et va concerner des prestations en espèces et des prestations en nature. Ce n'est pas encore la santé qui est prise en considération mais plutôt le risque maladie.

2.2. Les perversions de la croissance.

2.2.1. Accroissement et mutations de l'offre de soins

A partir de 1958 la politique d'extension des structures sanitaires s'accélère en prenant appui sur une accélération de la croissance économique. Généralement ce type d'étape se traduit par des tensions sociales générées par les revendications relatives au partage des " fruits de la croissance ". Le domaine de la santé va connaître plusieurs processus : l'accroissement du parc hospitalier associé à une mutation de la nature de l'hospitalisation, le début de la généralisation de la couverture sociale, l'organisation des relations entre le corps médical libéral et l'assurance maladie.

En décembre 1958 une série de directives va réorganiser l'hospitalisation. Les hôpitaux vont devenir des centres sanitaires porteurs des premières grandes innovations technologiques. Il faudra attendre la fin des années 60 pour que s'expriment les premières inquiétudes de responsables, évoquant l'inadéquation prochaine entre offre hospitalière et besoins. L'inflation spécifique du système de santé était nommée. La régulation à cette époque, c'est le prix de journée financé par la croissance économique.

Par ailleurs, la négociation conventionnelle et la gestion de l'assurance maladie intègrent des relations de type contractuel entre caisses et professionnels.

2.2.2. Extension de la protection sociale

Enfin la couverture sociale se généralise par la création de régimes d'assurance maladie sur des bases corporatistes. Les cotisations sont différentes, les prestations aussi. L'objectif d'équité est battu en brèche par l'apparition d'une gestion catégorielle associée à une sollicitation de plus en plus forte de l'offre par la demande.

2.2.3. La recherche de l'efficience

Qu'en est-il de l'efficience ? On voit poindre l'évocation d'une gestion de l'offre en fonction des besoins. Pour la première fois, ces derniers vont s'intégrer dans une problématique économique, devenir des catégories économiques. Mais on reste sur un modèle de gestion de l'offre caractérisé par l'absence de dispositif de régulation tenant compte d'une réalité qui se développe.

L'intervention des institutions se légitime essentiellement par l'ambition de proposer une infrastructure à la hauteur des moyens disponibles.

Les services offerts s'inscriront encore, jusqu'aux premières années 70, dans une logique d'extension. L'instance décisionnelle se fixe comme domaine d'intervention légitime l'offre hospitalière en poursuivant un objectif de rationalisation et de modernisation. Elle répond à une demande, tant au plan quantitatif que qualitatif, appuyée par une reprise du processus de généralisation de la protection sociale.

2.3 Crise économique et avancées médicales

La loi du 31 décembre 1970 va étendre fortement les missions des hôpitaux publics. Outre ses missions traditionnelles de soins, d'enseignement et de recherche, l'hôpital public est chargé d'actions de prévention, d'éducation sanitaire et d'aide technique aux praticiens non hospitaliers. L'hébergement n'est plus la mission centrale. L'accent est mis sur le besoin de technicité, l'hôpital s'affirme en fonction du plateau technique. Cette mutation qualitative est importante.

2.3.1. Les contraintes économiques dans un domaine en extension.

Les répercussions de la crise de maturité des économies occidentales fortement accentuée par la succession des deux " chocs pétroliers " dans le courant des années 70 vont prendre à revers l'extension de l'offre de soins et aggraver l'inflation spécifique du domaine de la santé.

La rationalisation budgétaire devient l'élément important du débat. Le concept de maîtrise des dépenses de santé apparaît en tant que ligne directrice des politiques menées.

2.3.2. L'émergence d'un panier de santé publique

Dans ses conclusions, le VIIème Plan affirme la nécessité de limiter les équipements (application stricte de la carte sanitaire et révision des programmes de construction hospitalière à partir de 1977), de contrôler la démographie médicale, de promouvoir la responsabilité des médecins et des personnels de santé (études comparatives de l'activité des praticiens et de l'importance de leurs prescriptions par les " profils médicaux ", association à la gestion hospitalière).

Par ailleurs, le champ de la santé prise en charge s'étend. Les objectifs prioritaires proposés par ce même Plan s'étendent à la lutte contre les accidents, l'alcoolisme, le cancer, les maladies mentales, les affections cardiovasculaires, certaines affections du nouveau-né. Il devient indispensable de développer la recherche en santé publique.

Le VIIIème Plan recommandera plus tard de " concrétiser la dimension globale d'une politique de prévention en cherchant à mieux intégrer les objectifs de prévention à la gestion du système de santé, à mieux les insérer dans l'exercice médical en vue d'une médecine globale, afin de dépasser en définitive la coupure entre préventif et curatif ".

La couverture sociale maladie est quasiment généralisée en 1976.

2.3.3. L'encadrement budgétaire du panier de biens et services

On aborde ainsi progressivement la notion de panier de biens et services à partir d'une perception de la dimension économique de la santé, ou plus précisément de la

distorsion entre croissance des ressources disponibles et croissance des dépenses générées par l'évolution de l'offre médicale. La problématique de sa gestion se complique par les changements qualitatifs de l'offre de soins et les incitations que ces derniers exercent sur la demande.

La régulation du système - et le concept apparaît pour la première fois sous son acception de contrainte - va constituer l'objectif premier de la politique de santé.

Les mesures vont se concrétiser par une réforme du financement de l'hospitalisation. Des expérimentations initiées en 1978 vont conduire à l'adoption de la loi d'août 1983 instituant la dotation globale hospitalière. Mais que gère-t-on à l'intérieur d'un budget global ?

Le périmètre du panier de biens et services ne change pas. Ainsi notamment la dichotomie entre soins curatifs et prévention persiste malgré les intentions des responsables à la fin des années 70.

2.3.4. Panier de biens et services et avancées médicales

Le problème posé est d'autant plus grave que les années 80 constitueront le départ d'avancées médicales importantes. Le modèle gestionnaire et décisionnel ne permet pas de juger de la qualité des services proposés. Les outils de mesure sont balbutiants (ORS, PMSI, enquêtes épidémiologiques), certains inadaptés à la connaissance (les nomenclatures sont utilisées à des fins gestionnaires essentiellement et intègrent l'impératif du secret médical) ou inexistantes (procédures d'évaluation).

Selon la terminologie des textes l'assurance maladie continue à " rembourser des frais ".

Si d'autres pays au cours des années 80 ont déjà inséré dans la gestion de leurs systèmes de santé des procédures systématiques d'évaluation, en France elles ne sont introduites que dans un seul secteur, la pharmacie.

2.4. La recherche d'une légitimité de l'offre

2.4.1. L'impératif d'une connaissance des activités

La question de la mesure des activités va se poser avec d'autant plus de force que régulation financière et généralisation des procédures d'enveloppes globales vont aboutir à des résultats assez faibles.

L'inadaptation de l'offre aux besoins devient un problème de plus en plus important compte tenu de la persistance de tensions économiques, de l'émergence de problèmes nouveaux liés aux carences de la politique de santé publique, de l'apparition de phénomènes sociaux tels que la précarité.

2.4.2. De nouveaux instruments

L'insuccès des mécanismes de maîtrise comptable va conduire à intégrer un instrument nouveau de gestion des activités, la maîtrise médicalisée, instaurée par la loi Teulade en 1993. L'ANDEM est créée en 1992.

En 1994, le rapport du Haut Comité de la santé publique propose 21 objectifs spécifiques pour des problèmes de santé prioritaires, et les conférences régionales de santé sont créées. Des programmes régionaux de santé sont mis en œuvre. Les

ordonnances d'avril 1996 prévoient le vote par le Parlement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et instaurent la Conférence nationale de santé qui doit proposer des priorités pour une politique de santé publique et des orientations pour la prise en charge des soins.

En réalité, les diverses mesures sont conduites en termes institutionnels. Et la réforme de 1996, bien qu'affirmant la nécessité d'une orientation vers les besoins s'inscrit dans cette tendance du système de régulation français, modèle fortement ancré sur l'instance centrale de décision. Cependant, la nécessité de passer d'une logique de structures à une logique d'activités se fait de plus en plus pressante.

2.5. La nécessité d'une nouvelle approche

Cette logique devrait permettre d'intégrer la dimension qualitative des activités et conduire de façon plus rationnelle à la prise en compte d'une conception globale de la santé. La stigmatisation des gaspillages constitue une orientation sage mais ne répond pas forcément à la nécessité d'une vision globale associant dans une continuité structurelle l'ensemble des interventions allant de la prévention aux soins et à la réadaptation. La résolution des problèmes d'équité et de légitimation de la décision et de la gestion passe par l'adoption de cette conception globale. Il s'agit d'adopter une démarche éclairée. Les choix effectués doivent faire l'objet d'un consensus national.

3. Problématique du panier de biens et services de santé

La réflexion que nous devons avoir sur le panier de biens et services peut prendre comme principe de base l'avis présenté par le Comité Consultatif National d'Éthique sur les sciences de la vie et de la santé :

" Il n'y a pas lieu de porter de jugement éthique a priori sur la tendance à l'augmentation des dépenses de santé, et on peut concevoir que le but du développement économique étant celui du bien-être de l'ensemble des citoyens, ceux-ci considèrent légitime d'allouer à la protection et à l'amélioration de leur santé une part accrue des richesses qu'ils produisent ou contribuent à produire. En d'autres termes, il n'existe probablement pas de norme fixant à un niveau précis la part des fruits de l'effort collectif et des efforts individuels qu'il est légitime de consacrer à la préservation et à l'amélioration de la santé. Ce niveau ne peut être que le résultat d'un choix, personnel et de société, aboutissement d'un réel débat démocratique dans ce second cas.

La recherche d'un optimum à l'échelon de la politique d'ensemble de la nation, tout en ménageant une place aux considérations d'efficacité économique, se fonde à titre essentiel sur des critères éthiques. Les uns et les autres ne sont pas systématiquement contradictoires car ils conduisent dans tous les cas à réprouver le gaspillage. L'approche économique et l'approche éthique dans le champ de la santé doivent être complémentaires.

Le principe de Pareto peut être lu en termes d'éthique: lorsque la chose est possible sans détériorer la situation de personne, il n'est pas bon de négliger des possibilités de réallocation des ressources rares qui permettent d'améliorer la situation de certains". (Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé - juillet 1998).

Les besoins peuvent être illimités, les ressources sont rares.

Le problème de toute société consiste fondamentalement à répartir de façon équitable les ressources rares entre individus vivant en collectivité.

La résolution de ce problème passe par la détermination implicite ou explicite des biens et services susceptibles d'être proposés, ainsi que par l'organisation des échanges. Les modalités d'organisation des échanges entre producteur et consommateur dépendent de l'idéologie gouvernant les relations entre acteurs sociaux.

Dans le domaine de la santé les relations offre-demande n'impliquent pas simplement un producteur de soins ou de biens - le praticien, l'industriel - et un demandeur - le patient -. Un troisième type d'acteur intervient : les instances de tutelle et de financement qui structurent les relations offre-demande et définissent ce qui doit être produit pour satisfaire une demande qui fatalement ne peut s'exprimer en toute connaissance.

En tout état de cause, une légitimation des instances de décision s'impose :

Selon quels critères, selon quelles modalités les décisions sont-elles prises ? Quelles modalités institutionnelles d'organisation sont prévues pour mieux appréhender la demande ?

Le problème fondamental est celui de *la détermination du champ des possibles* compte tenu d'impératifs d'ordre éthique, sanitaire (qualité des soins) et d'ordre économique.

La santé constitue un domaine d'intervention publique et s'insère à ce titre dans une problématique complexe. La santé, de par sa résonance sociale, éthique, est gérée par une instance exprimant la demande collective. Ceci signifie que les ressources qui lui sont accordées doivent résulter :

- d'un arbitrage budgétaire entre les domaines d'intervention publique,
- d'une évaluation de l'état des comptes sociaux,
- de la répartition des biens et services de santé, dont le volume est nécessairement contraint, entre les individus, de façon équitable, à qualité égale (principe de solidarité),
- d'une appréciation de la qualité des biens et services susceptibles d'être proposés,
- d'une rémunération socialement acceptable des activités de soins.

Se pose ici la question de savoir qui peut légitimement définir *le collectivement possible*. Par qui les décisions doivent-elles être prises ? En fonction de quels critères ?

Selon quelles modalités déterminer la répartition des biens et services :

- Gestion par enveloppes ?
- Restriction d'accès à certaines thérapeutiques ?
- Rationnement occulté : limitation des durées de séjour, examens par des technologies moins coûteuses ?
- Limitation des fréquences de prise en charge de certains examens préventifs ?
- Rationnement " passif " : dépistage spontané (initiative du patient) ou campagne de dépistage ?

L'acceptation de telles limitations peut se fonder sur la résolution de deux objectifs :

- Réduire la surconsommation sanitaire (objectif de l'assurance maladie) révélatrice de gaspillage et génératrice d'inégalités sociales.
- Remédier à la sous-consommation sanitaire induisant une dégradation de l'état de santé, d'autant plus grave qu'elle concerne des populations défavorisées.

La problématique qui se pose à notre réflexion consiste à introduire dans le processus de détermination et la gestion des soins actuellement proposés par notre système, *une logique de santé publique*.

