



CONFERENCE INTERNATIONALE SUR LES LABORATOIRES
DE BIOLOGIE MEDICALE : PRATIQUE, GESTION
ET UTILISATION

Bruxelles, Belgique, 25-28 novembre 1980

Point I.B.4 de l'ordre du jour



MODE DE FINANCEMENT DES PRESTATIONS POUR LES LABORATOIRES DE BIOLOGIE
- ASSURANCE SANTE

par

Edward L. Kelly, Directeur adjoint
Health Standards and Quality Bureau

et

Margaret VanAmringe
Health Standards and Quality Bureau
Health Care Financing Administration
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

En 1979, les citoyens des Etats-Unis d'Amérique ont consacré près de 200 milliards de dollars aux soins de santé. Depuis 1965, les dépenses de santé augmentent dans ce pays à raison d'environ 12 % par an, alors que le taux de croissance annuel pour l'ensemble de l'économie est de 9,0 %. Une part importante des dépenses de santé est consacrée aux services des laboratoires de biologie médicale, qui représentent le dixième de chaque dollar affecté à la santé et dont le coût augmente de 15 % par an. Si la croissance de ces services se poursuivait au même rythme, les Etats-Unis dépenseraient pour ce seul poste près de 50 milliards de dollars en 1985.

La responsabilité de cette croissance vertigineuse des soins de santé et de leur prix, spécialement pour ce qui est de la fraction correspondant aux services de laboratoire, est diffuse. Il existe en effet une multitude de facteurs interdépendants qui affectent la production, la demande et le coût de ces services. On peut donner quelques exemples :

- expansion rapide de la technologie;
- attitude du public et attitude des médecins vis-à-vis des techniques nouvelles ultrasophistiquées;
- formation des médecins et désir de voir le patient soumis à un bilan complet;
- absence de donnée établissant un lien entre telle analyse de laboratoire et tel problème ou affection du patient;
- vieillissement de la population qui s'accompagne habituellement d'un besoin accru en services de santé;
- accès plus facile aux soins médicaux;

The issue of this document does not constitute formal publication. It should not be reviewed, abstracted or quoted without the agreement of the World Health Organization. Authors alone are responsible for views expressed in signed articles.

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation sans l'autorisation de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

- incidence considérable de l'inflation galopante sur les industries de service, et
- crainte de pratiques incorrectes qui aboutit à des pratiques médicales défensives.

S'il faut tenir compte de l'ensemble des causes qui précèdent dans tout plan national visant à abaisser les dépenses de santé, l'explication peut-être la plus importante de l'augmentation des dépenses de laboratoire biologique est le développement de l'assurance maladie. Aujourd'hui, les assureurs s'emploient à essayer de maîtriser les incitations inflationnistes qu'ils ont précisément contribué à créer.

Depuis une trentaine d'années, les Etats-Unis ont assisté à une modification importante dans la façon dont les services d'hôpital sont rétribués. En 1950, le consommateur payait directement 68 % des factures médicales tandis que les programmes d'assurance couvraient 30 % des dépenses totales. Aujourd'hui, les proportions sont en gros inversées, puisqu'en 1980 le consommateur a seulement déboursé directement 29 % du total. Au moins 88 % des citoyens des Etats-Unis bénéficient d'une assurance maladie, sous une forme ou une autre; sur le plan administratif, on parle de paiement par un tiers. Les deux "tiers payeurs" les plus importants à ce titre sont le Gouvernement fédéral (dans le cadre des programmes Medicare et Medicaid qui bénéficient aux citoyens âgés, handicapés et pauvres) et les plans Blue Cross/Blue Shield. A eux tous, ces programmes d'assurance financent plus de la moitié des dépenses de santé de la nation. Le financement de l'assurance maladie est assuré par un paiement préalable, soit sous forme de primes volontaires soit, dans le cas des programmes Medicare et Medicaid qui sont imposés, sous forme de cotisations obligatoires prélevées sur les salaires et de dotations budgétaires. Cette généralisation du paiement préalable a conduit à une situation inhabituelle qui se caractérise par la gratuité de la plupart des services au moment où ils sont consommés - situation qui comporte de graves conséquences en matière de coût.

