

GAO

United States General Accounting Office  
Report to Congressional Requesters

Novembre 1991

CÔNTRÔLE DES  
DÉPENSES DE  
SANTÉ

L'expérience de  
l'Allemagne, de la  
France et du Japon



146607



## Résumé

### Objectif

Depuis vingt ans, le rythme de l'accroissement des dépenses de santé aux Etats-Unis est supérieur à celui du reste de l'économie, une tendance qui a des conséquences inquiétantes dans le domaine des affaires, pour les consommateurs et le gouvernement. Les pressions constantes ainsi créées ont suscité divers remèdes, mais qui n'ont connu qu'un succès limité<sup>1</sup>. Les hommes politiques et les analystes ont donc pensé à s'inspirer de l'expérience des pays industrialisés qui semblent mieux contrôler cet accroissement, offrir un accès universel aux soins, être en meilleure santé, tout en consacrant une part plus faible de leur revenu national aux soins de santé.

Le Doyen du parti minoritaire au Comité spécial du Sénat sur le vieillissement, a demandé au GAO de faire un rapport sur les leçons que les Etats-Unis peuvent tirer de l'expérience des pays industrialisés dont les dépenses de santé sont moins élevées. Le Président du Comité des affaires gouvernementales du Sénat et celui du Comité spécial du Sénat sur le vieillissement se sont plus tard joints à cette requête. En réponse, le présent rapport 1) décrit comment trois de ces pays - l'Allemagne, la France et le Japon - organisent leurs systèmes d'assurance maladie, garantissent une couverture universelle et réglementent les remboursements aux praticiens; 2) décrit les politiques appliquées dans chaque pays afin de freiner les dépenses médicales et hospitalières; et 3) examine si ces politiques se sont avérées efficaces pour ralentir l'accélération des dépenses dans ce domaine.

---

### Historique

Le système de santé des Etats-Unis est caractérisé depuis quelques années par une accélération rapide des coûts et une réduction notable de l'accès. Entre 1970 et 1990, la part du revenu national consacrée aux soins de santé a plus que doublé: elle est passée de 7,3 pour cent du produit brut national (PNB) en 1970 à 12,3 pour cent en 1990; les projections pour l'an 2000 font état d'un chiffre qui dépasserait très probablement 16 pour cent. Malgré le niveau élevé et croissant des dépenses, une partie grandissante de la

population n'a pas d'accès immédiat aux soins. Entre 1979 et 1987, le nombre d'Américains dépourvus d'assurance maladie a augmenté d'un quart, de 29,9 millions à 37,4 millions.

D'autres pays industrialisés ont mieux réussi que les Etats-Unis à contrôler les dépenses de santé, tout en fournissant en même temps une assurance maladie à pratiquement toute la population. Par exemple, l'Allemagne, la France et le Japon consacrent chacun aux dépenses de santé une part nettement plus faible de leur revenu national que les Etats-Unis (voir fig. 1). Cette différence n'a cependant pas entraîné une diminution de l'accès aux services de santé fondamentaux ni une détérioration des chiffres-clés des statistiques sanitaires, comme l'espérance de vie et la mortalité infantile.

