

CHAPITRE e3

Économie de la santé

Joseph P. Newhouse

Ce chapitre a pour but d'expliquer aux médecins comment les économistes pensent les médecins et les soins de santé. Leur façon de penser a façonné les politiques de santé ainsi que les institutions concernées et par conséquent l'environnement dans lequel les médecins travaillent. C'est pourquoi il est utile pour les médecins de comprendre certains aspects de ce mode de pensée même s'il peut paraître parfois éloigné voire antipathique.

Les médecins se considèrent eux mêmes comme des professionnels et des soignants qui assistent leurs patients de façon à répondre à leurs besoins de santé. Lorsque les économistes deviennent des patients, ils voient probablement les médecins de la même façon, mais ils considèrent les docteurs à travers leurs yeux d'économistes comme des agents économiques. En d'autres termes, les économistes s'intéressent à la façon dont les médecins répondent à diverses mesures incitatives, à la fois celles qui les concernent et celles qui concernent les patients, à travers la façon dont ils vont mobiliser les ressources qui sont à leur disposition. Par exemple, combien de temps ils vont consacrer à un patient, quels examens ils vont demander, quels médicaments ils vont prescrire ; s'ils en prescrivent ; s'ils vont recommander une intervention ; s'ils vont adresser un patient ou bien s'ils vont l'admettre.

Cet intérêt découle de questions économiques fondamentales : quels biens et services vont être consommés ? En particulier, quel est le niveau d'accessibilité des soins, ainsi que des autres biens et services ? Comment ces soins sont-ils produits ? Par exemple, quels sont les services spécifiques ou combinaisons de services utilisées pour traiter un certain type de maladie ? Qui reçoit des traitements particuliers ?

Les médecins dans toutes les sociétés vivent et fonctionnent dans une économie de marchés, bien que ces marchés diffèrent grandement des simples marchés compétitifs décrits dans les manuels d'introduction à l'économie, et sont également différents d'un pays à l'autre, dépendamment des institutions de chaque pays. Un grand nombre de différences entre le marché de la santé actuel et les marchés compétitifs décrits dans les livres entraînent ce que les économistes appellent la *défaillance de marché*, une situation dans laquelle quelques individus peuvent s'améliorer sans que les autres en soient affectés.

Ce chapitre présente deux modes de financement à l'origine de défaillances de marché : la sélection et l'aléa moral. Une réponse habituelle à la défaillance de marché en matière de santé est ce que les économistes appellent les prix réglementés, qui est un autre concept décrit dans ce chapitre. Les prix réglementés impliquent également un coût économique, conduisant à ce que les économistes nomment un échec de la réglementation que nous aborderons en conclusion.

■ SÉLECTION

Dans le marché compétitif idéal que l'on peut trouver dans les manuels d'économie, les acheteurs et les vendeurs disposent des mêmes informations concernant les biens et les services à vendre ou à acheter. Lorsqu'une des parties dispose de plus d'informations – ou lorsque des biens de qualités différentes sont vendus au même prix, ce qui revient au même – le marché peut se briser de la façon suivante : mettons qu'il existe un prix auquel la transaction pourrait avoir lieu entre un acheteur et un vendeur qui en savent tous les deux autant, transaction dont ils sortent tous deux gagnants, mais la transaction n'a pas lieu car l'une des deux parties en sait plus que l'autre, d'où le fait qu'à la fois le vendeur et l'acheteur potentiels en sortent perdants.

