

« Le RSC, l'efficacité à l'américaine alliée à la solidarité à la française »

R. LAUNOIS⁽¹⁻²⁾

In REFERENCE (Numéro spécial) « La protection sociale en question » - Les assureurs prendront-ils le relais ? -
Suppl. au n° 42. 1987 :10-13

(1) UNIVERSITE Paris XIII – Faculté de médecine Léonard de Vinci – 74, rue Marcel Cachin - 93017 Bobigny (France)

(2) REES France - 28, rue d'Assas - 75 006 Paris (France) – Email : reesfrance@wanadoo.fr - Site Internet : <http://www.rees-france.com>

Nous commencerons par dresser un constat de la crise de l'assurance maladie en France. L'établissement d'un parallèle avec le système américain montrera que dans les deux pays les mêmes causes produisent les mêmes effets, en dépit des systèmes de financement très différents. Après avoir tiré les leçons de l'expérience HMO aux USA, nous irons à la recherche de solutions nouvelles pour la France en présentant le dispositif RSC.

1. LA CRISE DU SYSTEME FRANÇAIS

1.1 Le cumul des rôles dans l'acte de consommation-type

Lorsqu'un individu achète une voiture ou un poste de télévision, tout se passe comme s'il ne procédait à ses choix qu'après en avoir comparé les avantages et les inconvénients.

1.2 La dissociation des rôles en matière médicale

Dans le domaine de la santé, le cumul des rôles est impossible. Le consommateur n'est pas le payeur, c'est la sécurité sociale qui règle la facture. Il n'est pas non plus le décideur, puisque la thérapeutique est fixée sur prescription, c'est-à-dire sur ordre. Le médecin est investi d'une double délégation de pouvoir, l'une lui est confiée par le malade, l'autre lui est dévolue par la sécurité sociale. A ces trois acteurs, s'ajoute un quatrième, les unités médico-industrielles dont les praticiens déclenchent l'activité. Soucieux de préserver les grands équilibres économiques, apparaît le cinquième acteur, l'Etat tutélaire, qui prétend organiser la totalité de l'activité des producteurs de soins.

1.3 La logique inflationniste du remboursement a posteriori

Pour que le système fonctionne conformément aux missions qui lui sont assignées, il faut que la probabilité du risque et le coût de son indemnisation soient indépendants du comportement des assurés. Or, du fait de la présence de l'assurance maladie, ces deux conditions font défaut.

- Ex ante, l'assurance augmente la probabilité du sinistre. Elle suscite des comportements du type « je peux fumer et boire, car si je tombe malade, je serai toujours soigné ».
- Ex post, l'assurance relâche les contraintes de gestion. La règle absolue du service public hospitalier est qu'il ne peut y avoir appropriation privative des surplus de gestion. Les profits potentiels sont transformés en dépenses supplémentaires, le sur-équipement et les déficiences organisationnelles majorent les prix de revient.
- A cet effet de coût s'ajoute un effet de volume. Dans un système où l'assurance maladie prend en charge les dépenses de santé, la solvabilisation de la demande empêche la régulation des dépenses de consommation par la majoration des prix de revient.
- A un moment ou à un autre, il faut bien solder les comptes et augmenter les cotisations.

Mais l'effet de rétroaction de ces mesures est dérisoire puisqu'il n'y a pas de lien entre la cotisation payée par l'assuré et les dépenses dont il est à l'origine.

Aucun gain financier ne récompense le malade qui fait usage de sa liberté de choix, pour sélectionner des producteurs peu dispendieux. En effet, toute réduction de coût profite autant aux autres qu'à lui-même par le biais des mécanismes de péréquation. Aucune pénalisation ne le frappe dès lors qu'il recourt à des producteurs particulièrement onéreux. Toute concurrence par les prix entre les producteurs de soins est dès lors impossible.

1.4 La santé rationnée

En l'absence de mécanismes régulateurs, l'Etat s'est efforcé de maîtriser les dépenses en réduisant l'autonomie de gestion de tous les acteurs. L'encadrement des coûts en médecine de ville par le blocage des tarifs, en hospitalisation par le budget global est voué à l'échec. Le premier laisse le volume des actes indéterminé. Le second pénalise les bons gestionnaires.

N'existe-t-il pas d'autres voies que celle de l'hyper-réglementation ? L'expérience américaine peut apporter à cet égard des éléments de réponse intéressants.