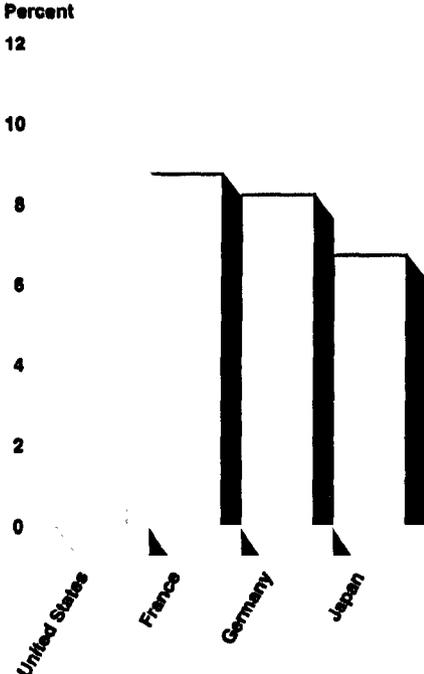
La présente étude examine les politiques de redressement qui ont été mises en oeuvre en Allemagne, en France et au Japon dans le domaine de l'assurance maladie. Pour réaliser cette analyse, le GAO s'est procuré les données relatives aux dépenses de santé et à la situation sanitaire, a étudié des articles consacrés au système de santé de chaque pays et a interrogé des experts des Etats-Unis et de chaque pays examiné. Le GAO a aussi analysé les effets probables de diverses politiques de redressement et a calculé par la méthode statistique les résultats de l'efficacité de plusieurs politiques. Pour des raisons techniques<sup>2</sup>, notre analyse statistique a été limitée à la France et à l'Allemagne.

---

**Résultats en  
bref**

L'Allemagne, la France et le Japon assurent une couverture d'assurance maladie presque universelle, dans le cadre de systèmes de santé qui ont trois grands traits en commun avec le système des Etats-Unis: 1) les soins médicaux sont assurés par des médecins de régime libéral et par des hôpitaux publics ou privés; le client choisit librement son praticien; 2) la plupart des assurés bénéficient d'une affiliation par leur travail; et 3) l'assurance maladie est offerte par de nombreux organismes en tiers-payants.

**Figure 1: Dépenses de santé par rapport au Produit national brut  
(1989)**



Ces ressemblances avec le système américain vont de pair avec plusieurs différences importantes qui découlent des règlements détaillés qui servent à garantir la couverture. Premièrement, les assureurs - qui sont en majorité sans but lucratif - sont tenus d'assurer une couverture minimale qui comprend un large éventail de prestations de santé. Deuxièmement, l'assurance est obligatoire (à de rares exceptions près) pour toute la population et le choix en matière d'assureurs est limité ou nul. Troisièmement, l'assurance liée à l'emploi n'est pas financée par des primes qui reflètent les risques de chaque groupe individuel, mais, en grande partie, par des cotisations patronales et salariales prélevées à la source, qui reflètent les risques d'une tranche plus importante de la population.

En plus du principe de l'assurance obligatoire, chacun des trois pays normalise les taux de presque tous les remboursements médicaux et hospitaliers et fixe des plafonds (contrôle des prix) à ces taux<sup>3</sup>. Pratiquement tous les organismes de remboursement doivent respecter ces taux normalisés. Les taux de remboursement ne sont pas promulgués unilatéralement par le gouvernement mais sont établis par négociations officielles ou officieuses entre médecins, hôpitaux, tiers-payants et le gouvernement (pour la France et le Japon).

Les contrôles budgétaires - des politiques qui augmentent les contrôles des prix en fixant des limites aux dépenses globales pour les soins hospitaliers ou médicaux - peuvent freiner l'accroissement des dépenses, surtout quand ils sont strictement appliqués. Chaque pays fixe les limites aux dépenses globales de santé comme objectifs nationaux, mais seules l'Allemagne et la France se sont dotées de politiques énergiques afin de faire respecter ces limites. Le GAO estime qu'en France, les contrôles budgétaires, entre 1984 et 1987, ont réduit les dépenses hospitalières (ajustées par rapport à l'inflation) d'au moins 9 pour cent par rapport au chiffre projeté avec seulement de contrôle des prix. De même, le GAO estime qu'en Allemagne, en ce qui concerne les services médicaux, les contrôles budgétaires ont réduit les dépenses réelles d'au moins 17 pour cent entre 1977 et 1987, par rapport à ce qui aurait été dépensé en l'absence de contrôle budgétaire. Par contraste, les limites

globales imposées aux dépenses hospitalières en Allemagne n'ont pas réduit la croissance des dépenses; ces limites n'étaient toutefois pas accompagnées d'un mécanisme pour les faire respecter.