Cette logique doit se fonder sur un certain nombre de références :

- Qualité des soins qui peuvent être dispensés,
- Equité d'accès aux soins,
- Efficience allocative exprimant la recherche de la meilleure distribution possible, et socialement acceptable, des ressources disponibles.

Ces références doivent s'insérer dans les processus de gestion du système de soins et tenir compte :

- Du type d'équité sur lequel se fondent les mécanismes de distribution des ressources,
- Des mécanismes garantissant l'efficience de la distribution,
- Du champ couvert par la santé prise en charge (l'exclusion de certains domaines ou leur prise en charge partielle doit répondre à des critères clairement définis).

L'orientation vers la recherche d'une plus grande rationalité peut-elle consister à préconiser des choix explicitement exprimés ? Cette option ne risque-t-elle pas d'être dangereuse, en risquant de figer un panier de biens et services et de le rendre difficilement adaptable aux nouvelles technologies ? Par ailleurs, des procédures complexes doivent être mises en œuvre pour le formaliser (voir " expériences étrangères " : Pays-Bas, Oregon).

En l'absence de choix explicites, les décisions sont prises implicitement par les médecins, les hôpitaux et les autorités sanitaires. Cette option se caractérise généralement par un manque de cohérence de la politique sociale et une absence de justification des choix effectués. C'est cette irrationalité qu'il nous faut prendre en compte dans le cas français.

Cette option a peut-être l'avantage d'une certaine souplesse, cependant il demeure indispensable de rechercher un lieu de consensus qui rassemble l'ensemble des acteurs. Elle implique la poursuite d'une connaissance de ce que l'on produit et doit s'orienter vers une transparence des activités de soins, de gestion et de financement.

Le système de santé français a été caractérisé très longtemps par une gestion de l'offre.

L'orientation vers l'analyse des besoins et des soins appropriés est relativement récente mais le problème demeure d'insérer cette orientation dans les processus de décision.

L'organisation du système de santé demeure fondée sur l'allocation des ressources en fonction des structures.

La prise en compte du panier de biens et services implicite et la volonté de le gérer rationnellement impliquent *un renversement de cette approche*. Il s'agit de juger des activités proposées pour agir ensuite sur l'amélioration de l'organisation des structures.

La réflexion doit :

- Prendre en compte le bien-fondé du panier de biens et services implicite proposé,
- Compte tenu des ressources,
 - Définir quelles valeurs doivent fonder la constitution de ce panier,
 - Évaluer dans ces conditions le modèle le plus apte à déterminer le panier le plus rationnel,
 - Qui doit le déterminer ?
 - Quel type de consensus peut-on imaginer entre les divers acteurs pour mettre en œuvre le modèle ?

4. Détermination d'un PBS : légitimité des choix

Comme nous l'avons montré précédemment, il existe déjà, de façon implicite, un panier de biens et de services remboursables, dont les contours sont mal définis. Il résulte de la juxtaposition de nomenclatures et d'une organisation de l'offre qui conduit, de fait, les praticiens à effectuer des choix dans le mode d'orientation des malades, selon les places disponibles en fonction des besoins qui leur semblent prioritaires.

Ainsi, un panier de biens et de services remboursables s'impose aux citoyens, sans que les choix aient été débattus, avec des situations qui conduisent à un panier variable pour des individus qui auraient les mêmes besoins. Une démarche porteuse d'équité consiste à remplacer ces critères implicites par un positionnement transparent sur les valeurs sociétales qui doivent guider ces choix, et sur les méthodes qui pourraient permettre de retenir, de façon légitime, les critères pertinents et de les hiérarchiser.

4.1. Définition des valeurs sociétales qui permettent de guider les choix

4.1.1. Équité et liberté

De même que les éléments constitutifs de la devise nationale française – liberté, égalité, fraternité - ont été proposés en 1992 par le HCSP comme principes fondateurs d'une politique de santé publique, ces valeurs peuvent être proposées, en les adaptant, comme principes directeurs dans l'élaboration d'une démarche de définition d'un panier de biens et de services remboursables. On pourrait ici proposer comme valeurs devant fonder le PBS la solidarité, l'équité et le respect de la liberté de la personne.

L'égalité est citée dans la plupart des pays qui ont tenté d'explicitier les choix de santé. Elle peut être déclinée de façon variable selon le point de vue que l'on souhaite adopter.

L'égalité d'accès aux soins, valeur là encore partagée, n'est plus déclinée de la même façon selon la théorie de justice sociale à laquelle on se réfère. En fonction du positionnement par rapport aux théories procédurales, où seules les inégalités de santé à la naissance sont corrigées, et aux théories conséquentialistes et Rawlsiennes, on amorce déjà la construction de l'algorithme de décision relatif à l'intégration dans le panier de biens et de services remboursables d'éléments nécessaires du fait d'un comportement " à risque " du malade.

Compte tenu du principe de liberté, l'algorithme peut paraître évident à construire. Le respect de ce principe suppose le respect des comportements individuels. Il n'est alors pas envisageable de refuser à un individu d'accéder à des biens et services remboursables parce que son comportement aurait provoqué ce besoin. D'autant que le respect du principe de liberté amène à s'interroger sur la non-perception potentielle du risque par un individu, alors que son comportement n'aurait pas forcément été le même s'il avait bénéficié d'une éducation à la santé.

La question de l'intégration de l'éducation à la santé dans le panier de biens et de services de santé apparaît donc fondamentale.

Cette question intervient également si l'on veut respecter le principe d'équité sociale dans sa dimension financière mais également culturelle. Des actions de prévention doivent alors également être incluses dans le panier de biens et de services remboursables.

Néanmoins, une fois admis le principe de l'intégration d'actions d'éducation à la santé et de prévention dans le panier de biens et de services remboursables, les critères qui permettent de fonder les actions à intégrer restent à établir.

De plus, par l'exemple des individus présentant des facteurs de risque pour lesquels des actions de prévention pourront être nécessaires alors qu'elles ne seraient pas justifiées pour l'ensemble de la population, on conçoit que le panier de biens et de service ne puisse se définir par une décision binaire d'intégration d'un bien ou d'un service. Il s'agit de définir les critères qui permettront, pour un type de malade donné, de se positionner face à une demande relative à un bien ou service de santé remboursable.

Mais ces composantes ne sont pas encore suffisantes, car le panier de biens et de services, s'il se résume à un contenu ou aux modalités qui permettent de définir ce contenu, ne répond pas encore au principe d'équité. Il n'y a pas d'équité par exemple si le service remboursable n'est pas accessible du point de vue géographique. L'organisation des soins vise à permettre un maillage du territoire permettant l'accessibilité géographique. Néanmoins cette accessibilité est actuellement étudiée selon la nature du service rendu, à qualité de prise en charge supposée équivalente, ce qui n'est pas forcément la réalité. Il n'y a pas non plus d'équité si le service est géographiquement accessible mais non disponible de façon effective (exemple de l'accès aux péridurales lors des accouchements, service théoriquement remboursé mais souvent non disponible du fait de la pénurie d'anesthésistes).

4.1.2. Solidarité

Le respect du principe de solidarité impose de récuser d'emblée une utilisation de critères fondés uniquement sur des considérations d'efficacité du type " maximisation du nombre d'année de survie par franc dépensé corrigé par les QALYS ", car ils conduiraient à pénaliser les personnes handicapées ou âgées, et plus généralement les personnes dont la qualité de vie est moins bonne que les autres, ce qui revient à accentuer les inégalités. Des solutions visant à pondérer les QALYS selon les individus ont été envisagées mais le choix même des modalités de pondération reste complexe.

Le Comité national d'éthique note que " s'il est possible de définir l'efficacité technique des soins médicaux sans faire appel à l'éthique, il n'en va pas de même en ce qui concerne l'efficacité économique des politiques publiques ou des choix collectifs. La volonté de respecter ce principe de solidarité explique que plusieurs pays travaillant sur des démarches analogues de définition d'un panier de biens ou de services remboursables soulignent la nécessité d'accorder une priorité spécifique aux groupes sociaux vulnérables ou encore aux personnes dont l'autonomie est réduite ".

4.2. Efficacité / Efficience

Une fois reconnue la légitimité d'une démarche de définition d'un panier de biens et de services remboursables, dans un contexte où le parlement vote un objectif national des dépenses d'assurance maladie, le choix ne peut être lui-même légitime que si le " rationnement " est vraiment nécessaire pour respecter les principes d'égalité et de solidarité. Cela revient à privilégier une politique de maîtrise médicalisée des dépenses de santé afin de s'assurer l'optimisation des ressources consommées, c'est-à-dire que les biens et services fournis sont bien conformes à ce que la collectivité est en droit d'attendre, compte tenu des ressources affectées à leur production.

Le critère efficacité intervient donc en amont. Toujours du fait du respect des principes de solidarité et d'équité, il intervient également, en dehors de toute considération économique, pour récuser les biens et services qui n'apportent aucun bénéfice en termes de santé, au sens de la définition de l'OMS.

Pour le médicament, on utilise déjà un critère de choix de ce type. Le *service médical rendu* permet de renseigner ce critère d'efficacité, et le médecin est tenu de signaler sur l'ordonnance le cas où il prescrit un médicament en dehors de l'indication thérapeutique pour laquelle le produit a été admis au remboursement.

Pour les services de santé, on peut proposer, de même qu'aux Pays-Bas, un mode décisionnel qui, en première approche, répertorie les consensus basés sur des évidences scientifiques afin d'éliminer les services non nécessaires pour un malade donné à un moment donné de sa maladie.

Les informations relatives au critère d'efficacité pourraient en fait être prises à un niveau européen ou international.

Ce critère d'efficacité, s'il est utilisé comme en Oregon pour hiérarchiser des priorités, peut a contrario aboutir aux situations décrites précédemment, où les individus répondant bien à un traitement (en termes de survie et de qualité de vie) et les pathologies dont les traitements présentent un bon rapport coût/efficacité apparaîtraient prioritaires sans que ce choix soit conforme aux valeurs sociétales prédéfinies.

4.3. Formulation d'un algorithme d'aide à la décision

Une fois précisées les valeurs qui sous-tendent la décision, la formulation d'un algorithme d'aide à la décision passe par la détermination des dimensions qui entrent en jeu dans la définition du panier de biens et de services.

Ce caractère multidimensionnel constitue un facteur de complexité, du fait de la difficulté de comparabilité des dimensions entre elles. La détermination de critères acceptables par l'ensemble des acteurs du processus décisionnel devrait permettre de hiérarchiser ces différentes dimensions entre elles et de les pondérer. La démarche de détermination d'un panier de biens et de services nécessite en effet

l'expression des préférences globales sur l'ensemble des dimensions qui, de manière explicite, auront été jugées pertinentes.

En outre, pour une dimension donnée, il faut pouvoir construire une échelle de préférence qui fera l'objet d'un consensus des différents acteurs.

Cette hiérarchisation des dimensions à prendre en compte, ainsi que l'explication des critères jugés pertinents pour fonder la décision doivent permettre de légitimer les choix et de s'assurer de leur cohérence. Toutefois, le choix des dimensions à retenir, des modalités de hiérarchisation et des critères pertinents ne s'impose pas de façon évidente par rapport aux valeurs sociétales précitées, même si elles peuvent servir de guide. Ce choix est nécessairement arbitraire et relève d'une rationalité procédurale. Ainsi la légitimité de la décision dépendra des modalités adoptées pour que cette décision soit prise en ayant soumis à un débat démocratique les grandes lignes du processus de décisions et les phases du processus où un choix, nécessairement arbitraire, doit être réalisé (cf 4.4.3).

4.4. Expression des préférences

4.4.1. Le rappel des valeurs sociétales

Ces valeurs trouvent leur fondement dans la Constitution. Les principes fondateurs " liberté, égalité, fraternité " et donc équité et solidarité n'ont pas à être remis en question. Le HCSP peut légitimement les proposer.

4.4.2. L'optimisation des dépenses

L'optimisation des dépenses de santé est un préalable à toute forme de choix. Définir les biens et services qui ne sont pas nécessaires du fait de l'absence de bénéfice attendu semble plutôt du ressort de l'expertise professionnelle que du débat démocratique. Cette expertise peut être internationale.

4.4.3. Les modalités d'association des différents acteurs à la définition de l'algorithme décisionnel

Nous avons vu que la rationalité de décision est procédurale et que la légitimité de la décision sera fonction de la capacité à soumettre les choix qui ne découlent pas directement de l'expertise scientifique ou sociale au débat démocratique.

La définition des dimensions qui paraissent pertinentes pour élaborer une démarche de définition du panier de biens et de services ainsi que la détermination des critères qui permettront de pondérer ou de hiérarchiser ces dimensions doivent être soumis à un choix citoyen.

Chaque nouvelle dimension, avant d'être intégrée, doit être envisagée dans sa conformité aux valeurs sociétales précitées. Cette intégration des critères relève du débat démocratique qui doit être organisé de façon à éviter un choix arbitraire fondé sur une notion abstraite de l'intérêt général ou un choix qui resterait maîtrisé par les acteurs politico-administratifs habituels avec des actions de " communications manipulatrices ", permettant de le légitimer (P. Lascoumes, *L'expertise peut-elle être démocratique ?*, Le Monde des débats, novembre 1999).