A mesure que les dépenses médicales étaient couvertes dans une plus large proportion par des tiers payeurs, la demande globale de soins de santé et les dépenses correspondantes ont augmenté, puisque le prix des services ne constituait plus un obstacle aussi important. Du coup, il n'existait plus aucune raison de rechercher le médecin le moins cher et les services les moins coûteux. A partir du moment où le patient était hospitalisé et que ses dépenses étaient couvertes par l'assurance, il n'avait plus lieu de contester l'intérêt d'un "bilan complet" et de chercher à éviter le recours aux techniques les plus récentes, même quand leurs avantages étaient inconnus ou minimes. Bref, l'avènement de l'assurance à grande échelle a porté un coup fatal au marché des soins de santé et aux avantages de la libre concurrence en matière de prix.

L'accès aux services a connu une progression importante quand le Gouvernement fédéral a promulgué, en 1965, les programmes Medicare et Medicaid. Bien qu'on puisse arguer que c'était la preuve du succès de ces programmes publics, la nouvelle demande de services s'est adressée à un système de santé qui n'avait guère la capacité d'augmenter sa production. Résultat : un coût plus élevé des services et, en fin de compte, une augmentation notable des cotisations versées à titre de paiement préalable au système de santé. La volonté de réduire la demande de services a également donné naissance à une augmentation spectaculaire du pourcentage des dépenses à la charge de l'assuré ("ticket modérateur") et des montants de base non remboursables. De nos jours, les personnes âgées déboursent davantage pour les soins de santé, en dollars constants, qu'il y a quinze ans, au moment où le système Medicare a été créé.

En outre, les programmes fédéraux ont fait pleuvoir des milliards de dollars sur le service de santé, sans qu'on ait eu le temps de mettre en place des mécanismes de contrôle suffisants. La porte était donc ouverte à toute une série de régimes fort lucratifs dans lesquels les patients n'en avaient guère pour leur argent. Dans certaines grandes villes, on vit apparaître les Medicaid Mills, de sinistre mémoire. Dans ces établissements, le patient devait passer à la hâte toute une série de visites inutiles confiées à des "spécialistes" et subir de multiples examens complémentaires au nom de la prévention ou pour le traitement d'un simple problème de soins primaires. Les Pouvoirs publics se voyaient facturer ces services sans aucune possibilité réelle d'action sur les services assurés. Sur les factures remises au patient, le médecin pouvait indiquer un montant excessif pour les examens pratiqués, supérieur au prix qu'il payait lui-même au laboratoire d'analyses. Et le plus grave, en cas d'abus de ce

genre, n'était pas tellement la majoration de chaque analyse, encore qu'elle ait fréquemment atteint plusieurs centaines de pour cent, mais le conflit d'intérêt inévitable au sujet du choix, de la nature et du nombre d'examens et du prix de ces examens.

Avec le développement rapide des techniques, les programmes de formation des médecins ont commencé à insister sur l'intérêt des examens complémentaires pour les patients : on en est ainsi arrivé à une conception des soins médicaux qualifiée plus tard par Victor Fuchs d'"impératif technologique" : en cas de doute, agissez ! Tandis que les médecins et le grand public adoptaient pour principe que tout renseignement, même marginal, au sujet d'un patient, vaut la peine d'être obtenu, les tiers payeurs mettaient au point des formules de remboursement selon lesquelles la plus simple des procédures ou le plus simple des services assurés dans le cabinet du praticien avaient une valeur plus élevée que les soins donnés directement par celui-ci au patient. La technique était ainsi mieux rétribuée que le médecin et des "effets pervers" sont apparus en matière de remboursement.

L'informatique a permis de fournir rapidement aux médecins des quantités encore plus importantes de données, souvent à partir du même échantillon. Comme il n'en résultait aucun désagrément supplémentaire pour le patient, la tentation était plus forte de faire établir des bilans complets et réaliser des analyses en série. Ainsi, les données se sont mises à s'accumuler, sans grand avantage pour le patient en dépit de coûts additionnels injustifiés. Il faut ajouter que, selon certains, la pratique d'examens inutiles conduit à en multiplier encore le nombre par suite de la probabilité élevée (7-20 %) des résultats faussement positifs qui déclenchent de nouvelles analyses.