Le marché des voitures d'occasion est un exemple classique de la différence d'information. Le propriétaire d'une voiture usagée (le

potentiel vendeur) en sait plus sur la qualité de sa voiture qu'un éventuel acheteur. Pour un prix spécifique donné pour un certain modèle d'une certaine marque, les seules voitures d'occasion offertes à la vente seront celles dont leurs vendeurs estiment leur prix réel au-dessous de ce prix. Ces voitures seront d'une qualité inférieure relativement à leur prix. En réalité, si on suppose un continuum de qualité, la moyenne des voitures à la vente, sera celle des voitures dont la valeur réelle estimée est inférieure à celle du prix du marché. Cependant, cela signifie que tout acheteur potentiel manquant d'information sur la qualité de la voiture risque de payer (beaucoup) plus que sa valeur réelle. Du fait que les acheteurs sont au fait que les vendeurs en savent plus sur la qualité de la voiture, les transactions, qui se feraient si l'acheteur et le vendeur disposaient des mêmes informations, risquent de ne pas avoir lieu. (C'est la raison pour laquelle les vendeurs offrent des garanties.)

Il se passe la même chose lorsque des biens de qualités différentes sont vendus au supermarché pour le même prix. Les acheteurs vont acheter rapidement les boîtes d'une certaine marque de céréales pour petit-déjeuner ou des bouteilles de boissons non alcoolisées sur l'étagère, car la qualité de toutes ces boîtes ou bouteilles est la même, mais ils vont prendre leur temps pour inspecter le produit et s'assurer que la pomme qu'ils ont choisie n'est pas abîmée ou la banane trop mûre. À la fin de la journée, il ne reste plus sur l'étagère que des pommes abîmées et des bananes trop mûres. En effet, le vendeur ne s'est pas servi de toutes les informations dont il disposait pour fixer le prix de ses produits et le consommateur s'est servi de cette différence d'information.

La sélection touche le marché des assurances de santé individuelles, et à un certain degré des petits groupes, de la même façon que le marché des voitures d'occasion et des étalages de produits, mais dans ce cas c'est l'acheteur de l'assurance qui dispose de plus d'informations que le vendeur. Les individus qui consomment d'avantage de soins que la moyenne – par exemple ceux qui souffrent d'affection chroniques, ou qui montrent une propension accrue à demander des soins pour un symptôme – accorderont plus de valeur à l'assurance santé que ceux qui sont en bonne santé ou qui pour diverses raisons n'ont pas recours aux soins même lorsqu'ils sont symptomatiques. Cependant, les assureurs ne connaissent pas forcément le risque de ceux qu'ils assurent, ce qui conduit à des primes d'assurance calculées en fonction d'un risque moyen parfois adapté à certaines caractéristiques observables telles que l'âge. De la même façon que les acheteurs ne veulent pas des pommes abîmées, et les acheteurs de voitures d'occasion ne veulent pas de vices cachés, de nombreuses personnes en bonne santé ne veulent pas contracter volontairement une assurance si son prix reflète l'usage qu'en font ceux qui sont malades. (Ceux qui sont en bonne santé, mais ont très peur des risques paieront probablement les primes d'assurance au-delà de l'usage qu'ils risquent d'en faire.) Si nous prenons un cas extrême où les gens en bonne santé renoncent à leur assurance, les primes augmentent (puisque les personnes qui restent sont plus malades en moyenne), et cette augmentation pousse encore plus de gens à renoncer à cette assurance, entraînant une nouvelle augmentation des coûts, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'il ne reste plus que quelques personnes pour acheter cette assurance.

C'est pour cette raison que le financement principal de la santé ne repose dans aucun pays développé sur les assurances individuelles volontaires, bien que de nombreux pays s'en servent pour le marché des assurances complémentaires, et une des caractéristiques de ce marché est la sélection. À la place, les gouvernements et/ou les employés financent ou subventionnent fortement l'achat d'assurances santé obligatoires ou volontaires (par exemple, les programmes Medicare et Medicaid aux États-Unis, le Canada, l'Allemagne, l'état du Massachusetts) ou, alors, l'État fournit directement les services de santé (par exemple le Royaume-Uni, la United States Veterans Health Administration et l'Indian Health Service). De plus, les pays qui recourent aux assurances santé financées par les travailleurs, comme les États-Unis ou l'Allemagne, choisissent soit d'imposer des taxes obligatoires pour financer ces assurances, ou bien concèdent des allègements fiscaux importants pour leur achat ; autrement, de nombreux travailleurs en bonne santé préféreraient que l'employeur leur donne l'argent qu'il paie à l'assurance sous forme de salaire en espèces. Du fait que l'employeur qui offre une assurance santé paie des salaires en espèces moins élevés qu'un autre employeur qui ne le ferait pas,