Les contrôles budgétaires qui ont réussi à freiner la croissance des dépenses en Allemagne et en France ne sont pas une panacée contre les problèmes en ce domaine. Les contrôles budgétaires n'ont pas réglé toutes les pressions sur les dépenses, en partie parce qu'ils n'ont pas été appliqués à tous les segments de l'industrie de la santé. De plus, ces contrôles budgétaires ne garantissent pas des soins de qualité supérieure ni l'efficacité des services. Devant ces préoccupations, l'Allemagne comme la France étudient des modifications et des ajouts à leurs stratégies actuelles de lutte contre l'accroissement des dépenses de santé.

---

**L'Analyse du  
GAO**

**Dans ces trois pays, les systèmes de santé conservent la médecine libérale et le libre choix du praticien par le client**

En Allemagne, en France et au Japon, comme aux Etats-Unis, les malades peuvent généralement choisir leur praticien; les consultations sont effectuées par des médecins de régime libéral et les soins hospitaliers sont assurés par des hôpitaux de régime public ou privé. Les médecins qui ont un cabinet de consultations sont payés selon le principe rémunération contre service, comme la plupart des médecins américains. (Cependant, à la différence des Etats-Unis, les médecins qui assurent les soins hospitaliers sont souvent salariés de l'hôpital qui les emploie.)

**Chacun de ces pays garantit une assurance maladie à l'ensemble de la population, au moyen de systèmes réglementés comportant de multiples organismes de remboursement**

Chacun de ces pays garantit à pratiquement toute la population une assurance maladie qui offre un niveau minimum de prestations importantes. Ils parviennent à une couverture presque universelle en rendant obligatoire et pratiquement automatique l'affiliation à l'assurance maladie, à de rares exceptions

près. Cette assurance est offerte par une combinaison complexe de tiers-payants dont l'histoire reflète les institutions sociales et l'histoire politique particulières de chaque pays. Chacun de ces organismes n'a qu'une indépendance d'action limitée, à cause de la réglementation nationale de l'affiliation, des prestations, des cotisations et du remboursement des praticiens.

### **La couverture est obligatoire et complète**

L'ensemble obligatoire de prestations maladie couvre un large éventail de services. Ces prestations couvrent généralement les soins médicaux, les soins hospitaliers, les analyses de laboratoire, la pharmacie et une partie des soins dentaires et de la lunetterie. Dans chacun des trois pays, les malades ne payent pas de franchise pour les soins maladie; le ticket modérateur pour les soins médicaux et hospitaliers varie de montants nominaux en Allemagne jusqu'à 20 ou 30 pour cent des tarifs réglementés en France et au Japon.

### **L'assurance est financée par des cotisations patronales et salariales retenues sur le salaire**

En Allemagne, en France et au Japon, l'assurance liée au travail est en grande partie financée par des cotisations patronales et salariales obligatoires retenues sur le salaire. Par contraste avec le financement de l'assurance privée aux Etats-Unis, qui reflète généralement les risques de chaque groupe particulier, ces cotisations obligatoires reflètent les risques d'un échantillon de population plus important que celui qui est généralement utilisé par les assureurs américains pour calculer les primes d'assurance. (En France et au Japon, le financement à la source salariale est augmenté de subventions provenant de l'impôt sur le revenu.)

### **Ces trois pays fixent des limites nationales aux dépenses et prescrivent des taux uniformes de remboursement**

Chaque pays est doté de procédures nationales destinées à fixer des limites aux dépenses de santé et à déterminer des taux normalisés de remboursement aux prestataires de services.

Généralement, un organisme gouvernemental ou un autre organisme agréé définit des objectifs d'ensemble à propos de certains éléments ou de tous les éléments des dépenses de santé. Ces objectifs peuvent servir de principes directeurs ou ils peuvent être contraignants. Les législations nationales prescrivent aussi que les organismes de remboursement respectent certains taux de remboursement qui sont généralement uniformes; une prestation particulière est d'habitude remboursée au même taux, quel que soit l'organisme payant.

