

Michel Grignon – « Pourquoi les systèmes de santé sont ils organisés différemment ? »
Journées des Economistes de la Santé Français, Décembre 2007
Manuscrit, Novembre 2007

Les analyses comparatives des réformes des systèmes de santé engagées dans les pays de l'OCDE dégagent trois tendances communes (Brown, 1998, Saltman et Figueras, 1998, van de Ven, 1996) :

- une recherche de l'universalité dans la couverture, y compris des formes de réductions de disparités de primes comme aux Pays-Bas, en Allemagne et en Suisse ; en France, la couverture maladie universelle est venue achever un long processus d'universalisation de la couverture.
- l'introduction de mécanismes de marché : il peut s'agir de concurrence paramétrique, comme avec les modes de paiements prospectifs des producteurs de soins (nommé tarification à l'activité en France), ou bien de l'introduction de mécanismes de choix directs par les consommateurs de soins (selon le principe que « le financement suit le patient »).
- la restriction de l'autonomie professionnelle des producteurs de soins et une augmentation des contrôles exercés sur leur pratique. On regroupe ces contrôles sous le nom de *managed care* (gestion du risque), qu'ils émanent d'organismes privés ou du régulateur public.

Si ces tendances sont sensibles dans tous les pays, elles n'ont pour l'instant pas conduit à une réelle uniformisation des systèmes de santé. Par exemple, la France est encore très réticente à limiter l'autonomie professionnelle des médecins et la liberté de choix des assurés (le système de médecin traitant reste timide comparé aux mécanismes d'adressage en place dans les organisations de *managed care* ou dans les systèmes nationaux de santé) ; le Royaume-Uni a conservé le principe de base d'un système national de santé en introduisant une forme de marché restreinte aux achats de soins secondaires et tertiaires par les médecins généralistes sans ouvrir le « choix » aux patients. En fait, il apparaît que chaque système traduit les concepts généraux que sont l'universalité, la concurrence et la gestion du risque pour les adapter à son mode spécifique de fonctionnement.

La question est donc la suivante : quels sont les déterminants de cette résilience des systèmes de santé, de leur capacité à conserver leur identité fondamentale en dépit des réformes ?

Jacobs (1998) suggère que l'idéologie dominante, les institutions politiques et l'inertie institutionnelle (les institutions ne changent qu'à la marge et les choix passés contraignent le présent) peuvent expliquer les différences entre trois cas typiques (Pays-Bas, Royaume-Uni, et Suède). Dans le présent travail, je propose de systématiser cette démarche et de développer un modèle des déterminants des modes de fonctionnement des systèmes de santé.

Outre son intérêt positif intrinsèque, la question peut aussi contribuer à notre capacité normative d'évaluation des coûts des réformes des systèmes de santé : si les experts s'entendent sur la nécessité d'une réforme mais que celle-ci est bloquée par le jeu des institutions politiques (par exemple, de votes reflétant la préférence de l'électeur médian,

ou de lobbies puissants), on peut penser qu'une forme de sanctuarisation de la réforme (la mettant à l'abri des choix démocratiques classiques) permettra de la faire passer à coût quasi-nul¹. Si le système est principalement déterminé par son passé (par exemple, la liberté de choix érigée en dogme dans le système français), le réformateur sait que sa réforme aura un coût de transition, mais aucun à long terme. Enfin, dans le scénario « idéologique », si le système est déterminé par les valeurs dominantes d'une société (attitudes vis-à-vis de la redistribution, de la mobilité et de la mixité sociales), toute réforme aura un coût potentiel en termes de préférences sociétales.

Si l'ambition finale est de construire un modèle empirique testable sur données agrégées au niveau national, l'objet du présent article est, plus modestement, de proposer une définition quantifiable de la notion de système de santé, susceptible d'être utilisée comme variable dépendante dans un modèle économétrique. Je passerai aussi en revue les théories positives de la constitution des systèmes de santé et en déduirai les principales variables indépendantes à introduire dans l'estimation. Je laisserai pour plus tard l'estimation proprement dite du modèle.

