

# **« Eléments de réflexion sur les groupements des soins coordonnés »**

---

Commissariat Général du Plan – Octobre 1995

Face à la dégradation des comptes de la santé, trois réformes peuvent être envisagées :

- **Rationner les quantités** : cela consisterait à imposer aux médecins ambulatoires une enveloppe prédéfinie et à sanctionner les dépassements. Le rationnement est d'abord efficace, puis perd progressivement son emprise. Sur le moyen-long terme, il est inefficace et dangereux ;
- **Retourner au marché** : le démantèlement du système actuel et le retour au marché ne sont pas concevables en raison du caractère aléatoire des risques, de l'inégale répartition des revenus, de la concurrence imparfaite entre les producteurs et des lacunes d'information des usagers. Cette solution évincerait les plus défavorisés ;
- **Mettre sous tension du système actuel** : partant du constat que le système français est atteint par la loi des rendements décroissants –les masses financières consacrées à la santé augmentent, sans que cela se traduise par une amélioration de la santé des français- et que les Français sont très attachés à l'architecture générale de la Sécurité Sociale, la réforme conduisant à la création de groupements de santé (GS) peut être une solution. Elle consiste à faire jouer une certaine émulation entre les producteurs de soins et, de ce fait, à faire de ceux-ci les maîtres d'œuvre du rééquilibrage des comptes de la santé. Il s'agit bien de mettre le système sous tension, de le rationaliser et non de le bouleverser.

## **1. LA REFORME DU SYSTEME DE SANTE NE DOIT PAS PRENDRE LA VOIE D'UNE REGULATION ADMINISTRATIVE ET QUANTITATIVE DES DEPENSES**

### **1.1 La réforme du système français de santé est indispensable**

Si l'on s'en tient à la médecine ambulatoire, les critiques adressées au système actuel sont les suivantes :

- il est fondé sur deux principes d'exécution des dépenses qui encouragent la consommation : la tarification à l'acte et le remboursement a posteriori. De ce fait, l'Etat est soumis aux pressions d'acteurs qui, tout naturellement, cherchent à maximiser leur avantage. La tarification à l'acte permet de réguler le coût unitaire de l'acte médical, mais pas la quantité fournie. En effet, lorsque le revenu du praticien dépend du nombre d'actes produits, le volume de ceux-ci a tendance à dériver. Le remboursement a posteriori tend à faire disparaître toute contrainte de gestion. Il est certes nécessaire de rendre solvable la demande de soins par des financements collectifs. Mais le remboursement a posteriori par les Caisses conduit à ce que le consommateur et le producteur de soins ne sont pas directement responsables des conséquences financières de leurs décisions. L'écart entre le coût social et le coût individuel est tel que le système est appelé à dériver ;
- ces modalités de prise en charge de l'assurance maladie orientent spontanément les assurés vers les soins et non vers la prévention. Trop de soins dispense de la prévention. Il n'y a pas de mise en perspective de l'acte médical et donc perte de bien-être ;
- les intérêts des producteurs de soins sont trop concentrés

Dans la théorie de l'assurance, le risque doit être aléatoire. Cela veut dire qu'il ne doit pas pouvoir être influencé par l'assuré. Or, le système français décourage la prévention –l'auto-protection- et diminue le prix apparent du sinistre pour l'assuré. La dérive des dépenses en résulte. Cependant les éléments qui posent problème ne sont que de l'ordre des modalités d'exécution et non des principes. Il ne paraît dès lors pas concevable de leur accorder plus d'importance qu'on en accorde traditionnellement à des moyens.

## **1.2 La réforme ne doit pas prendre la voie d'une régulation quantitative des dépenses de la médecine libérale**

Celle-ci présenterait un double risque :

- l'inefficacité à mettre ne regard avec un coût politique important. Une mise sous enveloppe globale des médecins ambulatoires perdrait progressivement de son efficacité. En effet, pris au niveau individuel, aucun intervenant n'a avantage, dans le cadre d'une enveloppe globale, à s'auto-discipliner. Tant que la pénalité est répartie collectivement, chacun a intérêt à reporter le poids de la restriction sur le voisin. L'effet rétro-action de la pénalité collective est faible. Au bout de quelques temps, la multiplication des comportements de « passager clandestin » entraîne un dépassement de l'enveloppe, lequel conduit à une nouvelle régulation ;
- intervient alors le risque de santé publique. Une contrainte quantitative aveugle, qui n'est pas le fait d'une auto-discipline du médecin et d'une réflexion sur le cas de chaque malade, se traduit par une baisse des soins. En « bout de chaîne », il y a un malade qui ne peut être soigné. Ce système fragiliserait ipso facto les plus vulnérables et augmenterait la « fracture sociale ».