Les problèmes économiques accompagnant la prolifération des techniques ont été sérieusement aggravés par des politiques de remboursement dont les auteurs répugnaient à contester l'utilité des examens ou l'intérêt des nouvelles techniques ainsi financées. Le plus souvent, il n'était pas nécessaire qu'une technique ait fait ses preuves dans un centre de recherche pour que son utilisation puisse être remboursée. Les vendeurs, avides, de nouveaux instruments de laboratoire trouvaient facilement des débouchés dans les hôpitaux où l'on se contentait de répercuter les coûts correspondants sur les assureurs, apportant ainsi un nouvel aliment à la flambée inflationniste.

II

Quand ils ont pris conscience de ces tendances, les tiers payeurs ont sensiblement modifié leur attitude à l'égard des dépenses de laboratoire. Les intermédiaires budgétaires ne sont plus de simples instruments passifs assurant des transferts de dollars et l'on a vu apparaître une nouvelle série de mesures visant à maîtriser les coûts, en lieu et place des forces du marché absentes en l'occurrence.

Les mécanismes officiels d'assurance-maladie ont pour fonction de garantir aux bénéficiaires l'accès aux services et de défendre l'intérêt public lors de l'achat de ces services. Si l'on s'est appliqué avec diligence au premier objectif, on ne peut se tenir pour vraiment satisfait de l'attitude des responsables devant le gaspillage des deniers publics que représente une utilisation excessive et incorrecte des services de laboratoire. Il faut revoir la question de ce gaspillage de façon à dégager les ressources qui sont indispensables à la solution de problèmes de soins de santé, aussi importants que nombreux. En sa qualité de gros acheteur de services, le Gouvernement fédéral a pris quelques premières mesures pour que l'on puisse bénéficier de services de laboratoire de qualité à un prix raisonnable.

C'est ainsi que le programme Medicare a emboîté le pas à Blue Cross, le principal assureur privé, et ne rembourse plus les examens de routine pratiqués au moment de l'admission du patient, sauf s'ils ont été directement demandés par un médecin. Souvent, ces examens systématiques sont jugés dépassés, sans valeur démontrée ou superflus. En outre, des études ont montré qu'il est rare que la pratique d'examens de dépistage dans une population asymptomatique mette en évidence des maladies importantes.

Un centre national de la technologie des soins de santé a récemment été créé pour conseiller le Secrétariat à la Santé et aux Services humains (anciennement le DHEW) sur les conséquences possibles des techniques actuelles et nouvelles, du point de vue des avantages, des risques et des coûts, et pour diffuser ce genre d'informations parmi le grand public. Dans le cadre de ses domaines d'étude, le Centre procédera à une évaluation de l'influence exercée par les pratiques de laboratoire sur le coût global des soins de santé. Par la suite, on s'efforcera de modifier la charge de travail des laboratoires en s'inspirant des avis du Centre concernant les réformes à apporter à la politique de remboursement des services de laboratoire et les éléments qui doivent ou ne doivent pas être pris en charge par les programmes fédéraux. L'étude d'ensemble des techniques disponibles et de leur rôle dans les soins de santé constitue l'une des activités les plus importantes qu'on puisse entreprendre.

En matière d'acquisition des techniques de laboratoire, les Health Systems Agencies (HSA), qui constituent le principal outil de planification sanitaire du Gouvernement fédéral et des Gouvernements des Etats, ont déjà imposé des limites aux gros investissements des laboratoires installés dans les hôpitaux ou les établissements de santé. S'il ne faut pas sous-estimer l'intérêt de telles limites, l'expérience montre que lorsque l'achat des équipements est soumis à des contraintes trop rigoureuses, les laboratoires des établissements de santé se reconver-tissent simplement pour s'implanter dans un cadre commercial où les pouvoirs publics n'ont jusqu'ici qu'un contrôle très limité.

Aujourd'hui, il existe un plafond à la marge bénéficiaire qu'un médecin peut prélever sur la facturation de travaux de laboratoire effectués à l'extérieur de son cabinet. Mais cette réglementation n'a pas toujours l'effet escompté. Par exemple, le médecin ne peut pas facturer plus de 3 dollars à Medicare pour le prélèvement de l'échantillon destiné au laboratoire. Mais si le médecin fait effectuer une série d'analyses sur le même échantillon et qu'il facture autant de fois 3 dollars à Medicare, l'abus n'est pas facile à déceler en l'absence de rapports obligatoires précis. Par ailleurs, le médecin peut directement facturer à Medicare les examens effectués en dehors de son cabinet et régler lui-même le laboratoire. En pareil cas, Medicare rétribue le médecin selon un barème correspondant à peu près au 75^e percentile des tarifs pratiqués localement. Mais, pour faciliter l'administration, on se fie à l'exactitude des renseignements communiqués par le médecin et le laboratoire d'analyses médicales. A supposer que le médecin ait conclu avec le laboratoire un accord prévoyant des prix inférieurs à ceux du marché (donc au-dessous du 75^e percentile) et qu'il n'en informe pas Medicare, il peut réaliser un profit substantiel.