L'économie politique des systèmes de santé :

L'essentiel de la littérature comparative des systèmes de santé suit une logique normative, visant à en améliorer l'efficacité ou l'efficacités par application de recettes à portée plus ou moins universelles (OMS, 2000, OCDE, DATE).

Les rares approches positives relèvent de l'économie politique et formalisent des choix électoraux portant essentiellement sur le degré de couverture. Le modèle de base, développé par Usher (1977) est celui des conséquences redistributives de la fourniture publique de biens pour lesquels l'alternative privée est possible, voire existe en parallèle. L'argument est le suivant : pour un bien normal, tel que la demande augmente avec le revenu, si la distribution du revenu est très concentrée vers le haut (quelques très hauts revenus tirent la moyenne) une coalition assez large d'individus situés au milieu de la distribution des revenus préférera un financement collectif (et proportionnel ou progressif) du bien à l'acquisition sur un marché individuel privé. Quand le choix collectif est substitué au marché, l'intensité de la perte (ici, des plus riches et des plus pauvres) et du gain par individu n'a pas d'importance et seul compte le nombre de gagnants par rapport au nombre de perdants (le vote peut donc conduire à une situation non collectivement efficiente). Bien évidemment, tout le monde perd un peu en liberté de choix si le bien est fourni publiquement car il n'y aura qu'un modèle pour tous. La décision de socialisation du bien dépendra donc de la distribution des revenus, du degré de variabilité des préférences individuelles pour le bien (entre autres, mais pas seulement, de l'élasticité de la demande pour le bien relativement au revenu), et de la progressivité de l'impôt visant à financer le bien, considérée dans ces modèles comme une caractéristique exogène.

Appliqué à la santé, ce modèle générique peut se décliner selon plusieurs variantes : Besley et Gouveia (1994) proposent un modèle dans lequel les individus choisissent un degré de couverture publique et se laissent la possibilité de consommer aussi des unités

¹ Il s'agit là du cas de figure idéal pour les réformateurs, dans lequel le seul obstacle à une réforme souhaitée se situe dans l'organisation des modes de décision politique.

du même bien avec un financement privé. Sur données nationales des pays de l'OCDE, ils montrent, conformément aux prédictions du modèle, une corrélation positive et significative entre la part de financement public dans la dépense de santé et un marqueur de progressivité de l'impôt sur le revenu. Gouveia (1997) étudie le cas particulier dans lequel le régulateur fournit un bien public rationné et les individus peuvent payer en plus s'ils veulent consommer le bien public plus au-delà du rationnement. Il montre que, contrairement, au modèle développé par Stiglitz (1974) dans lequel les riches quittent totalement le public quand ils envoient leurs enfants dans les écoles privées, le choix de couverture publique reste prédictible et l'équilibre stable. Enfin, Jacob et Lundin (2005) étudient la configuration de subvention publique, dans laquelle le régulateur fournit un taux de prise en charge et laisse les individus libres de consommer autant qu'ils veulent (et peuvent) et arrivent à la conclusion contre-intuitive selon laquelle seuls les pauvres achètent de l'assurance complémentaire.

Besley et Gouveia (1994) relèvent aussi, cependant, que ces modèles de socialisation laissent de nombreuses questions positives dans l'ombre : notamment, cette approche ne permet pas de comprendre les formes organisationnelles entre lesquelles les différents pays optent pour mettre en place cette redistribution. Les pays en assurance sociale subventionnent le bien plutôt que d'assurer une fourniture publique uniforme, les pays en système national fournissent une qualité donnée dans le système public mais autorisent les plus riches à payer pour obtenir la qualité supérieure (*opting out*) ; enfin, certains pays comme le Canada fournissent un bien public uniforme sans réelle possibilité de consommation supplémentaire ou alternative privée pour certains services (dits « médicalement nécessaires ») et une couverture minimale pour les autres biens (médicaments, soins dentaires et optiques)².