La question qui se pose alors est celle de l'organisation du débat démocratique. L'expérience des États généraux de la santé peut servir de point de départ, ainsi que les expériences menées dans d'autres pays (notamment jury de citoyens en Grande Bretagne). Elle relève de cette nouvelle logique qui conduit à l'organisation de forums

hybrides afin de favoriser les phénomènes d'apprentissage collectif et d'élaborer de véritables dispositifs délibératifs. Pour Pierre Lascoumes, " *A côté de la rationalité légale formelle de l'État de droit et de la rationalité matérielle scientifique du juste état des connaissances, se dessinerait une rationalité délibérative ou contre-technocratique* ".

A contrario, l'expertise professionnelle doit permettre d'exclure les biens et services non nécessaires et de restreindre ainsi le champ des possibles.

5. Détermination d'un PBS : quels enjeux pour l'utilisateur

Dans la mesure où en France l'assurance maladie obligatoire ne prend pas en charge l'ensemble des soins médicaux, il existe de fait un panier de biens et services médicaux remboursables qui relève à la fois d'une définition en extension (liste positive de produits pharmaceutiques, NGAP) et d'une définition en intention (soins hospitaliers, consultations, visites).

5.1 Le panier de soins couverts : élément du contrat assureur/assuré

Les individus qui souscrivent une assurance souhaitent savoir quel est le champ de la couverture et quelles en sont les modalités (taux de couverture, plafond...) ; l'assureur est généralement prêt à proposer un panier de soins plus vaste en échange de primes plus importantes – l'assuré peut accepter de payer plus pour une couverture plus généreuse d'un panier de soins plus étendu ou il peut rechigner à souscrire un contrat dont les garanties sont trop restreintes à ses yeux. En théorie au moins, les assurés et les assureurs mettent en balance le montant des cotisations et l'étendue des prestations.

Transposée à l'assurance maladie obligatoire et publique, cette remarque implique que la définition d'un panier de soins remboursables ne devrait pas être dissociée de la fixation d'un taux ou d'un montant des prélèvements. Réduire (ou augmenter) le panier de soins remboursables pour un montant fixe de prélèvements revient à diminuer (ou augmenter) l'intérêt perçu pour l'assurance maladie.

Il existe un lien inverse entre l'étendue du panier de soins couvert par l'assurance maladie obligatoire et la place laissée aux autres assurances maladie dans la couverture des consommations médicales, car il existe en effet une forte demande de protection contre les aléas financiers liés à la maladie.

Les personnes qui le peuvent se tournent vers les assurances privées lucratives ou non pour compenser les insuffisances de la prise en charge de leurs dépenses réelles par l'assurance maladie obligatoire

5.2 La modification du panier actuel des soins couverts par l'assurance maladie obligatoire.

En fonction de la remarque précédemment faite sur le binôme cotisations/prestations, chercher à redéfinir le panier de soins signifierait que le budget disponible pour les prestations de l'assurance maladie obligatoire (CSG, cotisations patronales, autres nouvelles ressources éventuelles) serait une donnée exogène qui ne permettrait pas de maintenir la définition actuelle des soins remboursables (crise économique, inflation des innovations techniques).

La redéfinition du panier de soins pris en charge par l'assurance maladie obligatoire peut s'exprimer selon plusieurs optiques :

5.2.1. Respecter un budget en limitant l'étendue de la couverture des soins

Pour que l'objectif soit atteint, il faut pouvoir associer un montant de prestations à chaque élément du panier de soins, sans méconnaître les glissements des consommations des services exclus vers des services inclus (peut-être plus coûteux).

Dans ce cas il n'y a aucune garantie que toutes les consommations de services efficaces et appropriés soient couvertes ; la difficile démarche de hiérarchisation s'impose avec l'objectif que les services inclus soient toujours (soit majoritairement, soit en moyenne) plus " utiles " que les services exclus.

Ce principe est très satisfaisant, mais comment apprécier " l'utilité " d'un service et comment la comparer à celle d'un autre ? L'utilité comporte plusieurs dimensions dont chacune, à juste titre, est valorisée différemment par les différentes catégories d'acteurs (payeur, consommateur, producteur) et à l'intérieur d'une catégorie par différents sous-groupes (ruraux/urbains, actifs/retraités...) qui accordent un poids variable à la proximité, au coût, aux risques, à la douleur, à la comparaison des taux de prise en charge...

5.2.2. Informer et protéger les consommateurs :

On doit alors informer le consommateur que les services non inclus dans le panier de soins sont inutiles ou substituables par d'autres services inclus d'efficacité similaire et de coût moindre. Cette démarche peut être considérée comme une protection des consommateurs vis-à-vis des offreurs de services inefficaces ou trop coûteux, en même temps qu'elle contribue à rationaliser l'utilisation des prélèvements collectifs.

On conçoit que pour un petit nombre de services (les franchement inutiles d'une part et les irremplaçables de l'autre) les décisions soient simples à prendre : par contre, entre ces extrêmes il est impossible d'éviter l'arbitraire, tant les facteurs comme la disponibilité, les taux de prise en charge, les conditions d'efficacité peuvent varier selon les zones géographiques, les classes sociales, les conditions de production... pour des services en principe comparables. Le danger est ici d'utiliser des procédures de choix d'une logique séduisante mais basée sur des présupposés impossibles à mesurer ou vérifier.

Les objectifs d'une redéfinition d'un PBS peuvent être de trois ordres :

- Optimiser l'état de santé de la population,
- assurer une égalité d'accès aux soins,
- contrôler les dépenses de santé.

Il faut rappeler que deux notions sous-tendent ce dernier objectif de maîtrise des dépenses de santé, deux notions qui ont largement tendance à être confondues. D'une part, le souhait d'optimiser l'emploi des ressources consacrées à la santé, et d'autre part, la volonté de contrôler le montant total des dépenses de santé, notamment de la part de ces dépenses financées collectivement.

La première notion renvoie à *l'efficacité productive*. L'idée est que, en améliorant le processus de soins (par exemple en favorisant la prévention dans notre système de santé, par nature très curatif), on pourrait optimiser les ressources consommées dans ce secteur. Un certain nombre d'indicateurs amènent d'ailleurs à penser que le système français ne fonctionne pas de manière optimale, c'est-à-dire que le service médical rendu n'est pas à la hauteur des moyens qui lui sont dévolus. La seconde

notion renvoie à *l'efficacité allocative*, c'est-à-dire à l'idée que la réaffectation des ressources du secteur de la santé vers d'autres secteurs améliorerait le bien-être général. Cette idée fort peu argumentée dans la littérature n'est pas celle qui sous-tend la redéfinition du PBS. C'est bien dans une logique de recherche d'efficacité productive que se situe le débat de l'élaboration d'outils de constitution du PBS.

5.3. Panier de soins et offre de soins

L'inclusion de certains services jugés plus utiles que d'autres n'a de sens que si l'offre des premiers est suffisante pour en permettre l'accès à tous. Dans ce seul cas de figure les consommations médicales seront des sous-ensembles du panier de soins remboursables. Dans le cas contraire, les consommateurs de soins, faute d'accès possible à certains des éléments du panier de soins, devront faire appel à des soins qui ne sont plus pris en charge. L'intersection de la consommation médicale réelle et du panier de soins remboursables est alors l'ensemble non vide des consommations de soins non prises en charge par l'assurance obligatoire. Si ce sous-ensemble est variable selon la région ou la classe sociale par exemple, il s'ensuit un risque d'importantes inégalités selon ces critères. On a eu des exemples de disparités de consommations médicales par classes sociales, on connaît les inégalités d'implantation des personnels et des entreprises médicales selon les régions et à l'intérieur d'une même région.

Un individu (ou un groupe) ne peut prétendre à un taux de prise en charge maximum (ratio des dépenses prises en charge/dépenses effectives) que lorsque l'ensemble de ses consommations de soins est totalement inclus dans le panier de soins remboursables. Dans le cas d'un panier de soins remboursables unique défini au plan national, cette situation optimale ne sera vérifiée pour toutes les pathologies, tous les groupes sociaux, toutes les aires géographiques, toutes les classes d'âge, que si le panier est particulièrement large. Ou bien peut-on définir des paniers différenciés ?

Le système mis en place ne doit pas être dissuasif de l'accès aux soins. Ainsi par exemple la détection et le traitement précoce des maladies reposent-ils le plus souvent sur la décision du patient d'aller consulter. Ainsi, pénaliser financièrement l'accès du patient aux consultations, sur le principe qu'il s'agit d'un " petit risque " serait-il largement discutable.

En termes de santé publique, il convient de souhaiter l'élargissement du concept vers un panier de santé qui devrait inclure en particulier la prise en charge des biens et services de prévention, d'éducation pour la santé, et d'éducation du patient.

6. Expériences étrangères

Les développements qui suivent tentent d'analyser comment se pose la problématique du panier de biens et services dans les modèles proposés par certains pays. On analysera les processus de décision, de gestion, de production en déterminant le rôle qu'ont pu y jouer les différents acteurs et la façon dont les instances décisionnelles ont pu satisfaire aux objectifs d'équité, d'efficacité et d'efficience.

L'examen des différents modèles de système de santé – émergeant dans certains cas de réformes structurelles récentes – montre que chacun est articulé autour d'un pôle central représenté par un ou plusieurs acteurs dont le rôle est déterminant pour la définition des services et biens pris en charge.

On remarque selon le modèle observé que :

- La tutelle peut assumer le rôle de financeur des soins, notamment dans les services nationaux de santé. Le budget santé voté par le Parlement est décliné au niveau des autorités régionales et/ou locales ainsi qu'au niveau de certains prestataires.
- Les financeurs ou prestataires de soins peuvent être conduits à associer à leur activité originelle un rôle de gestionnaire de services de santé.

6.1 La réforme britannique

de 1990 a instauré dans un cadre institutionnel public un marché interne entre les prestataires de premier recours, les généralistes et les structures de soins secondaires.

Les généralistes qui le souhaitent reçoivent un budget qui leur permet de passer des contrats avec les hôpitaux concernant les services de soins secondaires dont ils ont besoin pour leur clientèle.

Les districts intègrent également ce schéma de relations contractuelles pour les interventions coûteuses, pour la chirurgie vitale ainsi que pour les urgences.

Ce modèle structure l'ensemble des services et biens offerts à plusieurs niveaux :

- Il revient au niveau central, l'État, la mission de déterminer le budget santé chargé de financer l'ensemble des activités de la santé et de fixer le type de prestations qui peuvent être servies. C'est le cas, par exemple, de l'élaboration d'une liste positive de médicaments.
- Les administrations locales (les districts) et les généralistes gestionnaires de fonds doivent, dans un processus de contrats passés avec les hôpitaux, organiser les services susceptibles d'être offerts compte tenu de la demande des usagers.

L'organisation générale de la distribution de soins se fonde ainsi sur une contrainte budgétaire déclinée au niveau d'acheteurs institutionnels locaux (districts) et de cabinets de généralistes conduits à structurer un panier par des relations de type marché avec les hôpitaux.

On remarquera que dans ce schéma les prestataires sont investis *d'un nouveau rôle, celui de gestionnaire*. Leur intervention sur le panier de biens et services est déterminante. Elle se traduit par la constitution de réseaux de soins. Elle médiate largement la demande par la mise en œuvre de relations de marché qui induisent des comportements privilégiant des impératifs économiques.

6.2 L'expérience suédoise,

initiée par la réforme Ädel en 1992, s'est inspirée du modèle britannique et a institué une séparation entre acheteurs (administrations locales et praticiens de premier recours) et offreurs (prestataires de soins secondaires) afin de développer des relations contractuelles. Ces relations s'inscrivent dans un cadre public d'organisation générale et de financement comme au Royaume-Uni.

La contractualisation varie de manière significative selon chaque région. Un district ou plusieurs, une municipalité ou plusieurs, peuvent être acheteurs.

Les priorités de contractualisation ont été presque aussi diverses que les modalités de mise en œuvre. Certains acheteurs sont surtout intéressés par la possibilité de limiter les dépenses de santé, d'autres sont plus préoccupés par la qualité des

prestations, d'autres encore ont utilisé les contrats comme moyen de soutenir une approche fondée sur la promotion de la santé publique.

On a pu observer un déséquilibre entre les contractants. Il existe une disproportion importante entre les informations dont disposent les acheteurs et celles dont disposent les hôpitaux. Par ailleurs les acheteurs manquent très souvent d'un conseil médical. La création de commissions de qualité auprès des acheteurs est à l'étude actuellement, les acheteurs de soins doivent être en effet bien placés pour effectuer des comparaisons du niveau de qualité.

On assiste ainsi à une modulation du panier de biens et services tant en qualité qu'en volume par un jeu de relations contractuelles et concurrentielles. La légitimité de détermination de ce panier se partage ainsi entre l'État, assumant l'administration générale du système d'une part, et les acteurs des niveaux décentralisés habilités à rechercher l'efficacité et l'efficience des soins proposés d'autre part.

6.3. Le système de santé néerlandais

organise un partage de gestion entre l'État et les caisses d'assurance maladie d'une part, et entre assurance maladie publique et assurance maladie privée d'autre part.