de nombreux employeurs américains qui ne sont pas tenus d'offrir une assurance risquent de ne pas y souscrire dans les industries où les salaires sont bas, car en faisant cela, les salaires en espèces pourraient tomber en dessous du salaire minimum (ils n'offrent pas non plus de prestations de retraite pour les mêmes raisons). Ces employeurs qui offrent des salaires faibles sont souvent de petites entreprises. Tandis que 18 p. 100 de la force de travail américaine est employée dans des entreprises de 3 à 24 employés en 2008, seulement 13,8 p. 100 des travailleurs disposant d'une assurance santé travaillaient dans ces mêmes entreprises. Certains auto-entrepreneurs ou ceux qui travaillent dans de petites entreprises (dont les médecins) peuvent adhérer à des sociétés ou associations professionnelles grâce auxquelles ils peuvent souscrire à des assurances, mais cette souscription étant volontaire, elle est sujette à une sélection. Ceux qui n'ont pas accès à ces assurances doivent avoir recours au marché des assurances individuelles.

Comment cela affecte-t-il la pratique de la médecine ? Les polices d'assurance pour les individus et les petits groupes ont habituellement des clauses préalables qui protègent l'assureur contre la sélection, à savoir une protection contre les personnes souscrivant une assurance (notamment une assurance plus complète) après s'être vu diagnostiquer une maladie dont le traitement est coûteux. Malgré tout, il persiste des éléments de sélection dans le marché de l'assurance, c'est pourquoi les primes ont tendance à être élevées. C'est la raison pour laquelle les américains qui n'ont pas accès à une assurance fournie par leur employeur ou par le biais de leur conjoint, ont tendance à ne pas souscrire à une assurance volontaire, et beaucoup de ces personnes vont chercher à se faire soigner sans assurance. Prendre en charge ces patients qui paient de leur poche, laisse au médecin le choix entre prodiguer des soins sous-optimaux et traiter au mieux en laissant au patient une facture importante pouvant le conduire à un défaut de paiement (ce qui peut poser au médecin des problèmes pour se faire payer, voire ne pas être payé du tout). Ceux qui souscrivent des assurances avec des primes élevées peuvent choisir des assurances basiques ou qui ne couvrent que quelques consultations médicales et certains médicaments, laissant à nouveau le médecin avec un problème pour déterminer une stratégie thérapeutique réaliste que le patient peut se permettre.

La sélection peut intervenir sous une autre forme lorsque le médecin est remboursé selon un tarif fixe par patient (c'est-à-dire par capitation) plutôt qu'à l'acte. En fonction de l'adéquation des ajustements du montant fixé par patient et les ressources nécessaires pour celui-ci – la plupart du temps, de tels ajustements n'existent pas – les médecins qui reçoivent un montant fixe, sont incités à ne pas prendre en charge les patients les plus malades. De la même façon, les médecins qui reçoivent une somme par patient pour leurs propres services mais ne sont pas responsables financièrement des services des autres praticiens risquent d'adresser excessivement, de même qu'un médecin payé à l'acte adressera trop peu.