En outre, cette approche restreint les systèmes de santé à une simple fonction de redistribution des riches vers les pauvres et des bien-portants vers les malades, ce qu'ils sont certainement, mais partiellement³. La question 2 ci-dessus (degré de concurrence au sein du système) n'est que partiellement prise en compte par cette approche, et la question 3 (degré d'autonomie professionnelle) pas du tout. Certes, Besley et Gouveia (1994) proposent une typologie des systèmes de santé intégrant la dimension de service délivré, mais ils se limitent à opposer les systèmes dans lesquels les producteurs sont majoritairement publics (pays scandinaves) et ceux reposant sur des producteurs privés. Une telle classification est évidemment peu satisfaisante, car elle laisse une majorité de systèmes dans l'entre deux et, surtout, ne semble pas porter sur une caractéristique pertinente pour les assurés et les patients (à la différence du degré d'autonomie professionnelle et de la liberté de choix des patients).

² Une autre critique, soulevée par les auteurs eux-mêmes, peut être adressée au modèle générique de Usher : si une coalition au milieu de la distribution des revenus peut contraindre les riches à contribuer de manière disproportionnée au financement de la santé, une coalition bien plus large, car s'étendant aux pauvres, pourraient forcer à une redistribution en revenu. La critique ne tient cependant pas dans le cas particulier de la santé, car la fourniture publique est aussi justifiée par d'autres arguments, comme le caractère méritoire des soins et les nombreux échecs de marché de la fourniture individuelle d'assurance santé.

³ Comme le soulignent Cutler et Johnson (2001), « Because National Health Insurance is a service and not just an income transfer, the variation in arrangements across countries is greater than for Old Age Insurance. »

Enfin, les tests empiriques de ces modèles d'économie politique dans des domaines pourtant beaucoup plus proches de la redistribution des revenus comme le taux de prélèvement ne confirment pas les principales explicatives du modèle théorique (concentration des revenus, volatilité du revenu individuel dans le temps) et suggèrent des modèles comportementalistes reliant les taux de prélèvement et de dépense publique à des variables d'attitudes et d'opinion. Dans de tels modèles, il n'existe pas de choix unique rationnel fondé sur l'utilité individuelle des électeurs, mais une pluralité de solutions dépendant d'un jeu complexe d'interactions entre offre et demande de protection contre les risques sociaux (Robinson, 2006).

Mulligan et al. (2004) testent le lien entre l'existence d'institutions démocratiques (a priori susceptibles de renforcer le poids de l'électeur médian) et le poids de la dépense publique dans le PNB et ne trouvent aucun lien significatif (les dictatures semblent par ailleurs préférer l'éducation à la santé, Lott 1999, mais il est difficile d'en déduire quoi que ce soit). Alesina et al. (2001) montrent que les modèles d'électeur médian ne peuvent rendre compte des différences de taxation entre Europe et USA : notamment, la distribution du revenu est beaucoup plus concentrée aux USA, qui taxent pourtant moins. Ils montrent aussi que le niveau des taxes est corrélée à leur progressivité (un paramètre pris, on l'a vu, pour exogène par Besley et Gouveia, 1994) et que les pays qui taxent moins et moins progressivement font appel à des charités volontaires, formes locales de biens publics. Ils montrent en revanche que les Américains ont une attitude très différente vis-à-vis de la pauvreté (70% pensent que les pauvres pourraient s'en sortir s'ils le voulaient contre 40% des Européens, selon le World Values Survey) ; ils suggèrent aussi que le taux d'hétérogénéité raciale bien plus élevé aux USA pourrait expliquer la préférence pour la charité locale et sélective par rapport aux redistributions publiques des pays homogènes d'Europe, selon le modèle d'altruisme sélectif de Becker (1957).

Les approches comportementalistes :

Appliquant ce type d'approche comportementaliste aux risques maladie et vieillesse, Cutler et Johnson (2001) proposent les cinq variables indépendantes suivantes pour expliquer le degré de précocité des systèmes de financement public dans différents pays: le degré d'industrialisation et d'urbanisation de la société (qui créent de nouveaux risques et, partant, de nouveaux besoins de protection), la légitimité politique (qui pousse les gouvernements non élus ou les oligarchies à proposer plus de protection sociale pour lutter contre le socialisme ou le travaillisme), l'enrichissement qui permet l'accès aux biens supérieurs que sont les protections sociales, l'homogénéité ethnique et culturelle (comme chez Alesina et al. 2001)⁴, enfin les aléas géo-stratégiques (notamment les guerres qui imposent des compromis sociaux et lèvent des ressources publiques). Leur travail empirique, dans lequel les variables dépendantes sont les années de création des assurances publiques pour la retraite et la maladie, met en évidence le rôle positif de l'homogénéité ethnique.