2. LA SITUATION AUX USA : MÊMES CAUSES, MÊMES EFFETS

2.1 Le financement des soins médicaux aux USA

Le financement du système américain est fort différent du nôtre. Le financement public s'élève à 42 % de la dépense nationale de santé. En France, il représente 75 %. Le ticket modérateur est pratiquement le même dans les deux pays, 24 % aux USA et 21,5 % en France. La grosse différence, c'est l'importance de l'assurance privée aux Etats-Unis, 34 % contre 3,5 % chez nous.

2.2 L'assurance maladie, une charge croissante pour les entreprises

Les problèmes que pose l'accroissement de la consommation médicale sont les mêmes dans les deux pays : le poids des charges sociales compromet la compétitivité des entreprises américaines sur les marchés extérieurs.

2.3 Medicare

Le programme Medicare, financé par l'Etat fédéral prend en charge certaines catégories de personnes défavorisées.

Medicare inclut deux types de prestations :

- les frais d'hospitalisation,
- les soins ambulatoires.

Dans les deux cas, des contributions importantes demeurent à la charge des usagers. Le financement des organismes publics pose des problèmes similaires aux nôtres. Le rythme d'augmentation des dépenses est toujours supérieur à celui des recettes.

2.4 Le déclin de l'assurance privée traditionnelle aux USA

Les compagnies d'assurances commerciales ont vu décroître fortement leurs parts de marché entre 1965 et 1983. Par contre, on a assisté à un important développement des plans indépendants, que ce soit des plans HMO ou des plans d'entreprises pratiquant l'auto-assurance. Le pourcentage du marché couvert par des financements de ce type passe de 7 à 17 % ;

3. LES HMO (Health maintenance organization)

3.1 Caractéristiques des HMO

On peut énoncer 4 grandes caractéristiques :

- La loi sur les HMO de 1973 fait obligation à toutes les entreprises de présenter à leurs employés un plan d'assurance traditionnelle et un plan HMO dès lors qu'elles ont plus de 25 employés.
- La HMO offre toute la gamme de services dont ses adhérents peuvent avoir besoin : prévention, soins, réadaptation.
- La prime est fixée en début d'année, elle est indépendante du recours effectif aux soins, elle est payée mensuellement.
- Les gains ou les pertes éventuelles en fin d'année seront partagés entre la HMO, les médecins et les établissements.

3.2 Analogies et différences entre HMO et Assurance

Il y a des analogies évidentes entre HMO et assurance. Dans les deux cas, il s'agit de contrats contingents qui offrent aux adhérents la certitude de recevoir à l'avenir toutes les prestations qu'exigerait l'altération de leur état de santé en contrepartie d'une contribution immédiate.

Dans les deux cas, le contrat est global, couvrant l'ensemble des dépenses hospitalières et ambulatoires, facultatif, annuel et fait l'objet d'un échange sur un marché. Au-delà de ces analogies, il existe deux grandes différences.

3.3 Rémunération des médecins

L'une est liée à l'introduction de clauses motivantes dans les contrats qui sont passés entre les producteurs de soins et les organismes assureurs. Les praticiens sont intéressés aux résultats. Dans une HMO il y a intégration des fonctions de financements et de soins. Les prestataires de service ne traitent pas, comme avec les compagnies d'assurance, par l'intermédiaire d'un marché. Les fonctions de prescription sont liées à la responsabilité financière personnelle des producteurs de soins. Toute décision thérapeutique inutile se traduit, pour celui qui en est l'auteur, par un coût financier égal au supplément de rémunération qu'il aurait pu percevoir s'il s'était abstenu de la prendre. La tendance à la hausse de la consommation introduite par la gratuité des soins est neutralisée par la responsabilisation accrue des praticiens qui les incite à une grande vigilance dans leur activité et leurs prescriptions.

3.4 Relation du malade avec le producteur de soins

Dans les plans d'assurance traditionnels, le financier cherche à minimiser les interférences parasites que pourrait provoquer son intervention dans le dialogue médecin-malade. Il se borne à rembourser aux assurés sans intervenir directement dans la gestion du système de soins. Le libre choix survit.

Dans les HMO, le libre choix est altéré. L'adhérent ne peut rompre son contrat en cours d'année. Tout recours à des prestataires de services extérieurs à la HMO est laissé à sa charge.