Nous procédons actuellement à l'étude d'une disposition de la loi (quelques expériences ont même été faites) qui nous autorise à rembourser les services au plus faible prix possible à obtenir de façon générale et systématique. D'après notre interprétation de cette disposition, on pourrait rembourser à un tarif correspondant au 25^e percentile pratiqué dans une localité, et non au 75^e comme c'est actuellement le cas. Cependant, nous procédons au préalable à une étude soigneuse des répercussions qu'aurait une telle réduction des remboursements sur la capacité d'investissement des laboratoires dans le cas d'équipements indispensables mais très onéreux comme des biens médicaux durables. Si la conclusion est qu'on peut appliquer strictement cette disposition légale à la plupart des services de laboratoire, il en résultera une importante économie pour le Gouvernement fédéral. De nombreux citoyens de ce pays craignent que la réglementation des coûts aboutisse à une baisse de la qualité des services. Bien qu'il existe un certain risque, cette conséquence n'est pas inéluctable et le Gouvernement fédéral ne sacrifiera certainement pas la qualité au simple souci d'économie. Pour qu'un laboratoire soit agréé et puisse recevoir des fonds publics, il faut que certaines normes soient remplies. Les normes fédérales concernant le personnel de laboratoire ont été établies selon le principe que la compétence de la main-d'oeuvre est une garantie de qualité pour un coût raisonnable, grâce à la diminution du nombre d'erreurs et du gaspillage. En outre, les laboratoires doivent satisfaire à des conditions d'efficacité pour pouvoir être agréés par les organes fédéraux, les organisations privées ou les Etats.

Récemment, nous avons mis sur pied un programme facultatif qui vise à aider les laboratoires à améliorer leurs performances globales en atteignant des normes plus élevées sur le plan de l'efficacité et du contrôle de qualité et en mettant en oeuvre de bonnes pratiques de

laboratoire par ailleurs. Ce programme facultatif constitue le pendant des programmes réglementaires au niveau fédéral : il fournit aux laboratoires l'aide technique dont ils ont besoin pour améliorer leurs opérations tandis que le système réglementaire, par les mesures qu'il impose, garantit le respect dans les laboratoires de normes fédérales minimales.

En 1972, le législateur a créé des Professional Standards Review Organizations (PSRO) pour confier aux médecins eux-mêmes le contrôle de l'utilité et de la qualité des services assurés aux bénéficiaires de l'aide fédérale. Ces PSRO étendent progressivement leur contrôle à des services connexes et elles représentent un potentiel important en vue d'une meilleure utilisation des services de laboratoire de biologie. A ce jour, environ le cinquième des PSRO ont mis au point des protocoles spécifiques dans ce domaine et d'autres commencent à y travailler.

D'après l'American Hospital Association, les hôpitaux ont dépensé en 1977 un montant de 865 millions de dollars uniquement pour satisfaire à huit réglementations sanitaires fédérales. Il était prévu qu'à la fin de 1979, le coût correspondant supporté par les établissements tombant sous le coup de cette réglementation puis, indirectement, par les consommateurs serait de 1 milliard de dollars. En dépit de nos efforts, les règlements fédéraux sont souvent complexes et inévitables. En outre, il existe au moins trois organismes fédéraux dotés de pouvoirs réglementaires vis-à-vis des laboratoires. Pris individuellement, chaque programme réglementaire semble tout à fait valable, mais quand on considère globalement l'ensemble de la structure réglementaire et qu'on l'apprécie d'après ses répercussions sur le système, elle apparaît moins avantageuse et très coûteuse. Nous avons donc entrepris un examen du système réglementaire tout entier en vue de réduire le nombre des enquêtes faisant double emploi et d'éliminer les règlements inutilement complexes imposés aux laboratoires. Dès maintenant, certaines enquêtes ont pu être supprimées et des règlements uniformes, applicables par tous les organismes, sont en cours d'élaboration.