⁴ A ce titre, on peut noter que le Medicare US a été créé au même moment et par la même administration que celle qui lançait la guerre contre la pauvreté et pour les droits civiques. Katznelson (2005) note qu'il s'agit de la première politique sociale non interdite aux Noirs aux USA.

Ce travail empirique de Cutler et Johnson porte sur le caractère assurantiel (redistributif) du système de soins et non sur l'organisation de l'offre de soins. Les modèles théoriques dans ce domaine sont rarement testés sur données empiriques et émergent au contraire de descriptions et d'études de cas. Ainsi, analysant les tendances vers la gestion renforcée du risque et l'introduction de formes de concurrence, Brown (1998) et, avant lui, Starr (DATE) mettent en avant l'intérêt contradictoire des employeurs à mutualiser le risque maladie entre employeurs, voire entre secteurs d'activité (ce qui suppose une forme de financement collectif), sans pour autant partager la responsabilité de la gestion avec les représentants politiques ou syndicaux, et tout en contrôlant le coût total des soins. Pour cette raison, l'émergence du *managed care* est une réponse logique aux tendances inflationnistes et au risque accru de dépense élevée consistant à retirer le contrôle du risque aux institutions dites paritaires en France pour le confier à une bureaucratie professionnelle experte et indépendante du travail. Il va de soi qu'une telle réponse, et le degré d'affrontement qu'elle suppose avec la profession médicale, sera jugée plus ou moins nécessaire selon la variété de capitalisme (Hall et Soskice, 2001) en vigueur dans le pays. Un résultat empirique suggérant le rôle important tenu par le type de rapport en travail et capital dans l'organisation du système de soins et celui obtenu par Goldstein et Pauly dès 1981 sur la demande de couverture maladie dans les firmes américaines : les principales variables explicatives de la demande de couverture employeur sont la taille de l'entreprise, le degré de syndicalisation et le secteur d'activité de l'entreprise (mines, machines-outils et métallurgie ont toutes choses égales par ailleurs plus de chances d'offrir un haut degré de couverture maladie à leurs employés). Un résultat plus anecdotique mais aussi suggestif est le fait que, malgré son efficacité avérée, le groupe Kaiser Permanente ne parvient pas à se développer hors des zones à forte présence syndicale (communication personnelle).

Aux variables indépendantes suggérées par Cutler et Johnson (2001) -- Gini, revenu par tête, degré d'industrialisation et d'urbanisation, indicateurs de gouvernance, homogénéité ethnique et culturelle, part des femmes dans la main d'œuvre, poids du public dans le financement d'autres biens publics potentiels comme l'éducation, variables de « goûts » au sens large : structure par âge de la population, état de l'opinion sur l'égalité comme valeur -- il conviendra donc d'ajouter les mesures de degré de corporatisme développées par Scruggs (2004).

Enfin, Kangas (1991) recommande de prendre en compte l'ancienneté du système d'assurance maladie publique, afin de capturer l'impact de l'inertie institutionnelle.

Définir les variables dépendantes : à quoi sert un système de santé ?

Les analyses citées précédemment classent les systèmes de santé en fonction de la dépense totale de santé, de la part de la dépense publique dans le total des dépenses de santé, ou par le type de producteurs, ou encore par la date de création de systèmes publics. Toutes ces variables relèvent de processus ou de moyens, et non de ce qu'on peut décrire comme les « résultats » d'un système de soins, à savoir les objectifs qu'il remplit. Utiliser les moyens pour caractériser les systèmes est peu satisfaisant pour au moins deux

raisons : tout d'abord, si l'efficacité est variable d'un pays à un autre, les différences de moyens reflètent les différences de résultats avec un terme d'erreur (Kangas, 1991) ; en outre, les systèmes ne sont jamais purs quant à leurs processus et opèrent leurs réformes sur le mode de la superposition de logiques (ce que Palier, 2004, appelle la dualisation des systèmes de santé).