La réforme Dekker-Simons initiée en 1987 s'est inscrite dans une double optique :

- Garantir l'accès à un panier de biens et services minimum sous l'égide de la puissance publique,
- Rechercher l'efficacité des services proposés par les financeurs gestionnaires placés en concurrence déterminés à constituer des réseaux de soins par contrat avec les prestataires. Les biens et services supplémentaires susceptibles d'être proposés par chaque assureur le sont dans un cadre concurrentiel. Chaque caisse maladie passe des contrats avec les prestataires de soins. Des réseaux de soins sont ainsi organisés constituant des éléments de concurrence.

On a donc un panier commun explicite à la base et un panier explicite particulier à chaque assureur.

Le panier de base est financé par un financement collectif, de type CSG, centralisé au niveau d'une caisse de péréquation et redistribué aux assureurs.

Le panier complémentaire est proposé par les assureurs sur la base d'une concurrence instaurée entre les prestataires de soins (recherche par les assureurs de l'efficience des services proposés).

Les modalités de détermination du panier de biens et services minimum ont été élaborées par le Conseil scientifique des politiques gouvernementales. Cette détermination s'effectue par un passage par différents cribles successifs auxquels sont associés des critères de sélection.

La référence aux valeurs sociétales doit sous-tendre l'ensemble de la démarche.

- Le premier critère détermine les soins indispensables :
 - En premier lieu, les soins indispensables pour l'ensemble de la communauté qui garantissent une vie normale,
 - En second lieu les soins qui permettent de participer à la vie économique et sociale,
 - Enfin, les soins nécessaires au traitement des maladies graves à forte prévalence.

- Le second critère est celui de l'efficacité. Les soins dont l'efficacité n'est pas confirmée (ou dont l'inefficacité est confirmée) sont exclus.
- Le troisième critère est celui de l'efficience.
- Le quatrième critère fait référence à la responsabilité individuelle. On considère qu'il est nécessaire de fixer des limites à la solidarité lorsque les coûts sont élevés et que les effets des traitements se révèlent faibles.

Une question fondamentale se pose : quelle est l'instance ou quelles sont les instances habilitées pour décider ?

Une enquête d'opinion a permis de dégager des appréciations diverses concernant les modalités de détermination du panier de base.

Les généralistes, payés à la capitation, se sont prononcés en faveur d'un panier déterminé en fonction des budgets accordés et limités aux soins jugés nécessaires. Les spécialistes, rémunérés à l'acte, ont eu une position différente en préconisant de mettre l'accent sur la réduction des coûts et l'accroissement de l'efficience et donc l'exclusion des services inappropriés. Les usagers ont insisté sur la nécessité d'agir sur les comportements afin de réduire les coûts laissés à leur charge.

6.4 Le système de santé américain

est caractérisé par la coexistence de plusieurs sous-systèmes :

- Un système de santé, le managed care, initié et géré par les assurances privées,
- Deux programmes publics couvrant des populations particulières : Medicare pour les retraités, Medicaid pour les populations en situation précaire situées au niveau du seuil de pauvreté.

Les organisations de **managed care** américaines associent au sein d'une même structure le financement et la prestation de soins médicaux par le biais de contrats avec les médecins et des hôpitaux désignés, et une surveillance étroite de l'utilisation des moyens et de la qualité des soins. Ils sont constitués en fait autour de réseaux de soins associant les praticiens de diverses façons : médecins directement recrutés et gérés par l'organisme de managed care, cabinets de groupes de praticiens ayant passé un contrat d'exclusivité ou un contrat libre, médecins indépendants associés ponctuellement au réseau.

En fait, on assiste depuis quelques années à des formules mixtes associant pour l'assuré les obligations imposées par l'organisme de managed care et la possibilité de s'adresser à un praticien hors réseau. Dans ce cas l'organisme institue des incitations à recourir à ses propres contractants ;

Les services offerts ressortent directement des contrats d'assurance proposés par chaque société d'assurance.

L'évolution vers des plans prépayés, donc moins coûteux, a constitué la tendance générale mais a généré des réactions très fortes des médecins et des assurés soucieux respectivement de leur indépendance et de leur liberté. La concurrence a atténué la directivité des assurances et a eu un effet salutaire en incitant ces dernières à " jouer ", dans leurs stratégies vis-à-vis de la clientèle, sur la qualité des prestations offertes.

Initiées par des compagnies d'assurance, les managed care organizations (MCO) ont pendant de longues années privilégié les aspects financiers des contrats négociés avec les prestataires de soins. Cependant depuis une quinzaine d'années on a vu se

développer des conflits de pouvoir entre les MCO d'une part, les organisations professionnelles de praticiens et les employeurs bailleurs de fonds des organismes d'autre part.

Ceux-ci ont été conduits à négocier de plus en plus étroitement les tarifs mais aussi la qualité des produits proposés en s'appuyant notamment sur les " report cards ", enquêtes de satisfaction auprès des usagers en termes de qualité, de délais d'attente... Se rapprochant des prestataires de soins, ils ont pu procéder à des évaluations de soins et à l'élaboration de protocoles (" utilisation review ").

Si l'on peut caractériser le managed care aux États-Unis comme un système intégré de financement et d'organisation des soins initié par les assurances privées, maîtres d'œuvre et gestionnaires des prestations de santé susceptibles d'être offertes, il est indispensable de bien analyser les implications d'un tel modèle. Ce système privé situé dans un contexte concurrentiel a dû adapter sa stratégie d'offre de soins *en fonction de critères d'abord financiers mais aussi qualitatifs*. Par ailleurs, il s'est progressivement heurté à ses partenaires, prestataires et entrepreneurs, les premiers avançant leurs revendications en matière de conditions d'exercice et de participation aux décisions médicales, les seconds la nécessité de maîtriser les dépenses et donc leur financement. Il en résulte un système géré sur la base de conflits de compétences liées aux intérêts des divers protagonistes.

- **Medicare** est un programme public de couverture des dépenses de santé pour toutes les personnes âgées de plus de 65 ans et pour les handicapés. Il bénéficie actuellement à 38 millions d'Américains.

Deux types de couverture sont proposés : la " partie A " couvre les soins hospitaliers, la " partie B " rembourse les honoraires de praticiens et les achats de biens médicaux. La première est financée par les subventions du budget général, la seconde par les cotisations des actifs.

L'accès à l'hospitalisation est gratuit pour les bénéficiaires d'une pension de base, les handicapés, les insuffisants rénaux. Il est associé à une franchise pour les autres catégories.

L'accès aux prestations de la partie B est ouvert, sous réserve d'une prime mensuelle, à toute personne de plus de 65 ans ou handicapée.

Les remboursements des frais hospitaliers et médicaux sont plafonnés à hauteur de " coûts raisonnables " appliqués à des dépenses nécessaires.

Il en résulte un panier de biens et services contrôlé en fonction des coûts et donc éventuellement restrictif quant à la nature et la qualité des services proposés.

- **Medicaid** est un programme national d'assurance qui couvre les soins médicaux des personnes en situation de précarité. Il est géré à la fois par l'État fédéral et par les États fédérés. Chaque État fédéré, à partir des directives fédérales, établit ses conditions d'admission, la nature, le montant et l'étendue des services susceptibles d'être offerts, le niveau de financement de ces services.

Des niveaux d'éligibilité minimale sont fixés par l'État fédéral en fonction du revenu. Les États fédérés ont la possibilité d'étendre cette couverture et de limiter en temps et en montant les prestations prévues : hospitalisation, soins prénataux et d'accouchement, vaccination des enfants, services de médecine ambulatoire, services de planning familial, services d'examens de laboratoire.

Nous sommes en présence d'un panier de soins explicite, fortement encadré par des contraintes budgétaires.

L'État de l'Oregon a proposé à la fin des années 80 un programme de gestion de Medicaid destiné à résoudre le problème d'allocation des ressources et de l'équité d'accès aux soins dans le cadre du budget alloué.

Ce programme a consisté à élaborer une liste hiérarchisée des soins et traitements. Les critères d'inscription étaient les coûts, l'efficacité et l'importance perçue des problèmes de santé publique. Les avantages attendus étaient la transparence, la rationalisation de la prise en charge et l'amélioration de la couverture des plus pauvres. Il s'agissait d'un processus d'allocation de ressources dans un cadre contraint.

La mise en œuvre de ces procédures s'est heurtée au départ à l'opposition de la population et de l'administration fédérale. Les critères utilisés pouvaient avoir en effet comme conséquence de privilégier des traitements bénéficiant au plus grand nombre pour des affections bénignes au détriment de traitements lourds concernant une population peu importante. Par ailleurs, l'intégration d'indicateurs de qualité de vie introduisait une discrimination vis-à-vis des personnes âgées ou handicapées.

Les versions ultérieures des critères de sélection ont sensiblement atténué l'impact du critère coût-efficacité.

La simplification des procédures a conduit finalement à un consensus au sein de la population, consensus influencé cependant par l'augmentation des budgets finançant le programme.

6.5 Dans la réforme suisse

(réforme LAMal), l'influence du managed care nord-américain est évidente. Il s'agit en fait d'une restructuration de l'ensemble du système situant les caisses d'assurance maladie dans un rôle d'organisateur du financement et de gestion de réseaux de soins.

La réforme s'appuie sur :

- L'instauration d'une couverture maladie universelle, grâce à l'extension des prestations de base à l'ensemble de la population. Les assureurs bénéficient d'un fonds de compensation géré par l'État et destiné à faciliter la protection sociale des populations à risques plus élevés que la moyenne. La prime est calculée au niveau de l'individu et n'est pas liée au revenu. Le montant est plafonné avec abattement pour les enfants. La sélection des risques est interdite.
- L'intervention des assurances complémentaires privées pour combler les lacunes de la couverture de base en matière d'hospitalisation.
- La mise en place de mécanismes concurrentiels entre organismes payeurs et financeurs, dans le but de dégager des économies en matière de conventions tarifaires. C'est sur ce principe que s'instaure une concurrence entre caisses d'assurance maladie. Par ailleurs, l'assurance de base et l'assurance complémentaire peuvent être proposées tant par les caisses maladie que par les assurances privées, les mettant ainsi en concurrence.
- Une organisation de soins intégrés se présentant sous des formes diverses : médecins employés par les caisses, groupes de médecins rémunérés sous forme de capitation et chargés d'organiser un management professionnel, grands réseaux constitués avec tous les médecins de premiers recours d'une région. Cette option se fonde sur la rationalisation de l'itinéraire thérapeutique des malades et donc sur le rapport qualité/prix des services hospitaliers.

La philosophie générale se fonde sur la recherche d'efficacité par les caisses d'assurance maladie à qui revient le rôle le plus déterminant dans la fixation et la gestion d'un panier de biens et services.

7. Éclairage sur certaines spécificités

7.1. *Le ticket modérateur en question*

Le ticket modérateur (TM) correspond à la part des dépenses de soins restant à la charge du patient, après remboursement par le régime d'assurance obligatoire. Encore appelé co-paiement par les Anglo-Saxons, ce principe permet d'associer directement le malade au paiement de ses propres soins, recréant ainsi à son niveau un mécanisme de marché. Ainsi responsabilisé financièrement, le patient est censé modérer de lui-même sa consommation.

Le même principe est utilisé par les compagnies d'assurance, pour le risque automobile par exemple, sous le nom de franchise. Le ticket modérateur a été introduit en France dès la création de la sécurité sociale, et il se retrouve, sous des formes diverses dans d'autres systèmes de soins européens, mais la tendance actuelle, en particulier dans les pays du Nord de l'Europe, est à sa suppression.

Le ticket modérateur, lorsqu'il existe, fait partie intégrante de la définition d'un panier de biens et services remboursables, puisqu'il détermine, par le taux de remboursement, le "degré d'appartenance" au panier des différents biens et services. Les biens et services remboursés à 100% (TM à 0%) font pleinement partie du panier, alors qu'à l'opposé, les biens et services non remboursés (TM à 100%), la chirurgie esthétique par exemple, sont considérés comme exclus du panier. Pour les valeurs intermédiaires, le taux peut varier. Par exemple en France pour les médicaments, il existe deux taux de remboursement, 35% (TM = 65%) et 65% (TM = 35%).

D'un point de vue théorique, il convient de s'interroger sur l'effet réel du ticket modérateur sur la consommation médicale ; son effet dissuasif sur les consommations " inutiles " s'accompagne aussi d'une restriction sur les soins indispensables.

De par sa conception même, le ticket modérateur relève d'un principe de régulation par le marché, en influençant les choix du patient lui-même. Cependant, pour que ce marché joue pleinement son rôle, il faudrait que le patient soit dans le domaine des soins un agent économique idéal au sens de la théorie économique classique, c'est-à-dire pleinement conscient de ses besoins et des caractéristiques des biens et services dont il est acheteur potentiel. Or dans le domaine de la santé, il existe une asymétrie d'information importante entre le patient et les professionnels de santé, qui empêche justement le patient d'évaluer lui-même l'utilité des biens et services qui lui sont proposés. Il ne peut le faire que par l'intermédiaire du professionnel de santé auquel il s'adresse, mais qui est aussi, assez souvent, l'offreur.

Il ressort donc clairement qu'on est loin du rôle d'acheteur éclairé que devrait jouer le consommateur dans ses décisions d'" achats de soins " pour une prise en compte " économiquement correcte " du ticket modérateur.

