

« Systèmes de Santé Américains et les perspectives de l'Assurance Maladie en Europe : *Rapport Général* »

R. Launois⁽¹⁻²⁾
Institut La Boétie, Juillet 1987 (Vol. 1) :1-15

(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>

L'Institut La Boétie et l'Association de Genève, en réunissant des experts européens et américains à Paris, se sont fixés trois objectifs :

- *Confronter les problèmes et tentatives des divers pays pour la maîtrise des coûts de santé.*
- *Dégager les résultats des initiatives prises aux Etats-Unis en ce domaine et évaluer en particulier l'apport du système HMO*
- *Etudier les problèmes et opportunités d'adaptation du principe HMO en Europe et les perspectives qu'il offre à l'assurance maladie*

1. L'INFLATION DES COÛTS DE SANTE AUX Etats-Unis ET EN EUROPE : LA MISE EN CAUSE DU REMBOURSEMENT A POSTERIORI

En dépit des modes de financement très différents, les systèmes de santé des pays occidentaux connaissent une crise identique. Le même scénario se reproduit des deux côtés de l'Atlantique : un taux d'accroissement des dépenses de santé très supérieur à celui du PIB, une charge de plus en plus lourde pour l'économie et la compétitivité des entreprises, un déficit grandissant des systèmes d'assurance publics, menacés de banqueroute, à plus ou moins long terme ... et, in fine, pour l'assuré, la menace d'une détérioration de la qualité et de l'étendue des prestations.

Les experts présents au colloque s'accordent sur le diagnostic : le système traditionnel de l'assurance – qu'il soit public ou privé, là n'est pas la question – basé sur le principe du remboursement à l'unité sans limite de volume, porte en lui-même le germe de l'inflation. La tarification et la limitation du coût unitaire des actes, hors de tout contrôle efficace sur leur nombre, ont pour effet d'inciter les prestataires médicaux à multiplier les prestations ou à les sur-qualifier artificiellement afin d'obtenir un meilleur taux de remboursement. Cette absence de frein à la consommation est d'autant plus dangereuse que nos pays connaissent une démographie médicale pléthorique et un fantastique développement de technologies toujours plus aptes à réduire l'incertitude du praticien.

Alors même que la survie du système traditionnel est désormais en cause, après l'échec notoire des mesures palliatives de rationnement de l'offre, de limitations autoritaires des tarifs des prestations et de tentatives plus ou moins avortées d'élévation du ticket modérateur, les gouvernements européens apparaissent empêtrés dans un dossier politiquement explosif. William Glaser¹ a très bien défini, à partir de l'évolution du problème en Allemagne, ce qu'il appelle les « trois règles essentielles de la politique de santé » :

- a. Les hommes politiques qui proposent l'institution de tickets modérateurs perdent des voix. Les gouvernements qui les décrètent perdent les élections suivantes.
- b. Dans n'importe quel système, les médecins obtiennent ce qu'ils veulent. Aucune loi ne peut être votée si elle n'inclut pas la presque totalité des clauses demandées par les associations médicales.

¹ « Lessons from Germany : some reflexions occasioned by Schulenburg's Report », Journal of Health Politics, Policy and Law, vol. 8 n° 2, Summer 1983, p. 352-365.

- c. Le principal groupe de pression agissant en faveur de la maîtrise des coûts de santé est composé des administrateurs des finances qui ont la responsabilité des prélèvements sociaux obligatoires : tous les autres, y compris ceux qui les payent, ont tellement le souci d'un accès immédiat aux meilleurs soins qu'ils accordent toujours le bénéfice du doute aux producteurs de soins.

Aux Etats-Unis, le phénomène de crispation de l'opinion autour de la défense des avantages acquis ne revêt pas la même ampleur, puisqu'il n'existe pas de système d'assurance nationale obligatoire et généralisé. L'Américain, habitué de longue date à se débattre avec les tickets modérateurs et franchises de toutes sortes et à rechercher les assurances qui lui offrent la meilleure protection santé au moindre prix, est plus enclin à accueillir les innovations. C'est ainsi qu'ont pu se développer des expériences nouvelles dont l'Europe peut essayer de tirer à son tour les leçons.