Quelles sont les fonctions d'un système de santé ? L'OMS, dans son rapport sur la santé dans le monde paru en 2000 (OMS, 2000) propose cinq fonctions, décrites comme des dimensions de résultats : deux sanitaires (espérance de vie ajustée par l'incapacité, et variabilité du risque de mortalité infantile), et trois organisationnelles : équité du financement, capacité à répondre aux attentes en moyenne et en distribution.

Dans une approche purement normative (sur l'efficacité des systèmes et la meilleure manière d'y arriver) les dimensions sanitaires peuvent être jugées comme les plus importantes (si on admet que le système de soins est responsable totalement des variations de l'espérance de vie dans une population). En revanche, dans une approche positive visant à comprendre pourquoi les systèmes sont organisés comme ils le sont, il va de soi que les dimensions organisationnelles (dites intermédiaires dans le rapport de l'OMS) sont les plus intéressantes : après tout, les sociétés (électeurs, gouvernements, employeurs, syndicats) ne font pas de choix directs sur l'espérance de vie, mais prennent leurs décisions sur la façon dont le système est financé, les soins distribués, et les producteurs rémunérés. Par exemple, l'expérience française depuis 2000 montre que les gouvernements peuvent influencer notablement et rapidement l'équité dans l'accès aux soins (CMU-C), l'équité dans le financement (depuis 2002, basculement de la cotisation vers le paiement par l'utilisateur), voire la délivrance des soins (35 heures à l'hôpital, parcours de soins).

L'ambition est donc de définir des variables de résultats organisationnels : non pas des modes de fonctionnement, des règles juridiques ou des flux de ressources, mais l'impact des choix organisationnels sur les dimensions d'équité et de capacité à répondre aux attentes des patients.

Contrairement à ce qu'affirme le rapport sur la santé dans le monde pour 2000 (OMS, 2000), l'équité organisationnelle ne se résume pas au financement mais inclut aussi l'équité d'accès aux soins. Ce point avait du reste déjà été souligné par Besley et Gouveia (1994) ainsi que dans le commentaire de leur article par Drèze (1994), ce qui est logique car l'équité d'accès aux soins n'est rien de plus que la logique de bien public local décrite par les modèles d'économie politique : un système de soins est d'abord une organisation qui permet l'accès financiers à des soins en cas de besoin et une mesure de la disparité d'utilisation pour un besoin donné décrit exactement le partage entre volonté d'universalité et respect des préférences individuelles qui est au cœur du modèle de socialisation des commodités de Usher (1977). On peut donc utiliser la mesure standardisée d'inéquité horizontale (à état de santé donné) d'utilisation des soins en fonction du revenu comme indicateurs de l'arbitrage opéré par un pays entre universalité et respect des préférences locales (Wagstaff et van Doorslaer, 2000). Les mesures d'inéquité sont souvent critiquées pour le caractère simplificateur de leur standardisation du besoin ; dans notre cas, puisqu'il s'agit de mesurer des choix entre universalité et

préférences, on peut retenir la mesure simpliste d'état de santé comme niveau de besoin, même si elle n'est pas satisfaisante d'un strict point de vue médical : il est possible qu'une standardisation erronée par le besoin fausse la mesure d'équité au sens stricte (ce qu'un individu doit recevoir compte tenu de son besoin), mais la mesure du choix réalisé en matière de partage universalité – diversité n'en sera pas affecté du moment que la mesure de besoin reflète ce que l'opinion entend par besoin. En quelque sorte, il ne s'agit pas tant de mesurer l'équité horizontale en soi que l'étendue des groupes au sein desquels s'effectue la redistribution et l'universalisation : une mesure d'inéquité forte ne signalera pas un problème normatif (un « échec » du système de soins), mais bien plutôt un choix en faveur de la redistribution « within » (au sein d'un groupe de pairs préalablement défini, par exemple les employés d'un même employeur) et en défaveur de la redistribution « between » (entre firmes, voire entre provinces dans un même pays, comme le mesurent Jimenez et al. (2007) dans le cas du Canada).