Le ticket modérateur risque donc d'agir le plus souvent comme un simple frein au recours aux soins, sans possibilité réelle pour l'utilisateur d'optimiser l'utilité des dépenses qu'il supporte. Ce mécanisme ne peut qu'accroître la confusion entre consommation et besoins de soins.

De plus, à l'échelle macro-économique, on retrouve paradoxalement que c'est dans les pays où le ticket modérateur est le plus élevé que les dépenses de santé, en part du PIB, sont les plus fortes. On peut certes interpréter que c'est précisément le fort niveau de consommation rencontré dans ces pays qui a conduit à une augmentation du ticket modérateur. Cependant, on peut aussi émettre l'hypothèse que le ticket modérateur conduit à un accroissement des dépenses globales de santé en mobilisant des ressources supplémentaires auprès des usagers.

En effet, si on constate ce qui se passe en France, 80% environ de la population dispose d'une assurance complémentaire, assurance privée ou mutuelle, qui couvre la prise en charge du reste à payer que constitue le ticket modérateur. La couverture globale ainsi offerte par l'assurance obligatoire et l'assurance complémentaire reste cependant souvent incomplète pour les soins dentaires, l'optique et les dépassements d'honoraires.

Il ressort cependant que pour la plupart des soins et la majorité des Français, le dispositif du ticket modérateur a conduit à un développement important de l'activité des assureurs complémentaires, et qu'au final la part de financement des dépenses de santé s'est accrue en dehors des régimes obligatoires. De plus, le remboursement du ticket modérateur par l'assurance complémentaire supprime l'effet supposé dissuasif sur les dépenses obtenu par le paiement direct. Il ne reste en fait que le frein symbolique de l'avance des frais lorsqu'un mécanisme de tiers payant n'est pas disponible pour l'usager. Le rôle accélérateur du ticket modérateur dans la croissance des dépenses de santé, pour ceux des usagers qui ont pu souscrire à l'antidote que constituent les assurances complémentaires, est même évoqué.

On doit dans tous les cas s'interroger sur le différentiel de consommation qu'il induit entre les usagers disposant d'une assurance complémentaire, et les autres.

Si on examine les résultats de l'enquête décennale du CREDES, on constate par exemple que le nombre moyen de consultations chez le médecin a augmenté entre 1980 et 1990, chez les usagers disposant d'une assurance complémentaire, alors qu'il est resté stable chez les autres :

	1980	1990
Avec complémentaire	5,2	7,2
Sans complémentaire	5,2	5,1

Ce tableau illustre bien le creusement d'un différentiel de consommation entre les bénéficiaires d'une assurance complémentaire et les autres usagers : le ticket modérateur constitue un effet aggravant des inégalités de santé.

En effet, le ticket modérateur, au niveau où il est fixé actuellement dans notre pays constitue, pour ceux qui le paient directement, un frein réel au recours aux soins : les sommes en jeu ne sont pas toujours symboliques, surtout pour les catégories sociales les moins favorisées.

Ainsi en 1990, d'après les statistiques de la CNAMTS, le montant annuel des soins non remboursés par le régime général, dépassait 4 700 F pour 5% des assurés, et dépassait 12 000 F pour 1% d'entre eux.

Ce rôle de frein pour l'accès aux soins est attesté par l'Enquête Santé et Protection sociale menée en France par le CREDES entre 1988 et 1991 : 21,7% des personnes interrogées répondaient qu'il leur était arrivé de renoncer aux soins parce que le remboursement en était trop limité. Ce taux de renoncement atteint 25% pour les ménages ayant un niveau de revenu inférieur à 6 500F par mois, et diminue avec l'accroissement du revenu.

Ces effets du ticket modérateur sont donc contraires à la recherche d'une équité dans l'accès aux soins, et cela d'autant qu'il pénalise les populations ayant de faibles revenus, dont on sait par ailleurs qu'elles bénéficient déjà d'un état de santé moins bon (les indices de mortalité et de morbidité sont fortement et inversement corrélés au rang dans la catégorie socio-économique).

Ce constat a progressivement conduit à mettre en place des aménagements destinés à corriger les effets les plus désastreux du ticket modérateur. Ainsi, les pathologies pour lesquelles les soins sont indispensables et s'inscrivent dans la durée, sont prises en charge à 100% (ALD), et d'autres conditions d'exonération du ticket modérateur ont été définies.

Plus récemment, la menace que faisait peser le TM sur l'accès aux soins des usagers les plus défavorisés économiquement a été prise en compte par la couverture maladie universelle, qui leur donne droit à une couverture complémentaire systématique, et a conduit comme nous le discutons par ailleurs, à une définition plus précise du " panier des biens et services " pris en charge dans ce cadre.

L'État, en créant par la CMU une prise en charge complémentaire pour les usagers les plus défavorisés, a ainsi reconnu le caractère nécessaire d'une couverture intégrale pour cette partie de la population, ce qui accroît encore la proportion d'usagers bénéficiant d'une assurance complémentaire.

Par ailleurs, l'assurance complémentaire apparaît comme une obligation pour certains usagers, dans la mesure où elle fait souvent partie de contrats négociés par l'entreprise pour ses employés. Ces dispositions sont alors sources d'inégalités supplémentaires selon les choix faits par les entreprises.

On peut ainsi se demander si les taux très élevés du ticket modérateur qu'on connaît en France actuellement n'ont pas abouti à rendre quasi obligatoire le recours pour l'usager à une assurance complémentaire.

Une meilleure définition du PBS pris en charge par le régime obligatoire et une révision des taux du ticket modérateur devraient permettre d'éviter la confusion, et de redonner une place prépondérante au régime obligatoire pour les soins répondant à des besoins avérés, par exemple sur la base du service médical rendu.

Si une telle révision n'intervient pas, et si de plus le ticket modérateur s'alourdit, les couches aisées de la population vont être plus nombreuses encore à se tourner vers l'assurance complémentaire.

Parallèlement, d'autres mesures devront alors être prises pour étendre la CMU à un nombre plus important de bénéficiaires.

Paradoxalement, les mesures permettant de couvrir les dépenses du ticket modérateur aggraveraient l'effet inflationniste sur les dépenses, et augmenteraient de ce fait la part laissée à la charge de l'assurance maladie, la conduisant probablement, compte tenu de la contraintes budgétaire, à dérembourser encore plus.

Un autre aspect critiquable dans le réglage actuel du ticket modérateur est le différentiel trop important entre le TM affectant les soins hospitaliers, qui reste relativement modéré (11%) en moyenne (même en y incluant le forfait journalier) et le TM relatif aux soins ambulatoires, qui atteint 25%.

Ce différentiel entraîne une incitation économique pour la population à se reporter sur l'offre hospitalière (augmentation du recours aux services d'accueil des urgences par exemple), alors même que la politique de santé actuelle vise plutôt à réduire cette offre.

L'analyse de ces paradoxes et de ces contradictions doit faire reconsidérer le principe du ticket modérateur et faire émerger des solutions respectant davantage le principe d'équité dans l'accès aux soins.

7.2. La CMU : principes et innovations

La loi du 27 juillet 1999 relative à la création de la Couverture Maladie Universelle (CMU) comporte cependant des innovations majeures

Elle comporte **deux volets** qui tous deux innoveront sur des points capitaux.

L'assurance maladie de base, dont l'ouverture des droits s'appréciait jusque là et depuis 1945 sur des critères d'activité professionnelle s'apprécie, dans le cadre de la CMU, sur des critères de résidence.

Toute personne résidant en France de façon stable et régulière (titre de séjour en cours de validité) et ne disposant pas de droits ouverts par ailleurs sera affiliée au régime général.

Cette affiliation sera immédiate, automatique, dès le dépôt de la demande auprès d'une caisse de Sécurité sociale avec un justificatif de domicile. Pour les personnes sans résidence stable, une élection de domicile auprès d'une institution agréée ou d'un centre communal d'action sociale sera requise.

Ce volet devrait concerner environ 150 000 personnes qui ne bénéficient d'aucune couverture sociale. Les 550 000 personnes affiliées par l'assurance personnelle, qu'elles acquittent une cotisation à titre individuel (50 000) ou qu'elles aient des cotisations prises en charge au titre de l'aide médicale d'État ou de département ou au titre des prestations familiales (500 000), seront automatiquement basculées sur les régimes de base.

Si le revenu fiscal du foyer est inférieur à 42 000 FF par an, aucune cotisation ne sera demandée.

L'accès à la complémentaire maladie qui était laissé jusque là à la discrétion et à la possibilité financière ou sociale de l'assuré, devient un droit reconnu, en particulier pour tous ceux dont les ressources sont inférieures à un certain seuil : elle sera en effet pour eux, gratuite.

Tous les foyers dont les ressources mensuelles sont inférieures à un barème fonction de la composition du ménage (3 500 FF pour une personne, 5 250 FF pour deux personnes etc...) auront accès à cette complémentaire gratuite CMU.

Celle-ci est également accessible, sous condition d'examen du dossier, à tous les jeunes de plus de 16 ans dont les liens avec la famille sont rompus, ainsi qu'aux étudiants fiscalement autonomes et ne vivant pas avec leurs parents.

Enfin les allocataires du RMI seront automatiquement bénéficiaires de cette complémentaire.

Ce volet concerne environ 6,5 millions de personnes qui n'ont pas actuellement de couverture complémentaire (mutuelle ou assurances privées) et qui ne bénéficient pas d'une prise en charge à 100% par ailleurs.

Avant l'entrée en vigueur de la CMU, environ 17% des Français n'avaient pas de couverture complémentaire.

La CMU prend acte du fait que la régulation économique de notre système de protection fondé sur l'augmentation de la part des dépenses de santé laissées à la charge de l'assuré social (augmentation progressive du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier en particulier) a accru le fossé entre ceux qui avaient les moyens de bénéficier d'une complémentaire (assurance privée ou mutuelle) et ceux qui en étaient privés. Ce type de régulation des dépenses a renforcé les inégalités entre ceux qui ont un emploi, en particulier un emploi protégé, et ceux qui sont au chômage ou n'ont que des emplois précaires et intermittents.

Compte tenu par ailleurs du faible niveau de remboursement des frais dentaires, des soins de spécialistes, de l'optique, de certains appareillages médicaux, les personnes sans assurance complémentaire qui cumulent le handicap d'avoir de faibles revenus se rendent deux fois moins souvent que les autres chez le dentiste et leurs dépenses dentaires sont également divisées par deux. Les frais optiques, également très mal remboursés, induisent le même type d'inégalités.

C'est ainsi que les personnes sans couverture complémentaire déclarent avoir renoncé à des soins pour raisons financières dans 34,5% des cas contre 22,1% pour ceux qui en bénéficient. La fréquence des renoncements s'accroît si cette absence de protection complémentaire est associée à des difficultés sociales, d'emploi en particulier, et économiques.

7.2.1 Quel est le " panier de soins " offert par la CMU ?

Les bénéficiaires de la CMU seront dispensés du paiement du ticket modérateur ainsi que du forfait journalier, ce dernier pour une durée illimitée tant qu'ils resteront dans le dispositif. Ils n'auront à effectuer aucune avance de frais.

Le panier de soins comprend donc l'ensemble des soins ambulatoires, tant en médecine générale qu'en médecine spécialisée dans le cadre des tarifs conventionnés. Il comprend également l'ensemble des prestations d'hospitalisation tant dans le cadre des hôpitaux publics que des cliniques conventionnées. Et ce sans limitation de durée.

Il comprend enfin tous les médicaments remboursés par la sécurité sociale, sans aucune limitation.

Ainsi pour les consultations médicales, les soins de ville, les médicaments remboursés par la sécurité sociale, le bénéficiaire n'a-t-il rien à payer.

En ce qui concerne les lunettes, les appareils dentaires, et un certain nombre de produits et appareils médicaux des négociations avec les caisses et les professionnels concernés ou, en cas d'échec, un arrêté fixent le niveau de prise en charge.

En effet dans ces domaines les prix sont libres et nettement supérieurs au tarif de remboursement à 100% de la Sécurité sociale.

A titre d'exemple et au stade actuel, une paire de lunettes par an sera prise en charge au titre de la CMU pour un tarif allant de 358 FF pour les verres simples à 700 FF pour les verres plus complexes.

Pour les prothèses dentaires, les négociations sont toujours en cours avec les représentants de la profession, mais les principes sont acquis. Ainsi pour les prothèses mobiles complètes de 10 à 14 dents, la prise en charge sera immédiate, sans aucun reste à charge. Ce type de prothèse concerne en particulier des personnes à la rue ou très à l'écart du système de soins depuis longtemps, personnes

pour lesquelles le législateur a considéré qu'un effort de la collectivité était indispensable.

Sinon la CMU comprend un forfait de 1 300 FF par an cumulable sur deux ans (2 600FF) ce qui correspond à cinq couronnes métalliques ou deux couronnes céramiques.

7.2.2 Quelle démarche a abouti à la définition d'un panier de soins CMU ?

La régulation des dépenses liées à la CMU ne pouvant par principe reposer sur la limitation des remboursements et les législateurs ayant souhaité intégrer les bénéficiaires au droit commun, il a fallu mettre en place un autre type de principe de contrôle des dépenses liées à l'extension du droit effectif à une couverture médicale de base et complémentaire.