2. AUX USA, L'HEURE EST AU MANAGEMENT DE LA SANTE (« MANAGED CARE »)

Sous l'impulsion des entreprises monte l'émergence d'un consensus pour la réduction des coûts de santé.

- Depuis 1970, une série de facteurs ont favorisé la prise de conscience de la nécessité de maîtriser les coûts de santé, parmi lesquels bien entendu une sensibilisation progressive de l'opinion au problème du déficit de MEDICARE. L'Etat a ouvert la voie en osant battre en brèche, par des réformes fondamentales, le sacro-saint système de remboursement a posteriori. Par le HMO Act de 1973, il impose aux entreprises américaines de proposer à leurs salariés, outre un plan d'assurances traditionnel, l'adhésion à une HMO, avec l'objectif de réduire les coûts par le jeu de la concurrence et en exposant financièrement les prestataires médicaux à la sanction du marché. En 1983, la réforme de MEDICARE et l'instauration du remboursement des dépenses hospitalières par le système des DRG (Diagnosis Related Group, coût par pathologie) vient compléter le dispositif.
- Ainsi que l'analyse Franck SAMUEL, c'est la modification du rapport de forces patrons-syndicats, en raison de la crise et du chômage, qui a réellement permis de faire accepter le principe d'une réduction des coûts. Sortant de la longue passivité des années fastes, les entreprises américaines se sont mobilisées au point, pour bon nombre d'entre elles, de prendre en leurs propres mains le financement, voire la conception même, des plans d'assurance maladie de leurs salariés, après négociation directe avec les syndicats. Parallèlement, le pouvoir de négociation des médecins et des hôpitaux s'est trouvé affaibli. « En quinze ans, précise Franck SAMUEL, le nombre des médecins croissait de 57 %, alors que la population n'augmentait que de 30 %. En l'an 2000, il y aura 696 médecins, soit 75 000 de plus que nécessaire : une concurrence accrue, qui devrait inciter les médecins à accepter de nouveaux modes d'exercice pour préserver leur revenu ». Quant aux établissements hospitaliers, d'après Edward BAIRD, ils sont en surcapacité, avec des taux d'occupation des lits de 65 %, allant jusqu'à 50 % seulement pour les grandes chaînes.
- Enfin, les progrès technologiques permettent de substituer de plus en plus des filières ambulatoires à l'hospitalisation, pour les techniques de chirurgie et d'aides au diagnostic les plus sophistiquées et de réaliser ainsi des économies de coûts importantes.

Les trois options du Managed Care : les HMO, les PPO, les « plans maison »

La politique du management de la santé consiste à chercher à orienter les patients vers la filière de soins la moins onéreuse. Diverses options existent, qu'elles reposent ou non sur le principe de la capitation.

2.1 Les HMO, Health Maintenance Organizations

2.1.1 *Les HMO, un concept évolutif qui gagne du terrain*

Après dix ans d'activité, s HMO regroupent en 1986 plus de 21 millions de membres, soit près de 10 % de la population américaine. Entre 1983 et 1986, les adhésions ont doublé. Dans la seule année 1985, elles ont augmenté de 25 %. Selon les prévisions dont fait état F. SAMULE, en 1990, 3 millions d'assurés de MEDICARE seront membres d'une HMO, contre 650 000 à l'heure actuelle. La pénétration des HMO, modérée sur le plan national est très élevée dans certaines grandes villes, où elle atteint 35 %. Chez PRUDENTIAL, à Minneapolis, E. BAIRD indique que 90 % des employés de la société sont affiliés à une HMO.

Force est de constater cependant une évolution du principe d'organisation des HMO vers une plus grande souplesse.

En effet, les 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 les polycliniques privées de grande dimension ne progressent plus. W. GLAZER analyse les raisons de ce qu'il considère un demi-échec² : un coût opérationnel trop élevé, l'incapacité d'attirer un nombre suffisant de souscripteurs et les résistances d'un corps médical peu désireux de s'investir totalement pour une rémunération modérée.