III

Etant donné que les laboratoires d'hôpitaux effectuent une part importante de l'ensemble des examens complémentaires pratiqués, les mesures visant à maîtriser leurs coûts ont d'importantes répercussions sur les barèmes nationaux des examens de laboratoire. Les intermédiaires budgétaires ont imposé un plafond rigide aux recettes globales disponibles pour gérer l'hôpital, grâce à un remboursement forfaitaire de la journée d'hospitalisation; de leur côté, de nombreux Etats ont créé des commissions d'examen des tarifs qui sont habilitées à imposer un plafond aux coûts des hôpitaux. Par contre, aucune limite n'est imposée au nombre d'exams de laboratoire susceptibles d'être réalisés par patient. Dans ces conditions, les laboratoires d'hôpitaux sont incités à effectuer davantage d'analyses et à ajuster leurs tarifs en hausse pour compenser les déficits éventuels. Comme le laboratoire rattaché à l'hôpital a le monopole des services assurés aux patients hospitalisés, la concurrence du marché ne peut s'exercer et limiter le gonflement de ces tarifs, lesquels constituent la base des remboursements effectués par certains tiers payeurs et, souvent, un élément de référence pour la fixation des prix des laboratoires commerciaux. Le cercle vicieux est bouclé quand l'hôpital entreprend l'achat de nouveaux équipements de laboratoire et le recrutement de personnel supplémentaire en se fondant sur les recettes prévues et non en tenant compte des éléments dont il a besoin pour assurer des soins médicaux rentables.

Medicare paie les laboratoires d'hôpitaux sur la base des coûts et non des sommes facturées. Le règlement exclut certains coûts de la formule de remboursement et peut en outre imposer des limites à l'augmentation des taux de remboursement d'une année sur l'autre. Cependant, on ne peut pas faire grand-chose pour empêcher un hôpital d'imputer à son laboratoire une part excessive des frais généraux et des coûts indirects de façon à disposer des moyens voulus pour financer des centres de coût qui ne procurent aucune recette en contrepartie. On a prétendu que les hôpitaux imputent une part importante de leurs coûts aux laboratoires, amenant ainsi le Gouvernement fédéral à supporter un pourcentage élevé des dépenses qui devraient normalement être à la charge des patients privés payants. Il existe un règlement qui stipule que les programmes d'assurance publique ne doivent pas supporter des coûts qui ne concernent pas des bénéficiaires de l'aide fédérale et, qu'inversement, les patients privés payants ne doivent pas non plus subventionner ces bénéficiaires. De meilleures pratiques comptables sont nécessaires et devraient être rendues obligatoires si l'on veut parvenir à un financement

rigoureux de l'ensemble des soins de santé. Même si les coûts n'évoluent pas, une analyse rigoureuse des coûts partiels fournirait la base de mesures appropriées en vue de maîtriser les coûts.

Il convient de commencer à explorer plus sérieusement l'application de plafonds globaux au total des remboursements d'analyses de laboratoire. Sur le plan des principes, le médecin doit demeurer responsable du moment, de la nature et de la fréquence de tel ou tel type d'analyse; mais l'existence d'un plafond imposé aux remboursements peut le contraindre à plus de rigueur dans ses choix. Nous savons parfaitement que nous remboursons des milliers d'analyses qui n'ont aucun effet favorable sur l'évolution de l'affection du patient et qui ne modifient pas la conduite du traitement par le médecin. C'est au corps médical que devrait revenir l'initiative de recherches concernant les indications des diverses analyses; mais peu de travaux ont jusqu'ici été consacrés à cette question. Si le corps médical n'assume pas cette responsabilité, les organes chargés des remboursements devront prendre une part de plus en plus active dans ce domaine. Les tiers payeurs ne peuvent pas fermer plus longtemps les yeux sur le fait que des analyses sont souvent remboursées alors qu'elles sont à peu près sans intérêt pour l'amélioration du sort du patient. Certes, il n'est pas facile d'administrer des plafonds précis quand l'inflation fait varier les prix pratiquement d'un jour à l'autre. Il n'est pas non plus garanti que ces plafonds sont compatibles avec le maintien de la qualité ou qu'ils assurent une utilisation optimale des ressources. Mais une chose est sûre : la méthode mérite d'être étudiée de façon plus approfondie. Dans la situation actuelle, la charge supportée pour la même analyse pratiquée dans deux localités différentes peut varier du simple au double ou même au triple, du fait de notre politique qui consiste à rembourser sur la base du tarif local habituel.