Chaque pays est aussi doté d'une procédure officielle pour fixer les taux de remboursement des praticiens et des hôpitaux. Les principales parties au système de santé - tiers payants, praticiens et hôpitaux et (en France et au Japon) le gouvernement, participent à la fixation de ces taux. En France et en Allemagne, les taux sont fixés au cours de négociations officielles. Au Japon, ils le sont par le gouvernement, sur consultation d'un organisme qui représente les assureurs et les professions de santé.

#### **Ces trois pays adoptent un contrôle direct des prix et de l'ensemble des dépenses**

Chacun de ces trois pays, s'efforçant de freiner l'accroissement des dépenses de santé, a imposé des contrôles directs des prix des services de santé et de l'ensemble des dépenses. Ces mesures sont globales et s'appliquent à l'ensemble de l'industrie de la santé ou à un secteur important. Par le biais des remboursements uniformes, de la couverture obligatoire et des prestations obligatoires, ces trois pays ont remédié au problème potentiel des contrôles directs, celui du transfert des risques (les professions de santé compensent le coût des soins aux indigents et les remboursements plus faibles de certains assureurs en faisant payer davantage d'autres assureurs plus généreux).

#### **Les contrôles budgétaires énergiques sont plus efficaces que les contrôles de prix pour freiner les dépenses**

L'Allemagne et la France ont mis en oeuvre des contrôles budgétaires qui ont connu différents degrés d'application - en Allemagne, à partir de la fin des années 1970; en France, au milieu

des années 1980. Ces contrôles se sont ajoutés au contrôle des prix qui était déjà en vigueur ou l'ont remplacé. Chacun des deux pays a fixé des plafonds annuels à l'ensemble des dépenses hospitalières et l'Allemagne a aussi fixé des objectifs, puis des plafonds à l'ensemble des dépenses de consultations. Les analyses économétriques du GAO confirment que ces contrôles budgétaires sont plus efficaces quand ils sont rigoureusement appliqués.

### **Dépenses hospitalières en Allemagne et en France**

Les limites imposées ont freiné les dépenses hospitalières en France mais pas en Allemagne. A partir de 1984, le gouvernement français a remplacé les taux fixes journaliers des soins hospitaliers par des objectifs pour l'ensemble des dépenses en hôpital public. Afin de faire respecter ces objectifs, le gouvernement participe aux négociations budgétaires avec chaque hôpital public particulier. Le GAO estime qu'entre 1984 et 1987, ces objectifs ont réduit les dépenses hospitalières en France d'environ 9 pour cent par rapport au simple contrôle des prix antérieur. Par contraste, l'Allemagne en 1985 a fixé des objectifs à l'ensemble des dépenses hospitalières, mais ne s'est pas dotée de moyens d'application. Le GAO n'a pas trouvé de preuves statistiques montrant que l'existence de ces objectifs ait affecté l'ensemble des dépenses hospitalières de ce pays entre 1985 et 1987.

### **Dépenses médicales en Allemagne**

Dans ce pays, une application rigoureuse a permis de rendre plus efficaces les contrôles budgétaires des dépenses médicales. En 1978, l'Allemagne a complété les contrôles de prix existants par des objectifs de dépenses (mais sans mécanisme de mise en oeuvre officiel). En 1986 cependant, elle a remplacé les objectifs par des plafonds obligatoires. Le GAO estime qu'entre 1977 et 1987, les contrôles budgétaires ont permis à l'Allemagne de réduire les dépenses médicales, compte tenu de l'inflation, d'un maximum de 17 pour cent par rapport à celles qui auraient été encourues avec un simple contrôle des prix. De plus, le GAO a trouvé que les plafonds ont réduit le taux d'accroissement des dépenses plus que les objectifs. L'accroissement des dépenses dans

le secteur médical était de 2 pour cent par an en moyenne avec les plafonds, par rapport à 7 pour cent par an avec les objectifs; cette différence est due en partie aux plafonds, mais pas complètement.