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.

Derniers-nés et en progression constante, les « IPA » montées par des médecins qui négocient un contrat avec un organisme assureur, mais qui continuent d'exercer leur activité de façon isolée. A l'origine, les médecins cherchaient à éviter que ne se créent des structures concurrentes du type « staff » ou « group model ». Pour le reste, ils entendaient bien conserver leur mode traditionnel de rémunération. Tout au plus acceptaient-ils qu'un système interne d'audit soit mis en place par les professionnels eux-mêmes pour éviter que la multiplication des actes ne fasse éclater le forfait sur lequel leurs honoraires étaient prélevés.

Ces formules rustiques de gestion sont aujourd'hui révolues. Des mécanismes indicatifs et des clauses motivantes extrêmement complexes président aux relations entre l'IPA et ses correspondants médicaux.

Le généraliste reçoit un budget individuel 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. L'admission au remboursement est subordonnée à l'accord préalable du praticien qui est chargé du compte. Un relevé mensuel lui permet de contrôler l'état des dépenses engagées et de vérifier que son autorisation préalable a bel et bien été sollicitée. Les excédents ou les pertes qui apparaissent en fin d'année au niveau de chaque compte sont partagés entre le médecin et l'organisation. Il éponge les pertes dans la limite d'un plafond fixé à 10

² « HMO's in the United States, informal memorandum prepared for the Association de Geneve », October 1986.

% du montant des honoraires qu'il a personnellement encaissés. En revanche, il perçoit 50 % des éventuels excédents. Les dépenses supérieures à 5 000 US\$ sont exclues du calcul des résultats et financées par une assurance en excédent de plein.

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.

Cette expérience a toutefois été un échec du fait que seul le généraliste était associé aux risques de l'opération. 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.

2.1.2 Les HMO, davantage de garanties à moindre coût

Il ressort des différentes expériences américaines présentées, que les performances des HMO sont reconnues sur un certain nombre de points.

Ainsi, nul doute qu'elles permettent de réaliser des économies importantes sur les dépenses hospitalières. De même, il semble généralement admis que le système de pré-paiement forfaitaire offre la plus forte incitation aux prestataires de services pour qu'ils adoptent un comportement économique. Au total, les HMO permettraient d'obtenir une réduction de la consommation médicale finale de 10 à 40 %.

D'après une étude réalisée par la charge d'agent de change William BAIRD, il semblerait que le montant des primes demandées par les HMO soit inférieur de 10 % en moyenne à celui de l'assurance traditionnelle. Ce point particulier a été controversé durant le colloque, mais en revanche la supériorité des HMO en matière d'étendue des garanties (+ 20 % par rapport à la moyenne nationale) paraît incontestable.

2.1.3 Les HMO ont aussi leurs limites

A l'usage ont surgi des problèmes qui ont tempéré l'enthousiasme de certaines entreprises à l'égard des HMO. Ainsi, si au départ la prime, à prestations comparables, est moins chère pour la HMO, on constate par la suite un taux de croissance annuelle voisin de celui de l'assurance traditionnelle.

Par ailleurs, dans un contexte où les entreprises tendent à économiser en réduisant l'étendue de la couverture des soins ambulatoires par la multiplication de franchises et de tickets modérateurs dans les plans d'assurance traditionnelle, il leur est difficile de couper dans les prestations d'un plan HMO, global par définition.

Mais le reproche le plus fréquent réside dans le caractère sélectif du recrutement de certaines HMO. Selon Warren MOSER, celles-ci attirent essentiellement des populations à faible risque, jeunes célibataires et couples mariés sans enfant, pour lesquels les entreprises continuent à verser les mêmes cotisations que pour les salariés affiliés au système traditionnel.

L'entreprise perd alors sur deux tableaux : d'un côté elle paie trop cher la HMO pour des risques faibles ; de l'autre, la consommation moyenne des assurés du régime traditionnel augmente dans la mesure où elle est le fait de gros consommateurs, plus âgés et attachés à leurs médecins. « Au total, précise Warren MOSER, l'incorporation d'une HMO dans l'éventail des choix proposés aux salariés par la Southwestern Bell Corp. s'est traduit par une élévation du montant total des primes payées par l'entreprise ».