Dans les domaines les moins couverts par la sécurité sociale, il a été alors décidé de recourir, explicitement cette fois-ci, à la méthodologie du panier de soins. Les consommations en lunetterie, prothèses dentaires et un certain nombre d'autres biens médicaux ont donc été définies et limitées, après discussions avec les caisses et les professionnels.

Il s'agit d'une démarche tout à fait originale dans le système de soins et de protection sociale à la française.

Le processus s'est déroulé en plusieurs temps :

Dans un premier temps, l'extension du principe de la couverture médicale complémentaire a été acquise pour les personnes qui, situées au-dessous d'un certain seuil de ressources et de revenus, ne pouvaient bénéficier d'une telle couverture. Ceci concernait environ 6 millions de personnes.

Dans un deuxième temps, et partant de calculs économiques de dépenses de santé basées sur les risques encourus et les consommations médicales estimées des populations concernées " a priori " par la CMU on a estimé à 9 milliards de FF le coût de la CMU pour ces 6 millions de bénéficiaires, soit 1 500 FF par personne.

Le financement est assuré d'une part par une contribution des organismes complémentaires sur la base de 1,75% de leur chiffre d'affaires santé soit 1,8 milliards de FF; d'autre part par une subvention de l'État de 7,2 milliards de FF. Celui-ci va en récupérer une partie par la diminution de la dotation globale qu'il faisait aux départements au titre de l'aide médicale départementale. Le coût net pour l'État est estimé à 1,8 milliards.

Les organismes complémentaires bénéficieront d'un crédit d'impôt de 1 500 FF par bénéficiaire de la CMU inscrit chez eux.

L'équilibre du dispositif repose sur le fait que le coût de chaque bénéficiaire ne dépasse pas les 1 500 FF estimés. D'où la démarche qui a été entreprise de définition d'un panier de soins qui détermine le périmètre des dépenses médicales prises en charge au titre de la CMU.

Compte tenu des taux de prise en charge et de remboursement, la définition du panier de soins s'est concentrée sur quelques domaines clés qui ne correspondent pas forcément aux priorités de santé publique du pays, mais qui sont les champs où les inégalités de consommation médicale des Français sont les plus criantes.

Par ailleurs les partenaires qui ont participé à la définition de ce panier de soins sont, outre l'État, essentiellement les organismes gestionnaires comme la Sécurité sociale ou contributeurs, comme les organismes complémentaires.

En conclusion

1. L'entrée en vigueur de la CMU, qui assure à 10% des personnes les plus pauvres résidant en France une assurance maladie de base et une complémentaire gratuite, s'accompagne de la mise en place d'un panier de soins explicite pour ces bénéficiaires.
2. Ce panier de soins innove surtout dans les domaines dentaires, optiques et du matériel médical, domaines les moins bien remboursés par la sécurité sociale jusque là. L'accès aux soins pour les bénéficiaires se fait dans les limites d'un panier de soins défini au préalable.
3. L'approche de ce panier est essentiellement comptable : il fallait que les dépenses, par personne, entrent dans une enveloppe convenue au départ entre les divers financeurs et ne dépassant pas 1 500 FF par personne et par an. Ce qui ne posait pas de problème pour la prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier, était en revanche problématique pour le type de soins précités.
4. La prise en compte des priorités de santé publique dans les diverses phases d'élaboration du panier de soins a été peu explicite. Un exemple peut témoigner pourtant de ce type de préoccupation prise en compte dans la définition du contenu du panier ; c'est la prise en charge immédiate pour les prothèses mobiles de 10 dents, ou plus, qui concernent les personnes dont l'état de santé est le plus dégradé.
5. Un processus d'élaboration d'un panier de soins doit intégrer les dimensions de besoins exprimés par les bénéficiaires, tels qu'ils peuvent s'exprimer à travers les conférences régionales de santé par exemple, ainsi que les priorités de santé publique définies tant par les experts du HCSP que dans le cadre de la Conférence Nationale de Santé.
6. Il faut veiller à ce que le panier de soins tel que défini dans le cadre de la CMU ne devienne pas un panier de soins minimal, réservé aux plus pauvres, qui se distinguerait peu à peu du panier de soins réservé à ceux qui relèveraient de complémentaires payantes.

En d'autres termes, l'approche " panier de soins " est apparue dans la mise en place de la CMU comme un des éléments d'une démarche permettant d'assurer un certain mode de régulation du système de soins prenant en compte les besoins en santé des personnes, les offres de soins et leur qualité, les priorités de santé publique et plus largement les choix politiques démocratiques de la société.

7.3. Le médicament et l'industrie

Le médicament est toujours présenté comme le cas idéal de bien facile à intégrer dans un panier de biens et services. Les principaux dispositifs existent d'ailleurs déjà.

La Commission d'autorisation de mise sur le marché et la Commission de transparence analysent pour tout médicament nouveau les critères d'efficacité et de coûts, avant de se déterminer sur les indications autorisées du produit (indications et contre-indications en fonction du patient et de la pathologie). Après avis de la Commission de transparence sur l'amélioration du service médical rendu, le Comité économique du médicament négocie les prix avec les laboratoires. Un arrêté inscrit le médicament sur la liste des produits remboursables, fixe son taux de remboursement et détermine son prix.

On peut cependant s'interroger sur la place des médicaments non remboursés, et de façon plus générale, sur les critères déterminant le taux de remboursement.

Par ailleurs, l'un des reproches que l'on peut faire au fonctionnement de ce " laboratoire du PBS " que constitue le médicament est l'absence de procédure prévue pour renouveler périodiquement l'ensemble des médicaments remboursés, c'est à dire pour définir aussi des critères de sortie du PBS pour certains médicaments.

De ce point de vue, la révision faite actuellement du service médical rendu des spécialités déjà autorisées semble constituer un facteur de progrès par rapport au problème plus général de l'évolutivité du PBS.

Les modalités de fixation des prix distinguent la France d'autres pays, les négociations aboutissant souvent à des prix de vente autorisés plus bas que ceux pratiqués à l'étranger pour les mêmes spécialités.

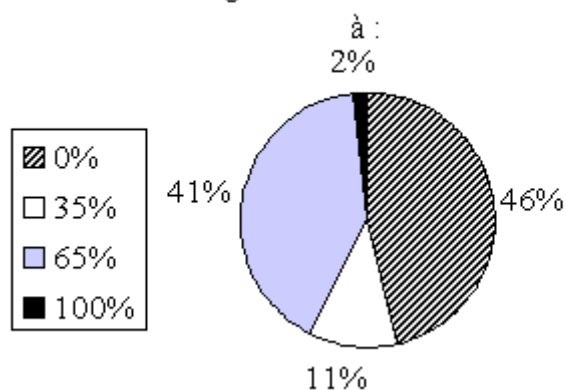
Cette particularité doit être prise en compte pour expliquer une tendance actuelle de l'industrie pharmaceutique à ne pas rechercher systématiquement le remboursement pour certains produits innovants.

7.3.1. La place des médicaments non remboursés dans la consommation pharmaceutique

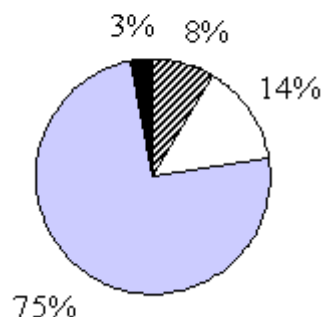
Les graphiques ci-dessous montrent nettement l'opposition entre :

- les médicaments non remboursés, qui représentent une part non négligeable du marché en nombre de produits disponibles (46%) mais qui ne réalisent qu'un chiffre d'affaire relativement faible (8%),
- les médicaments remboursés à 65% qui correspondent à 41% du marché en nombre de produits disponibles et à 75% du chiffre d'affaire global du marché pharmaceutique français.

Pourcentage de médicament remboursés



Part de marché et taux de remboursement



Source : calculs effectués d'après Gers, septembre 1999

Taux de remboursement et liste.

Lors de l'autorisation de mise sur le marché d'un médicament son mode de dispensation est défini en fonction des caractéristiques toxiques du médicament. Trois options existent : les médicaments à prescription restreinte, les médicaments disponibles sur ordonnance et les médicaments hors liste qui peuvent être achetés sans avis médical. Quatre vingt dix pour cent des médicaments non remboursés appartiennent à cette dernière catégorie. Ils peuvent donc éventuellement relever d'un comportement d'automédication.

Certains médicaments non remboursés peuvent être soumis à prescription : liste I (6% des médicaments non remboursés) ou liste II (2.85%).

Lorsqu'on se penche sur le chiffre d'affaire réalisé par ces produits, on voit qu'il existe un effet liste : les médicaments disponibles uniquement sur ordonnance ont un chiffre d'affaire moyen plus élevé que ceux disponibles sans ordonnance.

Les médicaments non remboursés : chiffre d'affaire et appartenance à une liste

	Hors liste	Liste I	Liste II	Total
Nbre de médicaments non remboursés	2082 (91,96 %)	123 (5,43 %)	59 (2,61 %)	2264
CA moyen en KF	2 678.276	12 203.682	2 546.947	17 428.905

Le chiffre d'affaire a été évalué d'après les données du Gers, pour la période octobre 1998-septembre 1999.

7.3.2. La problématique des médicaments innovants pour lesquels le remboursement n'est pas demandé par le laboratoire

De nouveaux médicaments viennent bousculer le jeu des acteurs impliqués dans la régulation du système du médicament :

- Pilules de 3ème génération
- Viagra
- Xénical
- Rélenza

- Patch antitabac
- Propécia

Ces médicaments qualifiés par certains de médicaments du " bien-être " ou de " lifestyle drugs " sont inscrits sur la liste des substances vénéneuses (Liste I, II, stupéfiants et psychotropes encore appelés médicaments " éthiques ") et actuellement leur prescription médicale sur ordonnance est obligatoire pour leur délivrance.

Les médicaments tels que Viagra, Xénical, Rélenza, Propécia, ont en commun :

- D'être de vrais produits thérapeutiques
- D'améliorer le bien-être, la qualité de vie ou le confort des patients, sans toutefois s'attaquer à des pathologies qualifiées de graves en termes de santé publique.

Actuellement le principal problème posé par ces médicaments réside dans leur prise en charge ou non par la collectivité donc leur inclusion ou non dans le panier de biens et services.

La stratégie habituelle des laboratoires de l'industrie pharmaceutique est de déposer une demande de remboursement pour les nouveaux médicaments.

Cependant, l'étude de leur mise sur le marché permet de définir 3 stratégies ou comportements différents :

- Le laboratoire pharmaceutique ne demande pas le remboursement : le prix du médicament est fixé librement ; il s'agit en général de médicaments onéreux (ex : Viagra, Xénical).
- Le laboratoire demande le remboursement mais la Commission de transparence refuse les modalités de remboursement demandées par le laboratoire (ex : Rélenza, pilules de 3ème génération).
- Le laboratoire n'est pas d'accord sur le prix administré proposé par le Comité économique du médicament.

Trois cas de figure se présentent alors :

- Soit le médicament est à usage hospitalier et donc accessible au patient et gratuitement.
- Soit le médicament n'est pas commercialisé, car le laboratoire le retire du marché.
- Soit le médicament est commercialisé mais le laboratoire se met en position d'attente et suspend momentanément sa demande de remboursement (ex : le Sumatriptan).

Pour certains médicaments innovants tels le Clebrex et le Vioxx, antalgiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens ne présentant pas d'effets secondaires et déjà commercialisés aux USA, il est vraisemblable que le remboursement sera demandé par les laboratoires mais du fait de leur médiatisation très importante, ils pourraient tomber rapidement dans le champ de l'automédication.

Ainsi la fixation du prix de vente, la demande et leur inscription ou non sur la liste des médicaments remboursables par la collectivité déterminent et modulent leur introduction et leur commercialisation.

La stratégie des assureurs privés, qui se penchent aussi sur le panier de biens et de services, découlera des décisions prises en matière de remboursement de ces médicaments.

Pour quelques laboratoires la stratégie pourrait être de ne pas demander le remboursement de certains de leurs médicaments, de laisser les prix libres, afin de pouvoir faire accepter le remboursement de médicaments plus onéreux.

7.4. Panier de biens et services et qualité

La réorganisation du système de soins qui constitue actuellement un objectif essentiel de la politique de santé vise à prendre en compte les dysfonctionnements et les inégalités de ce système.

Les États généraux de la santé ont en 1999 mis l'accent sur les interrogations des citoyens à l'égard de ce système de soins. Les attentes les plus notables concernent une meilleure information des citoyens, une prise en compte des besoins dans le champ de la prévention, et une attention renforcée vis-à-vis de questions comme la prise en charge de la douleur.

La qualité du système de soins apparaît ainsi devoir prendre en compte de façon plus importante les attentes des usagers.

Parmi celles-ci il faut souligner les inquiétudes suscitées par la politique de maîtrise des dépenses qui pourrait faire restreindre le champ des prestations assurées par l'Assurance Maladie, au profit des assurances privées.

Aux yeux des citoyens la qualité attendue est bien celle qui répond aux attentes prioritaires des usagers. En la matière ont été maintes fois soulignées les carences dans certaines activités pouvant relever des soins dentaires, de la lunetterie ou des prothèses.