ALÉA MORAL

Le terme d'aléa moral provient de la littérature actuarielle ; il renvoyait initialement à la faiblesse de la motivation d'un individu assuré pour prévenir les pertes contre lesquelles il est assuré. Un exemple classique est celui des propriétaires de maisons dans les zones à risque de feux de broussailles qui ne débroussaillent pas autour de leurs maisons ou n'installent pas de bardeaux résistants au feu sur leurs toits car ils pensent qu'ils seront dédommages par leur assurance si leur maison brûle. Dans certaines branches de l'assurance cependant, le problème de l'aléa moral est secondaire. Les personnes qui souscrivent à une assurance vie sur leur propre vie n'ont pas tendance à se suicider pour que l'assurance paie. (Cependant, en raison de l'aléa moral, la loi interdit de souscrire une assurance vie sur une personne dont vous n'êtes pas proche ou avec laquelle vous ne partagez pas d'intérêts économiques.) De la même façon, en dépit de l'exemple des feux de broussailles, l'assurance des propriétaires de maisons n'est pas vraiment concernée par l'aléa moral, car les individus ne peuvent généralement pas remplacer les biens qui ont été perdus, tels que les albums photos, lorsqu'une maison brûle, ou bien qui ont été détruits au cours d'un cambriolage. En bref, si l'aléa moral est négligeable, les personnes assurées prennent les précautions nécessaires pour se prémunir des éventuelles pertes.

Dans le contexte de l'assurance santé, la forme classique de l'aléa moral signifie une diminution potentielle des incitations à prévenir les

maladies, et n'est par conséquent pas un grand problème. La maladie implique généralement de la douleur et de la souffrance, sans oublier la possibilité d'un raccourcissement de l'espérance de vie. Parce qu'il n'existe pas d'assurance contre la douleur et la souffrance, les individus sont fortement motivés pour rester en bonne santé, quelle que soit leur assurance santé. Vu d'une autre façon, le fait d'avoir une meilleure assurance santé ne renforce néanmoins pas cette motivation.

Au lieu d'une diminution de la motivation à prévenir la maladie, dans le contexte de l'assurance santé, l'aléa moral renvoie typiquement à l'incitation pour les individus les mieux assurés à consommer davantage de services médicaux. Par exemple, un patient souffrant de dorsalgies ou de douleurs de l'épaule demandera plus volontiers une imagerie coûteuse telle qu'une IRM si elle ne lui coûte rien ou presque, même si le médecin estime que la valeur clinique ajoutée de cet examen est faible. De la même façon, le médecin peut être plus prudent lorsqu'il prescrit un examen qui risque de n'apporter que peu d'information, si celui-ci risque d'avoir des conséquences financières lourdes pour le patient.

Les données les plus solides sur ce point proviennent d'une expérience randomisée conduite à la fin des années 1970 et au début des années 1980 : la RAND Health Insurance Experiment. Les familles dont les membres avaient moins de 65 ans étaient randomisées pour des polices d'assurances dans lesquelles le montant qu'ils devaient payer lorsqu'ils recouraient à un service (« partage des coûts ») variait de rien (soins complètement assurés) à une franchise importante (assurance catastrophique). Tous ces plans plafonnaient les dépenses personnelles de santé de chaque famille, avec un plafond plus bas pour les familles à faibles revenus. Les familles dont les soins étaient totalement pris en charge consommaient environ 40 p. 100 de services en plus en un an que les familles qui avaient une mauvaise assurance, un résultat qui ne variait pas beaucoup entre les six sites géographiquement dispersés dans lesquels l'expérience était menée. Bien que ces données datent d'une époque où les soins n'étaient pas encore régulés aux États-Unis, des études observationnelles ultérieures menées aux États-Unis et ailleurs ont largement confirmé ces résultats, concernant la relation entre les variations de consommation de soins et les variations des dépenses personnelles par le patient au moment de ces soins.

Ceux pour lesquels les soins médicaux étaient gratuits dans l'étude RAND étaient plus enclins à rechercher des soins pour des problèmes dont les traitements sont efficaces. On pourrait penser que cela a pu améliorer leur état de santé, mais dans l'ensemble, cela n'a pas été le cas. En réalité, il n'y avait pas ou peu de différence concernant l'état de santé moyen entre les patients pour différentes polices d'assurance, à l'exception des patients hypertendus et en particulier ceux disposant de faibles revenus, qui étaient mieux contrôlés lorsque les soins étaient gratuits. De plus, dans cette expérience, ceux pour lesquels les soins étaient gratuits étaient également enclins à rechercher des soins pour des problèmes pour lesquels il était peu probable que des soins soient efficaces.