Une régulation aveugle serait d'autant plus inadaptée que la multiplication des actes et des tests en matière médicale est autant le reflet de l'incertitude fondamentale qui entoure la médecine, que le fruit d'une logique de maximisation des revenus. Un grand nombre de questions médicales ne sont pas encore tranchées. Dans ce domaine, les vérités ne sont que provisoires. Pour éviter les erreurs, la contrainte de gestion doit être endogène, c'est-à-dire mise en œuvre par le médecin. Elle doit conduire, sur chaque acte, à la définition de la thérapie à la fois la plus pertinente et la moins onéreuse. Une contrainte quantitative ne permettrait pas d'arriver à un tel résultat.

## **2. LA MISE EN ŒUVRE DE GROUPEMENTS DE SOINS SEMBLE UNE SOLUTION**

La mise sous tension de l'organisation actuelle suppose que le producteur soit responsable des deniers de la santé publique, comme co-assureur. En ce cas, il y a un intérêt financier à ce que les patients restent en bonne santé, guérissent le plus vite possible et consomment le moins possible de médicaments. Responsabilité –simultanément et dans la même mesure- sur la qualité des soins et sur la bonne utilisation des ressources, le producteur contribue au rééquilibrage du système sans risque majeur sur la santé publique. La condition est la mise en œuvre d'une possibilité de choix du patient entre plusieurs institutions.

Le système ainsi proposé ne remet pas en cause la Sécurité Sociale. Le système des cotisations patronales et salariales n'est pas modifié. Les adhérents restent des assurés sociaux et les caisses gardent un rôle de payeur. Si les modalités d'application en sont modifiées, les principes de solidarité nationale, du caractère obligatoire de l'assurance, de sa généralisation ne sont pas affectés. Aucun principe fondamental n'est altéré.

## **2.1 Le groupement des soins organise et met en perspective l'exercice de la médecine**

Il y a longtemps que les producteurs de soins entretiennent des contrats informels entre eux. Mais ces relations sont mal organisées et les praticiens sont mal articulés. Le groupement de soins (GS) est une institution de regroupements des professionnels de la santé, qui s'allient pour former une structure d'offre de soins. Un contrat est passé entre les usagers et le GS pour assurer une prise en charge complète. L'adhérent s'engage à se faire soigner exclusivement par l'institution pour une durée limitée d'un an. Réciproquement, le GS lui garantit tous les soins nécessaires.

Chaque GS est librement choisi par le malade. Il s'agit de la création d'un droit. La population n'est pas prise en charge, comme aujourd'hui, sur la base de critères professionnels contraignants. Le principe du libre choix induit celui de la concurrence.

L'exercice de la médecine est aujourd'hui trop parcellisé. Or, structure de mise en perspective de l'acte médical, le GS autorise un exercice plus collégial de la médecine. La mise en œuvre d'une attitude préventive dans la pratique médicale suppose une plus grande fidélisation du malade à un groupe de médecins. Elle suppose aussi, de la part du praticien, une vision globale de la communauté dans laquelle il se situe. Le premier avantage que l'on peut retirer de la réforme est, dès lors, une meilleure qualité de soins, avec la création de filières incluant prévention, thérapie et le cas échéant, réadaptation sociale. Peuvent se greffer très naturellement sur ce dispositif la mise en œuvre de mesures de rationalisation plus classiques, comme le carnet de santé ou l'obligation d'une visite préventive chaque année, sur certains risques. La parfaite connaissance des adhérents permet d'améliorer la planification des équipements et des effectifs.