Afin d'éviter la sélection des risques, il paraîtrait indispensable de moduler la contribution versée aux HMO en fonction du degré de risque des catégories de populations qu'elles prennent en charge. Mais, autre reproche fait aux HMO, celles-ci opposent aux entreprises une certaine opacité de gestion qui ne leur permet pas de mesurer la consommation médicale réelle des adhérents.

Enfin, l'attachement des assurés – en particulier les moins jeunes – à la liberté de choix de leur médecin constitue un argument supplémentaire mis en avant par les assureurs et les entreprises pour justifier la recherche d'autres formules.

2.2 Les PPO, Preferred Providers Organizations

Selon la description de William GLASER, les PPO sont des organisations généralement créées par des hommes d'affaires qui passent contrat avec des entreprises ou des compagnies d'assurances et négocient des tarifs préférentiels avec des prestataires de soins. Si l'assuré a recours à l'un des prestataires agréés, il n'a qu'un ticket modérateur très faible à payer. Excepté dans les EPO – où il est contraint de s'adresser exclusivement aux médecins des PPO – il peut choisir de s'adresser à un autre médecin, mais en ce cas il devra payer des franchises et/ou un ticket modérateur élevé. Certaines PPO ont pour principal objectif de drainer des malades vers des établissements hospitaliers déterminés et passent à cet effet des accords avec un grand nombre de médecins.

Comme le souligne Warren MOSER, ce type d'organisation permet de contrôler le coût unitaire des actes, mais non leur volume, ce qui exigerait de la part du financeur – assureur ou entreprise – la constitution d'une banque de données considérable. Son efficacité en matière de contrôle médical final est donc limitée. En revanche, les PPO présentent l'avantage de la souplesse et préservent la liberté de choix.

En fait, la PPO est déjà pratiquée en Europe par les grandes compagnies d'assurances et ne constitue donc pas une réelle innovation.

2.2.1 Les « plans maison » et les jointes ventures

De plus en plus nombreuses sont les entreprises qui créent leur propre plan d'assurance maladie pour leurs salariés. Franck SAMUEL révèle une étude, menée en 1984 sur 268 compagnies américaines, a montré que 57 % d'entre elles sont dans ce cas, contre 19 % en 1980. « Certains employeurs non seulement financent, mais conçoivent eux-mêmes leur programme et engagent leurs propres responsables de la gestion des risques santé pour en avoir le contrôle. Une société a ainsi économisé 11 millions US\$ la première année grâce à un tel programme ».

Comme l'explique Warren MOSER, les plans maison empruntent aux divers systèmes, HMO, PPO et assurance traditionnelle, les points jugés les plus forts. Surtout, ils reposent comme les HMO, sur les principes d'intégration des rôles et de partage des risques.

« L'ancien schéma selon lequel l'entreprise payait, l'assureur gérait et le médecin soignait est voué à disparaître. Désormais le médecin partage avec le financeur le risque de tous les actes accomplis ».

L'assuré, quant à lui, a le choix entre plusieurs options dont il compare les coûts et les avantages. Dans le système de joint venture décrit par E. BAIRD, l'acheteur (entreprise ou assureur) passe des accords avec des groupes de prestataires médicaux, médecins, hôpitaux, qui délivrent aux malades un service complet avec un ticket modérateur très faible. Le généraliste est le pivot de la filière, c'est lui qui dirige les patients vers les spécialistes et autres prestataires. Sa fonction est revalorisée et le montant de ses honoraires est supérieur de 30 % à 40 % à ce qu'il aurait perçu s'il avait continué d'exercer son activité dans le secteur traditionnel. Par contre, sa responsabilité financière

est clairement établie. Le plan « Customcare » de la Southwestern Bell Corp. prévoit, par exemple, que 20 % des honoraires sont déduits et mis sur compte bloqué. Si l'organisation perd de l'argent, cette cagnotte sert à combler le déficit. Si elle remplit ses objectifs ou les dépasse, le bénéfice est réparti entre les médecins.