Une explication possible de l'absence de bénéfices tirés des services médicaux supplémentaires consommés par ceux qui disposaient de soins gratuits, est que la population de cet essai, faite de jeunes vivants à domicile, était en bonne santé. Ceux qui avaient une franchise importante consultaient deux fois par an en moyenne ; ceux pour lesquels les soins étaient gratuits consultaient environ deux fois plus et étaient hospitalisés à peu près 25 p. 100 plus souvent. Il est possible que les deux visites supplémentaires et les hospitalisations plus fréquentes étaient aussi susceptibles de conduire à des résultats médiocres qu'à de bons résultats dans cette population. De façon certaine, la littérature ultérieure sur la qualité des soins et les erreurs médicales a montré qu'un grand nombre de soins inappropriés ont été et sont encore prodigués aux patients. Par exemple, plus de la moitié des antibiotiques prescrits aux participants à l'essai, étaient pour des pathologies virales. De plus, environ un quart des patients hospitalisés (toutes assurances confondues) étaient admis pour des actes qui auraient tout aussi bien pu être réalisés en dehors de l'hôpital, ce qui est cohérent avec la forte diminution du recours à l'hôpital au cours des trois dernières décennies. En bref, les soins supplémentaires inappropriés surviennent lorsque les soins étaient gratuits n'étaient pas forcément exempts de risques ; si une personne en globally en bonne santé consultait un médecin, il ou elle risquait de moins bien s'en sortir. La littérature sur les soins inappropriés est principalement d'origine américaine, mais ce qui en ressort est probablement valable partout.

L'assurance est probablement souhaitable pour protéger les familles du risque financier lié à des dépenses médicales importantes et dans certains cas pour corriger la sous utilisation de certains services utiles, comme pour les patients diabétiques ou hypertendus qui ne prennent pas leurs traitements pour des raisons financières. C'est pourquoi la solution à l'aléa moral n'est pas d'abolir l'assurance santé, mais de trouver le bon équilibre entre la protection financière et l'incitation à se faire soigner. De plus, il est probablement utile de faire varier les montants que les patients doivent déboursier en fonction des services spécifiques et de l'état de santé du patient. Il est probablement mieux, par exemple, d'avoir un ticket modérateur faible voire nul pour les antidiabétiques, les antihypertenseurs et les statines pour les patients qui ont eu un infarctus du myocarde et un ticket modérateur plus important pour les patients pour lesquels l'indication de ces traitements est moins claire.

■ PRIX RÉGLEMENTÉS

Parce que les assureurs, qu'ils soient publics ou privés ne peuvent pas payer un ensemble de médecins à n'importe quel prix, les prix pour les marchés de la santé avec des assurances de grande taille sont soit négociés soit fixés administrativement. Prenons l'exemple d'un simple livre, les prix d'un marché compétitif sont voisins des coûts de production, mais cela n'est pas forcément le cas lorsque ces prix sont fixés administrativement. Dans le programme américain Medicare, le gouvernement a décidé un prix à prendre ou à laisser. En raison de la part de marché que représente le programme Medicare, presque tous les médecins ont choisi d'accepter le prix fixé par le gouvernement plutôt que de quitter le programme. Dans certains pays (par exemple, l'Allemagne et le Canada), les associations de médecins négocient les prix pour tous les médecins du pays ou d'une région. Aux États-Unis, les assurances privées négocient les honoraires avec chaque médecin ou groupe de médecins.