## **2.2 Les règles du financement font contribuer la Sécurité Sociale et les assurés à une enveloppe a priori**

Chaque GS fixe librement le prix de la prise en charge intégrale d'un adhérent au cours d'une année sur la base de ses prix de revient internes. Ce prix est un prix global, non révisable et payable d'avance. Pour les professionnels du groupement, le budget annuel constitue à la fois une garantie d'activité et une contrainte budgétaire. Ils sont incités à optimiser leurs choix et l'emploi des ressources. Les Caisses d'assurance maladie participent au financement de cette prise en charge par le versement d'un forfait annuel de la santé, dont le montant est identique quel que soit le groupement choisi.

Pour s'inscrire dans un réseau, l'adhérent potentiel verse la différence entre le prix de la prise en charge et le montant du forfait. Sa participation est payable d'avance et une fois pour toutes. Le ticket modérateur n'est plus payé a posteriori, mais en une fois et a priori. Un principe de gestion économique est introduit dans le choix des usagers. Entre deux GS, la préférence du client va à celui qui demande la participation la plus faible pour des prestations de même qualité.

## **2.3 Les règles de gestion induisent une réflexion sur le coût de chaque acte médical**

Une contrainte de coût est introduite au niveau où se forment les décisions, sur chaque acte médical. La maîtrise des dépenses ne se traduit pas par une réduction des actes, mais par la recherche des actes les moins onéreux et les plus efficaces. Ce ne sont plus, comme dans le système actuel, les dépenses constatées qui déterminent le volume des ressources nécessaires, mais la masse des ressources qui régule les prescriptions. Désormais, ce sont des dépenses et non des revenus qui sont créées chaque fois qu'un service est rendu aux malades. L'organisation possède les caractéristiques institutionnelles qui la poussent à rechercher la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du

traitement. Les praticiens sont incités à rechercher des économies et à dimensionner les équipements.

La responsabilité financière des producteurs de soins est établie. Dans le cadre d'une organisation dont le financement est déterminé ex ante, les parties impliquées sont amenées à partager les gains ou les pertes constatées en fin d'année. Pour éviter les reversements d'honoraires, les médecins ont intérêt à soutenir les efforts de maîtrise des coûts de l'organisation. Mais ils en sont les maîtres d'œuvre. Ils choisissent en toute connaissance de cause, le domaine d'application de l'économie.

#### **2.4 La concurrence entre les producteurs de soins ne conduit pas à la sélection des risques et à la concurrence entre les assurés**

La mise en œuvre d'une certaine concurrence entre les producteurs de soins n'est pas de l'ordre du principe, mais de l'ordre du moyen. Concurrence entre les producteurs de soins ne signifie pas sélection des risques ou concurrence entre les assurés. La concurrence s'exerce à un double niveau :

- entre les différents GS et vis-à-vis de leurs adhérents potentiels. Celui qui a le meilleur rapport qualité des soins/participation des assurés attire la clientèle. Toute lacune sur un de ces domaines est sanctionnée par la désertion de l'assuré ;
- entre les professionnels de santé et vis-à-vis des groupements. Les ressources de chaque institution dépendent du nombre de ses adhérents. Pour les attirer, elle doit minimiser le montant de leur participation personnelle. Pour les conserver, il ne doit pas les décevoir sur le plan de la médecine. Si un praticien est trop cher, le GS devra augmenter ses prix, ce qui fera fuir le client. Seuls les producteurs les moins onéreux seront agréés.

### **3. DES PRECAUTIONS DOIVENT ENTOURER LA MISE EN ŒUVRE DE GS**

#### **3.1 Les problèmes juridiques posés par l'implantation de GS ne semblent pas insurmontables**

- Les modalités de versement des prestations sociales seront transformées, ce qui suppose la modification, par voie législative, du Code de la Sécurité Sociale.
- Le principe du libre choix du médecin par le malade, principe législatif fortement affirmé, ne pose pas de problème majeur. L'assuré reste libre d'un choix, mais il s'exerce entre des institutions et non des médecins. Au sein d'un GS, l'assuré aura le choix entre plusieurs praticiens de même discipline. Enfin, il existe dans notre droit des dispositions qui restreignent déjà le libre choix (cas du régime minier). Cependant, le cas de l'urgence, celui de l'éloignement géographique temporaire, ou celui de la volonté de consulter un spécialiste de renommée devront être prévus. L'idéal serait qu'une couverture financière minimale soit assurée à l'adhérent qui solliciterait des soins hors du réseau. La consultation d'un médecin de renommée serait subordonnée à autorisation, pour un deuxième avis.
- Le principe d'égalité interdit toute sélection des risques. Il serait conforté par l'affirmation du caractère non lucratif des institutions de santé. Si les groupements instaurent un « numerus clausus » des patients, les modalités d'adhésion ne devront pas conduire à une sélection déguisée.