3.5 Types de HMO

On distingue 4 types de HMO :

- *Le « staff model »*

La HMO emploie les médecins dans le cadre d'un contrat de louage de services.

- *Le « group model »*

La HMO passe contrat avec un cabinet de groupe.

Ces premières organisations dites fermées (closed panels) du type staff model ou group model, dans lesquelles les producteurs de soins, occupés à plein temps, dispensaient l'intégralité des prestations dans les locaux de l'organisme employeur ou dans des polycliniques privées de grande dimension, ne progressent plus.

- *Le « network model »*

Des formules plus souples se sont alors développées, comme le network model.

Les praticiens cessent d'être « groupés dans du béton » et le travail en équipe s'exerce dans le cadre de structures privées très décentralisées. L'institution gestionnaire assume directement le coût de l'hospitalisation mais elle négocie d'avance avec les équipes médicales le prix annuel global qu'elle doit payer pour garantir à ses adhérents des soins ambulatoires de bonne qualité. Le groupe reçoit un forfait pour chaque affilié qu'il prend en charge. Parallèlement, il facture à l'acte les patients qui font appel à ses services sans être membres de la HMO.

- *Les IPA (Independent Practitioners Association)*

Derniers-nés et en progression constante, les IPA sont montées par des médecins qui négocient un contrat avec un organisme assureur, mais qui continuent d'exercer leur activité de façon isolée.

Entre ces différents types, la clientèle se répartit ainsi au 31 décembre 1985 :

- 64 « staff model » regroupent plus de 3 millions d'adhérents,
- 81 « group model » couvrent 6,5 millions d'adhérents,
- 90 networks couvrent près de 5 millions,
- les IPA avec ses 245 structures couvrent 6,3 millions d'adhérents et progressent rapidement.

40 HMO réunissent 50 % des adhérents. On assiste à un phénomène de concentration. D'autre part, les HMO deviennent de plus en plus des institutions à but lucratif : 35 % sont constituées d'organismes ayant le profit pour motivation et plusieurs d'entre eux ont été introduits avec succès en bourse.

3.6 Structure financière d'un plan HMO

Les mécanismes incitatifs et clauses motivantes extrêmement complexes président aux relations entre l'IPA et ses correspondants médicaux. Le cas de SAFECO illustre bien l'enchevêtrement des relations financières entre les partenaires.

Le généraliste reçoit une enveloppe individuelle pour tout adhérent pris en charge. Au crédit du compte est porté un avoir qui varie en fonction de l'âge et du sexe de l'adhérent, mais dont le montant est en moyenne égal à 86 % des primes collectées. Au débit du compte sont imputées

toutes les dépenses médicales quelle qu'en soit la nature. Les excédents ou les pertes qui apparaissent en fin d'année au niveau de chaque compte sont partagés entre le médecin et l'organisation.

Dans un tel système, dont le généraliste est le pivot, on observe une chute considérable du taux d'hospitalisation, puisque la part des frais hospitaliers dans le total des dépenses est de 27 %, contre 50 % en moyenne au niveau national.

Les dispositifs actuellement mis sur pied dans d'autres structures étendent le principe du partage du risque à l'ensemble des prestataires, spécialistes et hospitaliers inclus. L'objectif étant dans tous les cas de structurer financièrement un réseau de telle façon que les individus, en recherchant leur intérêt individuel, soient amenés à promouvoir l'intérêt collectif. Cela exige, bien entendu un système d'information extrêmement exhaustif.

3.7 Des performances incontestées

D'une part, le quantum des prestations offertes par un plan HMO est en moyenne supérieur de 18 à 20 % à celui d'un plan d'assurances traditionnel, du fait d'une étendue des garanties plus élevées, et d'un très faible ticket modérateur.

D'autre part, le montant des primes appelées est inférieur en moyenne de 9 à 10 %. Cette compétitivité est largement imputable à une réduction des dépenses hospitalières, de l'ordre de 25 à 40 %. Une performance remarquable à mettre au crédit d'un système qui dissuade par ses incitations financières les médecins de pratiquer des hospitalisations injustifiées.

La santé des malades n'en est pas compromise pour autant. Sur 80 mesures comparant la qualité des services dans les HMO et dans le système traditionnel, les HMO se montrent supérieurs dans 53, égaux dans 19 et inférieurs dans 8.