Le principal problème lorsqu'on décide de fixer administrativement un prix est la détermination de ce prix. Si le prix fixé est très différent du coût marginal, il en résulte inévitablement des déviations ; celui qui fixe le prix à généralement très peu d'informations sur les coûts marginaux, et le prix fixé est par conséquent (souvent) éloigné du coût. Si le prix fixé est en dessous du coût, le service risque de ne plus être disponible, ou s'il l'est, il devra être subventionné par une activité rentable adjacente. Si le prix fixé est bien supérieur au coût, il risque d'y avoir un appel d'air et beaucoup de services offerts à une trop petite échelle. De plus, les coûts varient en fonction des médecins et des hôpitaux, ce qui signifie qu'un prix unique risque de ne pas satisfaire tout le monde. Un bon régulateur, en théorie, devrait chercher à atteindre le juste prix en tâtonnant par approximations pour trouver l'équilibre entre le prix fixé et les coûts de production, cela n'est cependant pas possible dans le domaine de la santé. Non seulement de nouveaux biens et services médicaux apparaissent continuellement, les praticiens s'améliorent au fur et à mesure pour les services qui existent déjà, ou développent de nouveaux outils pour fournir ce service à un prix différent et souvent inférieur. Par exemple, la chirurgie de la cataracte, qui durait 8 heures lorsqu'elle a été réalisée pour la première fois, peut désormais être réalisée en moins de 30 minutes.

Les distorsions entre les prix et les coûts, lorsque les prix sont régulés, ont des conséquences sur les pratiques médicales. Il peut y avoir une surcapacité dans les domaines rentables de la médecine, tels que la cardiologie, la médecine du sport, et une pénurie dans les domaines moins rentables tels que les soins de santé primaire. Des honoraires supérieurs aux coûts pour une procédure encouragent sa réalisation plus fréquente.

Inversement, les méthodes de paiement dont le principe est de payer plusieurs services en une fois, telles que le paiement par capitation, et les forfaits hospitaliers, ne paient pas ce qui est fait en plus et par conséquent risquent de conduire à la prestation de trop peu de services, ou à une exclusion des soins des patients non rentables par les médecins, au point de conduire certains hôpitaux à fermer leurs services d'accueil des urgences s'ils attirent trop de patients non assurés. Comme il a été mentionné plus haut, ces phénomènes reflètent l'asymétrie d'information entre les médecins et les patients, et dans le cas de paiements à l'acte, l'incitation pour les patients assurés à leur recommander des services complémentaires (« Je suis presque certain de savoir quel est le problème, mais il vaut mieux faire cet examen supplémentaire pour en être absolument sûr »).

Il existe des preuves suffisantes que les médecins en tant que groupe répondent aux prix qui sont fixés. Par exemple si une réduction générale des honoraires survient, qui, toutes choses égales par ailleurs, diminue leur salaire, les médecins prescriront davantage de services de santé ; inversement, ils font le contraire si les honoraires augmentent. Ce comportement est suffisamment connu pour que le programme actuariel de Medicare le prenne en compte lors de l'estimation des coûts ou de combien vont coûter ou permettre d'épargner des modifications d'honoraires.