Comment peut-on aider les laboratoires de biologie médicale à devenir plus rentables ? Une méthode consiste à récompenser non pas la productivité du laboratoire mais sa rentabilité, c'est-à-dire sa capacité à assurer les soins indispensables aux patients au moindre coût. Là encore, les organismes de financement devraient exiger de meilleures pratiques comptables en vue d'atteindre cet objectif. Le mieux serait d'imposer une notification uniforme des coûts de façon que les organismes de financement et les administrateurs et les conseils de gestion d'hôpitaux puissent procéder à des comparaisons inter-laboratoires. Il est impossible d'envisager de récompenser les laboratoires les plus rentables en l'absence d'uniformité dans la nature et le niveau des éléments constitutifs des coûts de laboratoire. Il est également nécessaire de disposer de meilleures procédures administratives pour déceler les pratiques comptables incorrectes de surfacturation.

Pour mettre en application un tel système, il faudrait associer à de bonnes méthodes de gestion des méthodes plus efficaces pour l'utilisation des renseignements concernant les laboratoires. Développer sans cesse les données relatives aux laboratoires de biologie médicale sans prévoir la façon de les utiliser ne constitue pas une bonne solution au problème et aboutit seulement à augmenter les dépenses de santé sans grand avantage corrélatif. Il faut étudier la possibilité d'incitations financières pour encourager les responsables des soins de santé à examiner leur approche globale du diagnostic et du traitement. Les examens complémentaires réclamés par les médecins sont à l'origine d'une fraction du coût total des soins médicaux pouvant atteindre 70 %. Il convient de s'interroger sur les raisons et les avantages de chaque analyse demandée et de ne pas réclamer un examen complémentaire sans prévoir à l'avance le parti qui sera tiré du renseignement obtenu. Une meilleure formation des étudiants en médecine et des médecins serait utile, de même qu'une meilleure communication entre les anatomopathologistes de laboratoire et les médecins praticiens. Quand l'anatomopathologiste a pleinement conscience des problèmes associés aux soins dispensés aux patients, il peut jouer un rôle d'éducateur décisif en apprenant aux médecins à tirer efficacement parti du laboratoire. Quand il connaît les objectifs particuliers du médecin, il peut aussi le conseiller au sujet des examens qui présentent la plus grande sensibilité ou spécificité possible et l'aider à éviter les examens qui font double emploi, prennent trop longtemps ou sont inefficaces. La collaboration de ces deux spécialistes permet d'arriver à une solution efficace compte tenu des objectifs du médecin.

Il est temps d'entreprendre l'éducation du public et du corps médical. Il faudra commencer par faire largement connaître les risques, les limitations et les coûts associés aux diverses techniques médicales, de façon à limiter la demande d'examens complémentaires de la part du

public et à modifier son attitude de ce point de vue. Trop souvent, le public apprend l'existence de méthodes ultra-sophistiquées qui n'ont d'intérêt que pour un nombre relativement réduit de patients, alors que les informations concernant la prévention sont moins largement diffusées. Les commentaires joints aux comptes rendus d'analyse établis par les laboratoires peuvent aider les médecins à apprendre quels sont les examens qui ne fournissent au mieux que des renseignements marginaux et quels sont ceux qui ont une réelle valeur en présence de tel ou tel problème de santé déterminé; mais il ne faut pas trop compter sur cette méthode pour la solution du problème. La formation des médecins les prépare à faire tout ce qui est en leur pouvoir pour guérir leurs patients et non à penser en termes de courbes de coût marginal.

Pour conclure, rappelons que l'assurance-maladie nationale représente aux Etats-Unis un rêve qui remonte à fort longtemps et qui a depuis peu des chances accrues de devenir une réalité, par suite du soutien accordé à cette idée par le Congrès. Les tiers payeurs doivent travailler de concert et conjointement avec le Congrès pour mettre au point un système original de remboursement qui soit aussi équitable que possible tout en restant praticable du point de vue administratif. Ce système doit comporter les encouragements qui conviennent, faute de quoi la création d'une assurance-maladie nationale, dans le contexte des problèmes actuels, risquerait fort de décevoir l'attente à de nombreux égards.

= = =