**Ces pays cherchent des politiques supplémentaires pour mieux maîtriser les dépenses, garantir la qualité et améliorer l'efficacité.**

Dans les pays étudiés, les contrôles budgétaires qui ont réussi à freiner le rythme de l'accroissement des dépenses n'ont pas réglé toutes les pressions sur les dépenses et n'ont pas non plus essayé de répondre aux inquiétudes sur la qualité et l'efficacité des soins de santé. L'accroissement des dépenses peut être attribué, en partie, aux secteurs qui ne sont pas contrôlés par les budgets, comme les services médicaux en France ou les médicaments dans les trois pays. On prévoit aussi que les pressions pour augmenter à l'avenir les dépenses de santé continueront, étant donné le vieillissement d'une partie grandissante de la population et l'apparition de nouveaux traitements coûteux.

De plus, les mesures de redressement de plus en plus rigoureuses risquent, à long terme, de provoquer des pressions politiques visant à leur assouplissement et risquent aussi de faire baisser la qualité des services offerts par le système de santé. En France, de nouvelles propositions de renforcement des contrôles budgétaires ont récemment provoqué les protestations universelles des médecins. En Allemagne, certains contrôles sur les dépenses médicales ont été assouplis vers la mi-91 sous la pression des médecins. En ce qui concerne la qualité, le GAO n'a pas découvert de déclin significatif des principaux indicateurs de santé dans les pays étudiés pendant la période relativement courte où les contrôles budgétaires ont été appliqués. Les experts français craignent cependant que la rigueur des budgets hospitaliers n'affecte l'entretien des hôpitaux et le développement des techniques de pointe. Dans d'autres pays qui appliquent des contrôles budgétaires depuis plus longtemps que la France et l'Allemagne, on a vu apparaître une certaine insuffisance de services, ce qui pourrait indiquer des problèmes potentiels à long terme.

Dans chacun de ces trois pays, les spécialistes de la santé étudient des politiques qui garantissent l'efficacité et la qualité des services. Par exemple, la France et l'Allemagne s'efforcent toutes deux d'élaborer un futur système de remboursement hospitalier - suivant les mêmes principes généraux que le programme Medicare aux Etats-Unis depuis 1983 - qui offre des incitations pour améliorer l'efficacité des soins hospitaliers. L'Allemagne met au point des programmes de garantie de qualité en augmentant le contrôle des médecins, en officialisant les procédures de garantie de qualité et en augmentant la coordination entre les consultations et les services hospitaliers.

---

**Recommandations**

Le GAO ne formule aucune recommandation dans le présent rapport.