Ces mesures sont disponibles aujourd'hui pour un grand nombre de pays de l'OCDE (van Doorslaer et Masseria, 2004). La première variable dépendante sera donc une combinaison des indices d'inéquité d'utilisation (il en existe un pour chaque type de services : visites de généralistes, de spécialistes, hospitalisation, soins dentaires) et d'inéquité du financement.

La seconde fonction du système de santé, définir la quantité raisonnable de soins pour un besoin donné, est plus difficile à caractériser au moyen de variables quantitatives. La dimension commune aux classifications sur l'organisation de la délivrance des soins semble bien être la liberté d'accès aux soins, définie comme le libre choix du médecin par le patient et l'autonomie professionnelle du médecin (son envers étant le rationnement, Grignon, 2004, 2006) et la définition de ce qui est produit (soins ou santé, Choné et al., 2001). Le problème est que cette dimension commune de liberté et d'autonomie ne correspond à aucune variable observable et mesurable. Réciproquement, les seules variables observables ne fournissent que des vues partielles de cette dimension.

L'OMS dans son enquête Multi-country survey study of Health and Responsiveness menée en 2001-03 dans 61 pays dont un grand nombre de pays de l'OCDE, mesure la capacité du système à répondre aux attentes des patients au moyen de questions directes posées en population générale sur les expériences récentes des individus dans différents cadres (hôpital, médecine de ville), et normalisant ces questions au moyen de situations fictives (vignettes) visant à rapporter la satisfaction exprimée dans les situations réelles au degré d'attente de l'interviewé (révélé par la vignette). Une telle mesure ne dit rien cependant sur le degré d'autonomie professionnelle des médecins ; en outre, les résultats ne sont pas disponibles, à ma connaissance tout au moins.

Une autre approche consiste à synthétiser, à dire d'experts, plusieurs dimensions de la gestion du risque dans les différents pays, en se focalisant sur les soins primaires (Starfield et Shi, 2002, Macincko, Starfield et Shi, 2003) : l'idée est qu'une gestion du risque doit passer par un renforcement des soins préventifs (par rapport au curatif), un suivi dans le temps du patient, un contrôle des soins secondaires et primaires par le médecin responsable (rôle d'aiguilleur du patient, aussi appelé *gatekeeper*), une

orientation familiale et communautaire du médecin de première ligne, et, enfin, une régulation de l'installation sur le territoire. Chaque dimension reçoit un score entre 0 et 2 et le pays reçoit un score global égal à la somme de ses scores sur chaque dimension. France, Suisse et USA reçoivent les scores les plus bas (entre 1 et 4), Danemark et Royaume-Uni les plus élevés (18 à 19) et le Canada occupe une position intermédiaire avec un score compris entre 8 et 11.5 selon les décennies (Macincko et al. 2003). Outre le caractère à dire d'experts, ces scores présentent l'inconvénient majeur de se limiter à un aspect bien particulier de la gestion du risque, à savoir la gestion par la médecine de soins primaires. La comparaison entre le NHS britannique et l'organisation californienne Kaiser Permanente montre pourtant que cette dernière obtient des résultats supérieurs en capacité à répondre aux attentes du patient et délivrer des soins de qualité (mesurée en taux de ré-hospitalisation et en durée totale d'hospitalisation une fois l'état initial standardisé) avec pourtant un taux de spécialistes bien supérieur. La différence principale réside dans l'utilisation par Kaiser d'infirmières chargées de gérer les trajectoires de soins des patients (Ham et al. 2003, Feachem et al. 2002).