La démarche qualité est également apparue comme le critère fondant le plan stratégique de la CNAMTS présenté en juillet 1999. Les arguments ainsi mis en avant ont souligné que cette démarche qualité était nécessairement sélective devant d'abord déterminer les besoins pris en charge. Si cette démarche de choix de priorités " résulte d'un processus contradictoire et pluridisciplinaire faisant largement place à l'expression de la société civile dans toutes ses composantes " c'est au final l'État qui est maître de la définition des besoins de santé.

On conçoit bien ainsi que la démarche de qualité d'un système de soins passe par la définition des priorités et des choix en la matière, et que, naturellement, le panier de biens et services, qui constitue le " noyau dur " des prestations d'équité en matière de soins, doit s'inscrire directement dans le droit fil de ces priorités.

En ce sens, panier de biens et services et qualité du système de soins sont deux concepts étroitement liés et nécessairement synergiques.

Dans cette perspective, et en se fondant sur la démarche qualité, la CNAMTS propose de définir le périmètre du panier de biens et services.

Le manque de clarté vis-à-vis des critères qui régissent la prise en charge par l'assurance maladie est ici mis en avant, qu'il s'agisse des critères d'utilité médicale qui n'apparaissent pas suffisamment définis ou qu'il s'agisse uniquement d'équilibrer les comptes de l'assurance maladie.

La qualité d'un panier de biens et de services peut alors se mesurer :

- à la qualité des objectifs de santé définis par des choix de priorités,
- à la qualité des modalités d'inclusion dans le panier, à partir de critères transparents.

Bien entendu ces critères de qualité ne sont sûrement pas les seuls qu'il faille prendre en compte dans la définition du panier de biens et de services.

On doit prendre en compte que l'ensemble des critères de qualité d'un système de soins doit s'appliquer en priorité aux éléments du panier de biens et services dans la mesure où celui-ci constitue précisément la prestation " minimale ", " basale " qu'il convient d'assurer à tous, et qu'il ne peut inclure que des éléments en rapport avec de véritables priorités de santé.

Ainsi les critères de qualité en matière d'accès géographique apparaissent-ils comme indissolublement liés au PBS.

L'usage approprié de ce panier, qui définit le recours adapté au système, passe en outre par une politique d'information des usagers, critère de qualité essentiel dont les Etats généraux de la Santé ont souligné l'importance et les attentes.

Par ailleurs, dans sa réflexion sur le plan stratégique de la CNAMTS, le Haut Comité de la santé publique a souligné dans un document la nécessité de promouvoir la qualité sous tous ses aspects et pas seulement sous des critères de contrôle des dépenses de santé. Cette qualité se fonde sur le respect des normes de sécurité, sur la définition des bonnes pratiques médicales, sur les choix opérés dans les stratégies d'utilisation des produits de santé, sur l'accessibilité des structures.

De fait si le système de soins en France apparaît globalement très performant, il est en revanche marqué par de profondes inégalités, notamment sociales mais également géographiques, régionales, intra et interrégionales.

Les indicateurs de santé, morbidité ou mortalité, mettent en évidence ces inégalités au sujet desquels le HCSP a publié un rapport. La réduction de ces inégalités est difficile et ne peut se satisfaire uniquement d'un rééquilibrage des ressources allouées à l'échelon régional. On sait en effet depuis le modèle de G. Denver que le système de soins n'intervient que pour une part minime dans la réduction des causes de mortalité et que les modes de vie constituent à cet égard les principaux déterminants face à la maladie et à la mort.

Ainsi, si le PBS doit apparaître comme l'un des outils déterminant une plus grande équité en matière de santé, il doit alors intégrer comme facteur clé de sa qualité son intervention aussi large que possible sur les déterminants de santé, c'est à dire sur les politiques de prévention.

La qualité des choix opérés peut être mesurée sur plusieurs ordres de critères :

- l'utilité des soins, entendue comme le bénéfice que l'utilisateur est en droit d'attendre pour sa santé. Cette utilité, en bénéfice, est mesurable sur des critères objectifs définis par l'expertise scientifique et médicale, mission qui relève particulièrement de la mobilisation de la communauté scientifique, sur la base des règles d'évaluation précises sous l'autorité de l'ANAES. Cette agence a bien dans ce domaine la responsabilité des procédures susceptibles de mettre en évidence la réalité de l'utilité.
- la qualité doit aussi prendre en compte la demande sociale, notamment celle relative au confort et au bien-être. La lutte contre la douleur, l'accompagnement de fin de vie, la préservation de la dignité des personnes et le respect de leur identité apparaissent aussi comme des exigences qu'un

système de soins doit intégrer comme des critères majeurs. Ils ne sauraient donc être absents du panier de biens et services.

7.5. Relations entre prestations, activités médicales et nomenclatures pour la définition du PBS

D'un point de vue théorique, définir un panier de biens et services remboursables (PBS) consiste à préciser pour chaque bien et service identifié, et pour des situations pathologiques données, l'appartenance ou non au panier, avec en option le ticket modérateur correspondant.

L'étape d'identification de biens et services constitue donc un préalable, et une condition à la mise en œuvre opérationnelle d'un PBS.

Le système actuel de remboursement par le régime obligatoire d'assurance maladie constitue en fait un panier de biens et services implicite, qui est défini par les prestations remboursées.

Ces prestations constituent une traduction juridique du panier de biens et services remboursables définis par l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale.

Par le biais des prestations " en nature ", l'assurance maladie permet à l'assuré de faire face aux dépenses médicales et paramédicales nécessitées par sa maladie ou celles de ses proches à sa charge. Il s'agit cependant essentiellement de remboursements.

Les prestations en espèces, elles, permettent de compenser, en partie au moins, la perte de salaire subie par l'assuré que la maladie ou l'accident empêche de travailler.

Un débat peut s'engager sur la prise en compte ou non, dans la définition du panier, des prestations en espèces que constituent les revenus de remplacement ou de complément versés en période d'arrêt de travail. Il est clair que ces prestations constituent sans doute un déterminant majeur de l'accès aux soins, sur lequel une réflexion doit être engagée, même si on considère, comme nous l'avons fait, que ces prestations ne sont pas partie intégrante du PBS.

7.5.1. L'activité est censée être représentée par les prestations en nature

Cette activité de soins est très marquée par la finalité curative de l'assurance maladie. Celle-ci n'intervient qu'après la réalisation du risque couvert, c'est-à-dire en cas d'états pathologiques médicalement constatés, même si ce principe est traditionnellement écarté dans deux domaines, les examens de santé réalisés par les caisses et certaines vaccinations.

Une première difficulté réside dans la définition d'un acte de professionnel de santé. Une même définition vaut-elle pour tous les professionnels de santé ? On confond trop souvent activité médicale et NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels). Car si la NGAP est pour partie un catalogue des actes médicaux techniques, voire médico-techniques, elle comptabilise aussi les consultations et les visites parmi les actes, quand bien même ces derniers représentent plutôt des " circonstances " d'actes, souvent " mineurs ", considérés forfaitairement.

En fait, il n'y a pas de définition officielle de l'acte professionnel même dans l'article L. 356 du code de la santé publique traitant de l'exercice professionnel. Mais il est en partie traité dans l'article L. 372 portant sur l'exercice illégal de la médecine, en particulier par référence à la nomenclature. Sollicitée en 1995, l'Académie de médecine s'est déclarée dans l'incapacité de trouver une définition à ce terme.

Les Canadiens font plutôt référence aux " interventions des professionnels ". Une définition plus fonctionnelle promue par RICHE (Réseau d'information et de communication pour les hôpitaux européens) définit l'acte comme " une production de soins ". Cette notion comprend toute activité réalisée au profit d'un patient, demandée par un prescripteur (au sens le plus large) et réalisée par un prestataire, ce double rôle pouvant être exercé simultanément par un même professionnel.

Cette difficulté à définir l'activité médicale vient en partie du fait qu'on ne s'est pas intéressé à ce qui était produit par le système de santé jusqu'à l'arrivée du PMSI, la loi hospitalière de 1991 (article L. 710-5 sur l'analyse de l'activité) et la loi Teulade sur le codage des actes et des pathologies de 1993.

7.5.2. Les nomenclatures, outils de traduction, de transcription de l'activité médicale, support informationnel des prestations.

La nomenclature, même si elle décrit pour partie l'activité médicale, a d'abord eu pour objet la tarification. Qu'il s'agisse de paiement ou de remboursement, les pouvoirs publics ont été confrontés, dès le début des Assurances sociales, à la tarification des différents segments du système sanitaire. En activité libérale, les médecins ont obtenu, dès 1930, d'être payés à l'acte. Les caisses ont été autorisées à rembourser les actes médicaux figurant sur une liste, dite nomenclature, qui énonçait également leur tarif.

En clinique privée, les médecins sont également payés à l'acte, mais les établissements facturent aux caisses des journées d'hospitalisation correspondant au coût de l'hébergement et au coût de la mise en œuvre des plateaux techniques

La nomenclature des actes professionnels et sa tarification s'applique donc également aux cliniques privées.

En hôpital public, les professionnels étant salariés, seuls sont facturés les séjours, incluant hébergement et soins, indépendamment des actes réalisés. La liste d'actes ne sert que pour les consultations et soins externes.

Ce n'est que récemment, et encore tardivement, qu'avec les contraintes financières, on a commencé à vouloir connaître de façon plus précise la production de santé afin de pouvoir mettre en relation les actes remboursés avec les pathologies soignées.

Cela nécessite pour le payeur de disposer de données plus précises sur la production du système de santé.

De quoi dispose t-on aujourd'hui pour décrire les services ?

Actuellement deux répertoires d'actes, totalement incompatibles, sont utilisés en France. La NGAP, principalement destinée aux professionnels libéraux, et le Catalogue des actes médicaux (CDAM) conçu à l'usage des Hôpitaux publics.

La NGAP est un outil de valeur descriptive limitée. Chaque type d'acte est désigné par une lettre clé (C= consultation, V= visite, K= actes de chirurgie et de spécialité...) assortie d'un coefficient qui est en principe le même pour les actes dont l'importance est identique, ce coefficient est donc en relation directe, pour chaque acte, avec le tarif autorisé.

La valeur financière de chaque lettre clef est révisable périodiquement. Il s'agit donc essentiellement d'un repérage comptable de l'activité, qui ne permet généralement pas de savoir, à partir des indications portées sur la feuille de maladie, quel acte a été

réellement pratiqué. En effet, plusieurs actes peuvent correspondre à la même cotation.

Cette disposition présente l'avantage corollaire de respecter un certain secret médical, puisque la nature de l'acte pratiqué n'est pas précisée.

Si on se penche sur l'évolution de la NGAP depuis son origine et que l'on considère l'évolution explosive depuis 25 ans du nombre d'actes pratiqués, on ne peut qu'être surpris de la quasi-stabilité du nombre d'actes qu'elle est censée répertorier.

La pratique médicale s'est appuyée sur un nombre sans cesse croissant de techniques diagnostiques ou thérapeutiques dont certaines sont des alternatives à des méthodes existantes qui pour autant ne sont que rarement abandonnées. La cotation par assimilation, pourtant en principe interdite, s'est développée pour compenser l'insuffisance de description de l'activité médicale avec son cortège de contentieux inévitables entre professionnels et contrôle médical.

Le CDAM publié pour la première fois en 1985 comporte aujourd'hui 8 000 libellés et codes souvent redondants ou ambigus. Exclusivement destiné à décrire les actes réalisés pendant une hospitalisation, il ne couvre qu'une partie trop spécifique de l'activité médicale.

Même pour un usage hospitalier, le CDAM a besoin d'une remise en ordre et d'un élargissement de ses perspectives. Il est, en l'état, inutilisable en pratique de ville.

En fait, le principe de financement de l'activité hospitalière ne repose pas directement sur ce catalogue : la mise en place du PMSI a introduit une classification des séjours en catégories homogènes sur le plan médical et en termes de consommation de ressources, le GHM (Groupe homogène de malades).

Chacun des quelque 500 GHM actuellement définis en France est affecté, avec une révision périodique, d'un nombre de points de valeur (points ISA) ce qui permet d'évaluer le poids de l'activité de chaque hôpital, puis à en déduire son budget de fonctionnement théorique.

Ce système déjà utilisé dans le public l'est actuellement pour l'aide à l'allocation des ressources en hospitalisation privée. Il pourrait intervenir prochainement dans les modalités de son financement.

Malgré le PMSI, l'hôpital public reste financé par un budget global ne permettant en fait qu'une vérification a posteriori et partielle de l'adéquation de l'activité produite avec des règles d'appartenance de cette activité à un " panier " clairement défini.

Cette relative opacité permet une assez grande souplesse, c'est ainsi que des activités " hors nomenclature ", en particulier les techniques innovantes par exemple, peuvent jusqu'à présent être pratiquées sans problème dans le cadre d'un financement global général.

La CCAPS

Force est de constater qu'à l'heure de la généralisation de la carte SESAM VITALE et de la constitution d'un réseau intranet dédié aux acteurs sanitaires, il n'existe pas de répertoire unique de l'activité médicale.