- Quant aux relations entre les médecins et les GS, les observations suivantes sont formulées :
  - ✓ Les contrats liant les médecins à un GS devront être communiqués aux conseils départementaux du Conseil de l'Ordre, pour vérification de leur conformité avec les principes du Code de déontologie,
  - ✓ Le principe de l'indépendance professionnelle –entendue comme la maîtrise par le praticien de son diagnostic et de la thérapie- ne devrait pas être incompatible avec le système proposé. Les GS devront cependant veiller à ne rien faire qui puisse s'analyser comme une formule « d'assistantat » d'un médecin par un autre. Quant au principe voisin de la liberté de prescription, la limitation qui résulterait de la mise en œuvre des GS sera moins privative que la mise sous enveloppe globale. Mais ces précautions devront être prises afin de garantir l'acceptabilité du dispositif. Le caractère non lucratif des GS sera la meilleure garantie de la primauté de l'objectif de soin sur l'objectif de profit. Il faudra aussi que les dirigeants du GS se gardent d'établir de manière stricte des normes de prescription, des « protocoles de soins » qui devraient être suivis en présence de telle ou telle affection,
  - ✓ Quant à la rémunération, deux remarques : notre système connaît déjà des mécanismes « per capita » -en fonction des adhérents- de rémunération des médecins. Il en va ainsi du régime des mines et, partiellement, de celui de la SNCF. Une transposition législative sera nécessaire. Ensuite, l'idée de masse commune des honoraires entre médecins n'est compatible avec la déontologie médicale que dès lors que les disciplines sont similaires (article 73 du Code de déontologie). Une modification du Code sera donc nécessaire pour la mise en commun d'honoraires de praticiens de disciplines différentes.

### **3.2 Un certain nombre de précautions devront être prises quant aux mécanismes mis en œuvre**

- Il paraît souhaitable que coexistent dans un premier temps, le système actuel de distribution et de remboursement des soins et le système des GS Optionnels, ce dernier pourra ainsi progressivement se façonner et s'acclimater, tandis que les assurés se sentiront libres de choisir le système le plus performant. Après le vote de la loi réformant le régime de distribution des soins, une période déclaratoire sera ouverte pendant laquelle tous les praticiens s'affilieront à un GS. Les assurés, eux, auront la possibilité de s'inscrire. Puis, pendant la période optionnelle, un double régime sera mis en œuvre : les praticiens, tout en appartenant à un GS, pourront distribuer des soins à l'ancienne manière –régime non exclusif ; les assurés, eux, ne pourront bénéficier simultanément des deux régimes – régime exclusif. Ceux qui auront fait le choix de l'inscription dans un GS devront s'y tenir au moins un an.
- Il conviendra d'inciter à la création de GS nombreux et de petite taille ? afin de multiplier les occasions de concurrence, surtout hors des grandes villes. D'autre part, le contrôle interne est plus facile dans le cadre de communautés restreintes, tandis que l'effet de rétroaction de la participation aux risques est plus marquant. Malgré cela, les GS devront être complets et laisser la possibilité d'un libre choix entre plusieurs praticiens ayant la même spécialité.
- Des mécanismes de ré-assurance des GS devront garantir la viabilité du système en toute hypothèse (mauvaise gestion ou catastrophe sanitaire localisée).