Les prix négociés sont plus susceptibles de se rapprocher des coûts que les prix régulés mais ils ne sont pas la panacée. Tout d'abord, le coût intéressant pour un patient est celui pour le traitement complet de la maladie et pour le résultat obtenu, le prix négocié n'étant probablement le reflet d'aucun de ces deux éléments. Deuxièmement, aux États-Unis, les assurances privées négocient leurs remboursements en utilisant des multiples des honoraires fixés par Medicare et, par conséquent, toute distorsion des prix régulés est reconduite dans les prix négociés. Par exemple, le barème des honoraires de Medicare, les actes sont généralement plus rentables que les services « cognitifs » d'évaluation et de prise en charge, ce qui joue probablement un rôle aux États-Unis dans le manque de médecins de santé primaire. Troisièmement, à la fois aux États-Unis et ailleurs, la négociation est valable pour un grand nombre de médecins dont les coûts sont différents, les prix négociés s'éloignant des coûts pour certains voir un grand nombre de médecins au sein du groupe. Quatrièmement, les prix négociés peuvent largement excéder les coûts lorsqu'il n'existe pas de compétition entre des médecins ayant les mêmes pratiques pour un marché donné. Parce que les marchés de la santé sont généralement locaux, il arrive qu'il n'y ait qu'un groupe pour une spécialité donnée, pour un petit marché, ce groupe ayant alors un pouvoir important pour obtenir des remboursements attractifs. Ce faisant, les médecins cherchent à se regrouper dans les négociations pour accroître leur pouvoir sur un marché. Finalement, de nombreux, voire la plupart des patients sont hésitants à changer de médecin parce que leur médecin actuel connaît leur histoire, parce qu'ils ne sont pas certains qu'un nouveau médecin serait mieux et parce que les assurances les protègent des différences de coût entre les médecins.

CONCLUSION

Une branche de l'économie – l'économie positive – cherche à expliquer les phénomènes actuels sans porter de jugement sur le fait que ces phénomènes soient désirables ou pas. Une autre branche – l'économie normative – cherche à décider ce qu'il faut faire, et en particulier, quelles sont les politiques publiques à mettre en place pour être sûr d'y arriver. Le résultat principal en est que, sous certaines hypothèses particulières, les marchés compétitifs vont conduire à un résultat qui ne peut être mieux pour certains sans être moins bien pour d'autres. Ces hypothèses ne sont pas valables dans le domaine de la santé, en partie du fait de la sélection et de l'aléa moral ; c'est ce que les économistes appellent la défaillance de marché. En revanche, même un régulateur compétent va introduire des distorsions liées à un manque d'informations, comme l'a montré la discussion sur les prix dans ce chapitre, et il n'y a aucune garantie qu'un régulateur sera compétent, comme le montrent les scandales récurrents de corruption. C'est le phénomène que les économistes appellent défaillance de la gouvernance. Les économistes voient les décisions en termes de forme et de quantité d'intervention publique et la régulation dans le domaine du soin comme un problème d'équilibre à trouver entre les différents types de défaillances de marché, de régulation, un problème d'équilibre que des sociétés différentes peuvent choisir de régler différemment.

LECTURES COMPLÉMENTAIRES

- BROOK RH. Assessing the appropriateness of care its time has come. *JAMA*, 2009, 302 : 997.
- CHERNEW ME et al. Value-based insurance design. *Health Affairs*, 2007, 26 : w195.
- FUCHS VR. Health care for the elderly : How much ? Who will pay for it ? *Health Affairs*, 1999, 18 : 11.

- INSTITUTE OF MEDICINE. *To Err Is Human*. Washington, DC, National Academy Press, 1999.
- INSTITUTE OF MEDICINE. *Crossing the quality chasm*. Washington, National Academy Press, 2001.
- MCGUIRE TG. Physician fees and behavior, *in* : FA Sloan, H Kasper. *Incentives and choice in health care*. Cambridge, MIT Press, 2008.
- NEWHOUSE JP. *Pricing the priceless : a health care conundrum*. Cambridge, MIT Press, 2002.
- NEWHOUSE JP, SINAIKO AD. What we know and don't know about the effects of cost sharing on demand for medical care-and so what ? *In* : FA Sloan, H Kasper. *Incentives and choice in health care*. Cambridge, MIT Press, 2008.
- RICE TH. The impact of changing Medicare reimbursement rates on physician-induced demand. *Medical Care*, 1983, 21 : 803.
- SIRU A et al. Inappropriate use of hospitals in a randomized trial of health insurance plans. *N Engl J Med*, 1986, 315 : 1259.
- ZUCKERMAN S et al. Price controls and Medicare spending. *Med Care Res Rev*, 1998, 55 : 457.