Le principe d'une Classification Commune des Actes des Professionnels de Santé (CCAPS), a été posé dans la convention d'objectifs et de gestion État-CNAMTS de 1998 et les travaux techniques sont assez avancés. Le principe de cette nomenclature est en partie acté réglementairement. Elle ressort des articles L.791-2

du Code de Santé Publique et L.162-1 du Code de la Sécurité Sociale qui confèrent un rôle central à l'ANAES. Ce dernier article stipule en effet que " la prise en charge du remboursement par l'assurance maladie de tout acte, prestation ou fourniture à l'exception du médicament est subordonnée à l'inscription sur une liste établie après avis de l'ANAES... "

L'élaboration de la classification commune n'a pas pour seul objectif une possible tarification commune, mais aussi une meilleure description de l'activité médicale nécessaire à la prise en charge des patients afin de permettre des études d'évaluation. Elle doit aussi servir de support au paiement des professionnels et des structures mais aussi au remboursement des prestations.

Elle rencontre dans son élaboration un certain nombre de difficultés pour décrire et surtout valoriser les actes non techniques dont la prise en charge est pourtant si importante dans le domaine de la prévention secondaire et dans le domaine de l'éducation sanitaire. Que serait la prise en charge du diabète, de l'asthme... sans cette reconnaissance ? Et quid de la prise en charge médico-sociale ?

Ces difficultés nous ramènent à la discussion du champ du remboursement. En effet, dans la réalité, les caisses sont conduites à transgresser le principe selon lequel ne sont remboursables aux assurés sociaux que les dépenses de santé liées aux pathologies. En effet elles assument dans de nombreux cas la prise en charge d'actes en tout ou en partie préventifs, faute de pouvoir les isoler des actes curatifs.

Cette reconnaissance aléatoire de la prévention pose problème pour tous les acteurs et surtout pour les usagers. Source de multiplication des actes techniques inutiles ou mal ciblées, insuffisance de l'éducation sanitaire.

Quoi qu'il en soit, la prise en compte explicite des activités de prévention dans le PBS, au même titre que les activités de soins, nous paraît être une nécessité pour conférer à un tel panier une cohérence dans une approche de santé publique.

Conclusion

Au terme de cette première étape de réflexion sur la place d'un panier de biens et services dans notre système de soins, le Haut Comité de la santé publique souhaite apporter aux questions soumises les éléments suivants :

1. Sur le contenu du panier :

Il est nécessaire que soient définis les critères d'entrée des biens et services au sein de ce panier.

Les principes de ces critères sont les suivants :

- La réponse à des besoins considérés comme nécessaires pour tous, réponse fondée sur des critères d'utilité et d'efficience. Ces critères de besoins, d'utilité et d'efficience sont définis de façon concertée entre les pouvoirs publics, les professionnels de santé, les assureurs et les usagers.
- L'entrée dans ce panier se fera sur une période déterminée permettant une actualisation et une révision du contenu en fonction de l'évolution des besoins et des avancées médicales.

- Le Haut Comité de la santé publique estime indispensable de prendre en compte non seulement les besoins de soins curatifs mais également les besoins de prévention et de réadaptation. Cette démarche inclut l'éducation pour la santé.

La détermination du panier de biens et services doit s'appuyer sur une connaissance des activités sanitaires. Elle implique de privilégier une gestion des activités par rapport à une gestion des structures. Cette orientation rend nécessaire une amélioration des instruments de la connaissance. Les systèmes actuels de repérage des activités médicales, les nomenclatures, ne permettent ni de représenter, ni de valoriser les efforts d'organisation et d'amélioration actuellement mis en œuvre dans les procédures d'accréditation.

2. Sur la prise en charge :

Le panier de biens et services répond à des principes d'équité dans l'accès aux soins dès lors qu'il est effectivement pris en charge pour tous, c'est-à-dire remboursable.

Le Haut Comité de la santé publique estime que la prise en charge du panier se doit d'être globale et complète dès lors que ce panier vise à réduire les inégalités d'accès aux soins.

Le poids important du ticket modérateur rend indispensable l'accès de toute la population à une couverture complémentaire si l'on veut éviter que cette restriction de prise en charge ne pèse essentiellement sur les groupes vulnérables.

C'est le sens de la création de la CMU qui nécessite cependant une réflexion d'ensemble sur l'articulation entre le régime obligatoire et le régime complémentaire.

Au-delà, le Haut Comité de la santé publique estime qu'il faut au sein du panier de soins réduire et tendre à supprimer le ticket modérateur.

Bibliographie

ALIES-PATIN (A.) et al. - *Propositions méthodologiques en vue d'une refonte de la nomenclature des actes de chirurgie*. Journal d'Économie Médicale, 1995, N° 13.

AMBASSADE DE FRANCE EN Espagne. - Problématique du régime universel d'assurance maladie, Madrid, juillet 1996.

BACKER (R.) et al. - *Crisis, ethics and the American Medical Association*, JAMA, V278, N°2, July 1997.

BENSADON (A.-C.). - Qualité et régulation du système de santé. Thèse de doctorat de l'École des Mines de Paris, 1998.

BOCOGNANO (A.). - Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé, CREDES, rapport 1998.

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE. - L'Assurance maladie expliquée aux médecins, février 1998.

CECCALDI (D.). - Les institutions sanitaires et sociales, Foucher, 1980.

CLAVERANNE (J.-P.) et al. - Vers un système de soins sans murs, Economica, 1999.

COME-RUELLE (L.), DUMESNIL (S.). – Concentration des dépenses – Grands consommateurs de soins médicaux, France 1995, Rapport CREDES, N°1269, juin 1999.

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE sur les sciences de la vie et de la santé, Progrès technique, santé et modèle de société : la dimension éthique des choix collectifs, 1998.

COMMISSARIAT GÉNÉRAL AU PLAN. - Livre Blanc sur le système de santé et d'assurance maladie, La Documentation française, 1994.

COUGHLIN (T.-A.) et al. - *A conflict of strategies: Medicaid Managed care and Medicaid maximization*, Health Services Research, 34, 1, April 1999.

CYPHER (D.-P.). - *Health care rationing : issues and implications*, Nursing forum, V.34, N° 4, Oct.-Dec. 1997.

ETTER (J.-F.), PERNEGER (T.-V.). - Introducing managed care in Switzerland, Public Health, 641, Suisse, 1997.

GUNNING-SCHEPERS (L.-J.). – *Who should decide ? Qualitative analysis of panel data from public, patients, healthcare professionals and insurers on priorities in health care*, Institute of Social Medicine, University of Amsterdam, The Netherlands, BMJ, July 1997.

GUNNING-SCHEPERS (L.-J.). – Inequalities in health. Future threats to equity, Institute of Social Medicine, University of Amsterdam, The Netherlands, Acta On col, Vol 38, 1999.

HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. - Stratégie pour une politique de santé. Propositions préalables à la définition de priorités. Rapport au ministre de la santé et de l'action humanitaire, Éd. ENSP, 1992.

HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. - La Santé en France 1994-1998, La Documentation française, 1998.

HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION. - medicaid eligibility, 1996.

INSTITUT D'ÉTUDES DES POLITIQUES DE SANTÉ. – Le choix des soins garantis par l'assurance maladie obligatoire, Flammarion, 1999.

JACOBS (L.) et al. - *The Oregon health Plan and the political paradox of rationing*. Journal of health politics, Policy and law, V. 24, N° 1, February 1999.

KERVASDOUE (J. de). - Santé, pour une révolution sans réforme, Gallimard, 1999.

KERVASDOUE (J. de). – La santé intouchable, JC Lattès, 1996.

KLEIN (R.) et al. - *Rationing in the NHS: the dance of the seven veils in reverse*, British Medical Bulletin, 1995, N°51.

LA LETTRE D'INFORMATIONS HOSPITALIÈRES. - *Le PMSI : bilan, actualité et perspectives après 15 ans d'évolution*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, N° 35, août 1999.

LAIGNEAU (P.). - *La prévention sanitaire en France*, Sirey, 1984.

LASCOUTES (P.). - *L'expertise peut-elle être démocratique ?* - Le Monde des débats, novembre 1999.

LE PEN (C.). - *Les nouveaux habits d'Hippocrate*, Calmann-Lévy, 1999.

LUCAS (D.). - *Managed competition with prefunding*, The Milbank Quarterly, vol 74, N° 4, 1996.

MAJNONI D'INTIGNANO (B.). – Enjeux économiques de la santé – Actes du colloque La santé : moteur économique, Lyon, 18 et 19 janvier 1999.

MORIN (S.), MORIN (A.). - *Le managed care aux États-Unis: État actuel et orientations futures*, Journal d'économie médicale, 1997, T.15, N°5.

MOUGEOT (M.). - *La régulation du système de santé*, Conseil d'Analyse économique, 1999.

NEW (B.), *Defining a package of healthcare services*, BMJ, 1997.

NICOLAS (G.), DURET (M.). - Rapport sur l'adéquation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthésie réanimation, gynécologie obstétrique, psychiatrie et radiologie, 1998.

PERNEGER (T.-V.), ETHER (J.-F.). - *Swiss experience of managed care*, BMJ, V.314, June 1997.

RAFERTY (J.). - *Methodological limitations of cost-effectiveness analysis in health care*. Journal of evaluation in Clinical practice, 1999; N°5.

RAVOUX (V.). - *La maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé*, Droit Social, N° 6, juin 1994.

REINHARDT (U.-E.). - *Wanted : A clearly articulated social ethic for american health care*, JAMA, V.278, N° 17, Nov 1997.

REVUE D'ÉCONOMIE FINANCIERE. - *Le financement de la santé*, N° 34, Automne 1995.

SCHNEIDER-BUNNER (C.). - *Santé et justice sociale. L'économie des systèmes de santé face à l'équité*, Economica, 1998.

SOCIÉTÉ FRANCAISE D'ÉVALUATION DES SOINS ET DES TECHNOLOGIES. - *Le courrier de l'évaluation en santé*, N° 5-6, janvier 1995.

SOCIÉTÉ FRANCAISE D'ÉVALUATION DES SOINS ET DES TECHNOLOGIES. - *Le courrier de l'évaluation en santé*, N° 14, novembre 1998.

WAID (M.-O.). - *Medicare et medicaid, social security act., Health Care Financing Administration*, DHHS, Washington, 1998.

Table des sigles

ALD : Affection de longue durée
AMM : Autorisation de mise sur le marché
ANAES : Agence nationale de l'accréditation et l'évaluation en santé
ANDEM : Agence nationale de l'évaluation médicale (s'est transformé en ANAES)
CCAPS : Classification commune des actes des professionnels de santé
CDAM : Catalogue des actes médicaux
CMU : Couverture maladie universelle
CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CREDES : Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé
CSG : Contribution sociale généralisée
GHM : Groupe homogène de malades
HCSP : Haut Comité de la santé publique
NGAP : Nomenclature générale des actes professionnels
ORS : Observatoire régional de la santé
PMSi : Programme de médicalisation du système d'information
QUALYS : Quality adjusted life year's (années de vie ajustées par la qualité)
RMI : Revenu minimum d'insertion
TIPS : Tarif interministériel des prestations sanitaires
TM : Ticket modérateur

Groupe de travail et personnalités entendues

Composition du groupe de travail

Président : Roland SAMBUC, HCSP

Anne-Carole BENSADON, Direction des Hôpitaux,
Maryvonne BITAUD-THÉPAUT, HCSP
Alain BRIAND, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques,
Gilles BRÜCKER, HCSP
Étienne CANIARD, Mutualité Française
Yves CHARPAK, HCSP
Alain COULOMB, HCSP
Marc DURIEZ, HCSP
Jacques LEBAS, HCSP
Simone SANDIER, HCSP
Juan VINAS, Direction de la Sécurité Sociale
Coordination : Marc DURIEZ
Merci à Norbert NABET pour sa collaboration

Personnalités entendues :

Jean-Pierre CLAVERANNE
Maryse GADREAU
Philippe GEORGES
James KAHAN
Claude LE PEN
Andrée MIZRAHI
Arié MIZRAHI
Denis PIVETEAU

Gérard de POUVOURVILLE
Vincent RAVOUX

Haut Comité de la santé publique

8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 SP
Téléphone : 01 40 56 79 80
Télécopie : 01 40 56 79 49
hcsp-secr-general@sante.gouv.fr
<http://www.hcsp.ensp.fr>

Présidente

Dominique Gillot,
Secrétaire d'État à la Santé
et à l'Action sociale

Vice-Président

Gilles Brückner

Rapporteur général

Roland Sambuc

Membres

Lucien Abenhaim
Maryvonne Bitaud-Thépaut
Jean-François Bloch-Lainé
François Bonnaud
Raoul Briet
Gilles Brückner
Yves Charpak
Pascal Chevit
Alain Coulomb
Édouard Couty
Daniel Defert
Jean-François Dodet
Isabelle Ferrand
Francis Giraud
Odette Grzegorzulka
Claude Griscelli
Pierre Guillet
Gilles Johanet
Jacques Lebas
Joël Ménard
Catherine Peckham
René Roué
Roland Sambuc
Simone Sandier
Anne Tallec
Denis Zmirou

Secrétaire général

Lucien Abenhaim,
Directeur général de la Santé

Secrétaire général adjoint

Geneviève Guérin