Les adhésions progressent à un rythme remarquable, puisqu'elles sont passées de 3 millions en 1970 à 21 millions en 1985. On constate depuis 2 ans une accélération très nette du taux de croissance des adhésions qui atteint 22,4 % en 84 et 25,7 % en 85.

4. LES RESEAUX DE SOINS COORDONNES (R.S.C)

Un réseau est une structure de regroupement des professionnels de santé animée par le médecin de famille, choisie par le malade, qui offre à une population d'adhérents quantitativement définie, une filière de soins complète et homogène en contrepartie d'un prix annuel sécurité sociale et pour partie par l'assuré.

Le risque financier – gains ou pertes – constaté en fin d'année, y est partagé entre l'organisation et les médecins qui en sont membres.

Ce qui fait l'originalité du réseau, ce ne sont ni les objectifs qui leur sont assignés, ni les moyens proposés pour les réaliser.

Les HMO mettent les mêmes techniques (filières de soins intégrées, médecine prépayée, intéressement aux résultats), au service des mêmes causes (promotion de la médecine globale, rationalisation du système de soins). C'est le montage financier du dispositif qui en constitue la nouveauté, il permet de réguler le système par une stratégie de marché dans le respect des structures fondamentales de la sécurité sociale française.

1) Le montage financier

Le dispositif repose sur 3 éléments :

- Le réseau fixe librement le prix annuel global (P.A.G.) de la prise en charge d'un adhérent. C'est la restauration de l'entente directe, non pas entre le médecin et le malade, mais entre l'adhérent et l'organisation.
- Les caisses de sécurité sociale contribuent au financement du prix annuel global par le versement d'un forfait annuel de santé – le F.A.S. -, qui est d'un montant identique pour tous les réseaux et dont la valeur varie en fonction de l'âge et du sexe des adhérents. Le F.A.S. est défini en fonction du coût actuariel par classe de risque. Celui-ci correspond, dans les statistiques de la CNAM, à « la dépense moyenne reconnue par personne protégée ». En sont donc exclus l'automédication et les dépassements d'honoraires. Dans l'hypothèse du maintien des charges de la sécurité sociale à leur niveau actuel, sa valeur sera plafonnée à hauteur de la « dépense moyenne remboursée par personne protégée », modulée par classe de risque. Ce système évite la sélection des risques, puisque les recettes des réseaux sont proportionnels à leur coût et il permet les péréquations entre les utilisateurs.
- Pour s'inscrire dans un réseau, l'adhérent verse la différence entre le PAG et le FAS. Il y a substitution d'un ticket modérateur a priori au ticket modérateur a posteriori. La diversité des aspirations individuelles peut s'exprimer, mais en même temps un principe d'économie est introduit dans les comportements individuels, puisque les adhérents feront pression sur l'organisation pour faire baisser le montant de leur participation.

2) L'introduction d'une stratégie de marché

Une concurrence bénéfique s'instaure à un triple niveau :

- *Concurrence entre les réseaux vis-à-vis de la clientèle potentielle*

Les adhérents ont la possibilité ex ante de connaître la diversité des services offerts. Ex post, ils peuvent savoir s'ils ont été bien soignés, si l'accueil a été agréable, etc ... Toute lacune en l'un de ces deux domaines risque d'être sanctionnée par le refus d'adhésion ou par la désertion.

- *Concurrence entre les prestataires de services vis-à-vis des réseaux*

Les prestataires particulièrement onéreux font monter le prix annuel global et augmentent la contribution demandée par le réseau à ses adhérents. Les producteurs peu économiques ne seront donc pas agréés.

- *Concurrence entre les réseaux et le système traditionnel de soins*

La liberté de choix entre les types d'exercice subsiste, rien n'est imposé.

3) Le maintien de la solidarité

Les réseaux préservent la solidarité à un triple niveau :

- *Solidarité entre les bien-portants et les malades à l'intérieur d'une classe de risques, puisque le FAS est indépendant de la vulnérabilité personnelle des individus.*

- *Solidarité entre les classes de risque* à l'intérieur du réseau, puisque le montant de la contribution personnelle exigée d'un adhérent est la même quelle que soit la classe de risque dont il relève.
- *Solidarité entre les riches et les pauvres* au niveau collectif, puisqu'une partie des cotisations prélevées en fonction du niveau de salaire est utilisée pour financer le FAS des plus forts consommateurs.

Un tel dispositif permet de concilier l'efficacité du système concurrentiel américain et la solidarité qui a toujours caractérisé le système français.