Or (2001) propose d'ajouter à ces dimensions propres aux soins primaires une mesure directe du degré d'autonomie professionnelle : quel est le mode dominant de rémunération (paiement à l'acte, capitation, ou salariat) des médecins ambulatoires et hospitaliers dans le pays ? Certes, il s'agit là d'une mesure partielle de l'autonomie professionnelle, dans la mesure où un médecin payé à l'acte peut se voir par ailleurs fortement contraint par une organisation de gestion du risque pointilleuse sur l'utilisation des soins secondaires (ce qui est le cas par exemple de Kaiser Permanente) et il semblerait nécessaire d'ajouter des mesures de paiement mixte (à l'acte avec intéressement aux performances du groupe, sur ce point, voir Glied, 2000, ou Grignon et al 2004).

Le présent article doit être lu comme une première étape dans une modélisation visant à expliquer l'organisation des systèmes de santé. Le travail permet de suggérer des variables indépendantes qui permettront de mesurer le rôle de l'homogénéité ethnique ou du degré de corporatisme dans les choix organisationnels de nos systèmes de santé, et de comparer l'importance de ces facteurs aux facteurs plus standards de l'économie politique comme la concentration du revenu. Il reste certes un travail de contrôle de qualité à mener sur ces variables indépendantes, mais leur nature ne semble pas poser de problème. Des variables dépendantes permettant de caractériser les systèmes de santé ont aussi été suggérées, mais il reste sans doute matière à discuter : le principal apport de cette contribution est de lancer le débat sur ces variables dépendantes. Pour l'instant, il est proposé de caractériser les systèmes de santé par leur degré d'inéquité liée au revenu dans le financement et l'utilisation des soins, ainsi que par l'importance des soins primaires et les modes de rémunération des médecins.

Dans une prochaine étape, il s'agira de mesurer l'importance toutes choses égales par ailleurs des indépendantes sur le degré d'équité, de soins primaires et les modes de rémunération en vigueur dans les différents pays. Cette analyse économétrique visera seulement à mettre en lumière des corrélations, sans préjuger d'un lien causal, tant il est vraisemblable que l'hétérogénéité sur des variables non observables caractérisant les pays

pourra être la source d'un biais d'endogénéité fort : il est certain par exemple que les attitudes face à la pauvreté et la segmentation ethnique d'une société sont elles mêmes conditionnées par des attitudes plus profondes et peu observables, tenant à la distribution des droits acquis (*entitlements*) aux différents membres de la société (Nozick, 1974). Les règles et valeurs quant aux droits et à leur distribution influencent simultanément les politiques d'immigration, le corporatisme, la taxation, l'universalité et l'uniformité de la couverture maladie, voire même l'autonomie professionnelle (qu'on peut définir, suivant Immergut, 1992, comme le droit acquis des médecins à détenir un pouvoir sur les patients et les payeurs).

Cependant, même une telle analyse simple de corrélations franchir de nombreux obstacles techniques : entre autres, faut-il estimer chaque équation séparément ou tenter un indice composite comme variable dépendante ? Doit-on considérer chaque pays comme une observation ou désagréger les pays les plus décentralisés (USA, Canada) en autant d'unités différentes ? Enfin, quel horizon temporel faut-il utiliser, sachant que certains systèmes de santé passent des frontières au cours du temps ?

Cependant, la question encore à discuter reste celle des variables à retenir pour caractériser l'organisation des systèmes de santé. En proposant équité, soins primaires et rémunération, cette contribution tente de lancer la discussion.

Références :

Alesina, Alberto, Edward Glaeser and Bruce Sacerdote. 2001. "Why Doesn't the United States Have a European-Style Welfare State?" *Brookings Papers on Economic Activity*. 2, pp. 187-254.

Becker, G. (1957) *The economics of discrimination*. Chicago: University of Chicago Press.

Besley, T. & M. Gouveia, 1994 "Alternative systems of health care provision" *Economic Policy* 19: 200-258

Brown, L. D. 1998 "Exceptionalism as the Rule? U.S. Health Policy Innovation and Cross-National Learning", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 23(1): 35-51

Choné, P., Grignon, M., Mahieu R., Quelles fonctions économiques pour des opérateurs de soins dans le système de santé français? *Revue Française d'Economie*, 2001, 16(1), 169-214

Cutler, D.M. & R. Johnson, 2001, *The Birth and Growth of the Social-Insurance State: Explaining Old-Age and Medical Insurance Across Countries*, Federal Reserve Bank of Kansas City, RWP 01-13

Esping Andersen, G. 1990 *The Three Worlds of Welfare Capitalism*

Feachem RGA, Sekhri N, White K. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS and California's Kaiser Permanente. *BMJ* 2002;324:135-43.