- Pour garantir l'acceptabilité du système et proscrire toute sélection des risques, les GS devront prendre la forme d'établissements sans but lucratif. L'absence du but lucratif sera confortée par le caractère d'établissement public administratif des GS. Le surplus de chaque GS sera réparti à égalité entre une baisse de la participation des adhérents et des primes accordées aux praticiens. Réciproquement, tout déficit sera comblé par une contribution des médecins. Le principe est celui de la répartition des risques, puissant facteur de bonne utilisation de la ressource.
- Quant à la rémunération des médecins, le système des GS est a priori ouvert. Le médecin peut être salarié, rémunéré à l'acte ou per capita. La rémunération per capita ne prémunit pas totalement contre les ententes entre médecins et malades imaginaires. Mais elle est plus performante, sur ce point, que la tarification à l'acte. La rémunération per capita est aussi plus conforme à l'idée que l'on peut se faire de l'exercice de la médecine, où aucune certitude n'est définitive, où le praticien doit rester maître du diagnostic et de la thérapie, ce qui implique que l'on ne bride pas le nombre de tests ou d'exams. Le salariat serait le régime idéal. En toute hypothèse, le maintien d'une rémunération à l'acte ne saurait, sans rompre l'économie du système, être mis en œuvre sans participation des producteurs à l'éventuel déficit d'exploitation.
- L'accès au service public hospitalier est crucial. Le principe général du droit de la santé, en ce domaine, est l'accès libre et égal de tous les usagers qui ont besoin de ses prestations. Des stipulations dans les conventions limitant ce droit d'accès –en subordonnant la prise en charge des soins en hôpital public à une autorisation, d'autant plus rarement accordée que le GS serait lié à des cliniques privées-, seraient illégales. Le système doit donc laisser totalement ouvert l'accès aux hôpitaux publics et les GS doivent rembourser tout soin occasionné. Tout GS sera réputé avoir passé contrat avec tous les hôpitaux publics. Il s'agit certes d'une faille du système. Cependant, les GS pourront passer des conventions avec les cliniques privées, directement intéressées à l'équilibre d'exploitation et les assurés pourront être incités à les fréquenter.
- Le système de financement devra être établi avec précaution. Les Caisses d'assurance maladie participeront au financement des GS par le versement d'un forfait annuel. Chaque année, un comité indépendant calculera le coût actuariel national des soins (CANS) par catégories d'assurés classés en fonction de leurs caractéristiques démographiques et épidémiologiques. Ces coûts standards seront la base du tarif de responsabilité des Caisses par rapport aux GS. Celles-ci s'engageront à verser à chaque GS le forfait correspondant à la structure par classe actuarielle des assurés sociaux qui l'ont choisi. Cela permettra d'éviter la pénalisation des GS qui accueilleront une population ayant des besoins de santé importants – GS situés dans une région où résident de nombreuses personnes âgées. Si le forfait est inférieur au CANS, la couverture ne sera pas intégrale et une participation des assurés sera nécessaire. Pour les plus démunis, elle devra être couverte par le recours à l'aide sociale.

Cette participation sera égale à la somme des dépenses de santé effectivement mises directement à la charge des assurés –hors sécurité sociale et mutuelles et représentative du ticket modérateur, soit environ 25 % des dépenses-, payées a posteriori dans le régime actuel, plus ou moins variable représentative de la politique de soins de chaque GS.

Ce dernier point pose la question du rôle des assureurs complémentaires. Il est évident qu'une part essentielle de l'économie du système repose sur l'intervention d'une participation personnelle de l'assuré. Celle-ci soit être suffisamment importante pour pouvoir jouer son rôle de prix, sans lequel la concurrence ne s'exercerait plus que par la qualité des soins. Or, les assurances complémentaires seront tentées de prendre en compte cette participation en proposant simultanément leur propre

réseau de GS. Le système serait affecté, puisque les assurances complémentaires feraient écran entre les individus et les GS. Les assurés ne pourraient plus exercer leur choix ni quant au prix, ni quant à la qualité des soins. La concurrence s'exercerait moins fortement. Dans ces conditions, il sera nécessaire d'inviter les mutuelles à proposer plusieurs GS à leurs clients, à ouvrir leurs inscriptions à des assurés sur la base de critères autres que les professionnels et à laisser une marge –d'au moins 20 % entre le coût pris en charge par la mutuelle et le coût réel du soin. La question qui reste à trancher concerne le type de relation juridique qu'entreprendront les mutuelles avec les GS qu'elles considéreront comme appartenant à leur réseau. La loi créant la nouvelle catégorie d'établissements publics de soins devra prévoir une représentation tripartite –assurés-praticiens-assureurs complémentaires-, au sein des conseils d'administration. Elle devra aussi prévoir explicitement les compétences de ces derniers. Les mutuelles devront contracter avec les établissements auprès desquels elles souhaitent envoyer leurs adhérents. Le caractère non lucratif des GS sera certainement un frein à l'intervention des sociétés d'assurance privées.