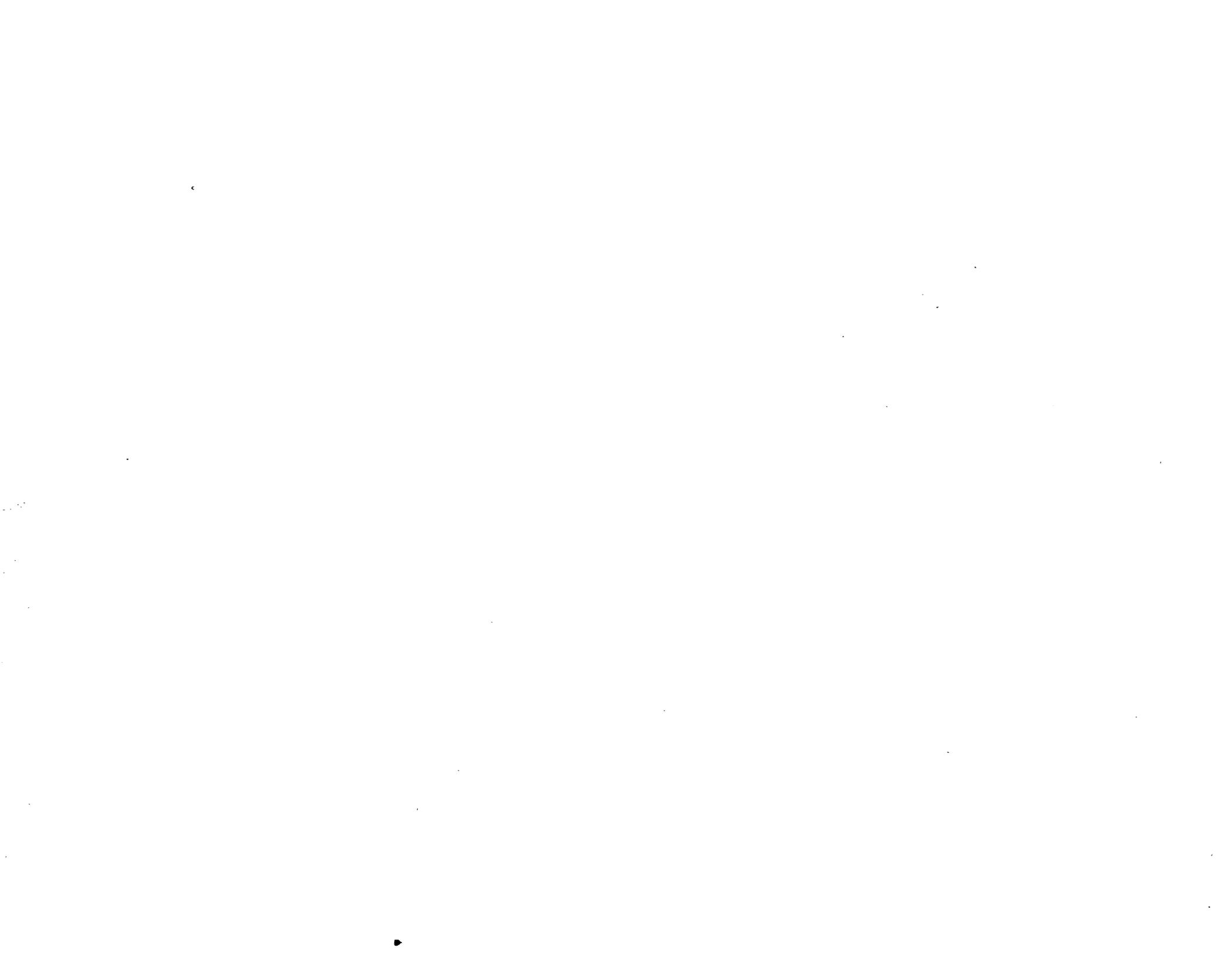
---

**Commentaires  
des organismes**

Le GAO n'a pas sollicité les commentaires d'autres organismes.

## Notes

1. Les conséquences de l'accroissement des dépenses de santé sont décrites dans *U.S. Health Care Spending: Trends, Contributing Factors, and Proposals for Reform* (GAO/HRD-91-102, 7 juin 1991), pp. 8-11; le même article étudie les résultats de diverses initiatives de contrôle des dépenses, pp. 14-16.
2. A la différence du Japon, l'Allemagne et la France ont apporté des modifications importantes à leur politique de remboursement au cours des années 1970 et 1980; ces modifications ont permis de comparer les dépenses dans le cadre de l'ancien régime et celles du nouveau régime.
3. En outre, chacun des trois pays exerce certains contrôles sur les dépenses destinées à la construction des hôpitaux ou à l'acquisition d'un nouvel équipement médical coûteux.



---

#### Ordering Information

The first copy of each GAO report is free. Additional copies are \$2 each. Orders should be sent to the following address, accompanied by a check or money order made out to the Superintendent of Documents, when necessary. Orders for 100 or more copies to be mailed to a single address are discounted 25 percent.

U.S. General Accounting Office  
P.O. Box 6015  
Gaithersburg, MD 20877

Orders may also be placed by calling (202) 275-6241.

United States  
General Accounting Office  
Washington, D.C. 20548

Official Business  
Penalty for Private Use \$300

First-Class Mail  
Postage & Fees Paid  
GAO  
Permit No. G100