Glied, S., Managed Care, 2000, in Culyer, T. and J.P. Newhouse (editors) *Handbook of Health Economics*, chapter 13

Goldstein, G.S., and M.V. Pauly, Group Health Insurance as a Local Public Good, in R.N. Rosett (editor) *The Role of Health Insurance in the Health Services Sector*, NBER New York 1976, pp. 73-109

Gouveia, M. 1997 « Majority rule and the public provision of a public good. » *Public Choice* 93 : 221-294

Grignon, M., Assurance Maladie : Financement collectif et régulation par le marché? *Revue d'Économie Financière*, 76, Novembre 2004, 55-67

Grignon, M., La question de la régulation des dépenses : approche économique, *Revue Française des Affaires Sociales*, 2-3 (2006) : 43-62.

Hall, P.A. and D. Soskice, 2001, *Varieties of Capitalism – The institutional foundations of comparative advantage*, Oxford University Press

Ham, C., York, N., Sutch, S., and Shaw, R. 2003, "Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data", *BMJ* 327, 1-5

Immergut, Ellen, M. 1992 *Health Politics – Interests and Institutions in Western Europe*, Cambridge University Press

Jacob J. and D. Lendin, 2005 "A median voter model of health insurance with ex post moral hazard." *Journal of Health Economics* 24(2): 407-426

Jacobs, A. 1998, "Seeing Differences: Market Health Reforms in Europe", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 23(1): 1-33

Jimenez-Rubio D., P. Smith, E. van Doorslaer, 2007, "Equity in health and health care in a decentralized context: the case of Canada" *Health Economics*, August 23

Kangas, Olli, 1991 *The Politics of Social Rights*, Swedish Institute for Social Research #19

Katznelson I. 2005 *When Affirmative Action Was White*, W.W. Norton, New York

Lott, John R., Jr. 1999. "Public Schooling, Indoctrination, and Totalitarianism." *Journal of Political Economy*. December, 107:6, pp. S127-57.

Macinko, J., B. Starfield, and L. Shi, "The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998", *Health Services Research*, 38(3), 831-865

Mulligan, C.B., R. Gil, X. Sala-i-Martin, 2004, "Do Democracies Have Different Public Policies than Nondemocracies?" *Journal of Economic Perspectives*, 18(1): 51-74

Nozick R. 1974 *Anarchy, State, and Utopia*,

Or, Z. 2001. Exploring the Effects of Health Care on Mortality across OECD Countries. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development (OECD).

Palier, B. 2004 *Social Protection Reforms in Europe: strategies for a new social model*, CPRN Family Network, Social Development Canada.

Robinson J. A. 2006 Equity, institutions, and the development process, *Nordic Journal of Political Economy* 32: 17-50

Saltman, R.B. & J. Figueras 1998 'Analysing the Evidence on European Health Care Reforms', *Health Affairs* 17(2), pp. 85-108

Starfield, B., and L. Shi. 2002. "Policy Relevant Determinants of Health: An International Perspective." *Health Policy* 60 (3): 201-16.

Starr, P. *The social transformation of American Medicine*,

Stiglitz, J.E. (1974) 'The demand for education in public and private school systems', *Journal of Public Economics* 3, pp. 349-385

Usher, D. (1977) "The welfare economics of the socialization of commodities." *Journal of Public Economics* 8: 151-168.

van de Ven, W.P.M.M. (1996) 'Market orientated Health Care Reforms: Trends and future options', *Social Science and Medicine* 43(5), pp. 655-666

van Doorslaer E. & C. Masseria, 2004, *Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries*, OECD Health WP 14

Wagstaff, A. and E. van Doorslaer, 2000, Equity in Health Care Finance and Delivery, in T. Culyer and J.P. Newhouse (editors) *Handbook of Health Economics*, Elsevier, chapter 34

WHO, World Health Report, 2000.