2.2.3 *Le rétrécissement de la couverture des plans d'assurance traditionnels*

Les entreprises américaines tendent désormais à offrir à leurs salariés un triple choix :

- l'adhésion à une HMO,
- un plan maison de type joint venture,
- un plan d'assurance de type traditionnel.

Mais ces derniers, maintenus au nom du respect du libre choix, ont été profondément remaniés et assortis de mesures de sauvegarde destinées à dissuader les assurés d'un recours abusif aux soins.

Parmi les mesures les plus fréquemment utilisées, citons :

- l'institution de tickets modérateurs et de franchises,
- l'obligation d'un deuxième avis pour les actes chirurgicaux (Il semblerait que 9 à 12 % de ces derniers pourraient être évités si cette mesure était prise systématiquement),
- l'examen de pré-admission qui permet de substituer des filières ambulatoires, moins coûteuses, à certaines hospitalisations.

Les tickets modérateurs et les franchises présentent l'inconvénient de sanctionner financièrement l'assuré au moment même où celui-ci est frappé par la maladie. Le système de bonus proposé par Peter ZWEIFEL évite cette superposition des risques morbide et financier. C'est l'assuré qui fixe lui-même le montant des dépenses qu'il prend en charge en décidant ou non de présenter sa facture au remboursement. Lorsqu'il renonce à faire valoir ses droits dans l'année, il bénéficie l'année suivante d'une ristourne égale à trois mois de cotisation. A priori, le médecin n'a aucune information sur le choix qui sera fait. Il est donc incité à réduire ses prescriptions, puisque son client peut décider à tout moment d'en supporter la charge intégrale pour sauver son bonus. Ce système, déjà utilisé en Allemagne, paraît à la fois plus efficace pour l'assureur et plus apprécié des assurés qu'une franchise ou un ticket modérateur. Il aurait naturellement sa place dans un système où le remboursement à guichet ouvert est de plus en plus exceptionnel.

Selon la conclusion de Franck SAMUEL, l'assurance maladie traditionnelle caractérisée par un remboursement à l'acte illimité est en régression aux USA. « Alors qu'en 1980, 95 % des Américains étaient couverts par une assurance de ce type, cette proposition n'était plus que de 42 % en 1986 et devrait ne concerner que 15 % des Américains en 1990 ».

3. LES PERSPECTIVES POUR L'IMPLANTATION DE HMO EN EUROPE

3.1 La perception des HMO : une attirance nuancée

Les HMO exercent une attraction indéniable sur les experts européens, dans la mesure où elles offrent une alternative crédible aux politiques de rationnement généralisé, actuellement pratiquées dans nos pays. Elles s'insèrent dans un contexte libéral qui, politiquement, leur est favorable. Il leur reste à faire la preuve de leur légitimité vis-à-vis des différents partenaires sociaux. A cet égard, le degré de réceptivité de l'opinion diffère selon les pays. Les plus ouverts aux innovations en ce domaine sont : la Suisse, les Pays-Bas et, à degré moindre, l'Allemagne. Les Français et les Italiens témoignent d'un attachement passionnel à leur système de protection sociale, sans prendre conscience des menaces qui pèsent sur lui.

Matthias v. d. SCHULENBURG³ montre très justement que les objectifs poursuivis par les acteurs des systèmes de santé européens sont ambitieux et contradictoires. Ils revendiquent à la fois un égal accès aux soins pour tous, la liberté de prescription et la liberté de choix. Une telle combinaison fait de l'assurance un bolide sans freins. « Pour assurer la viabilité des systèmes de protection sociale, un de ces trois objectifs devra inévitablement être sacrifié ». Si l'on veut maintenir la solidarité et la liberté de choix, il faudra mettre en place des réglementations de plus en plus coercitives sur les volumes et sur les prix. Les expériences française et allemande montrent que de telles mesures, qui vont à contre-courant de l'intérêt conjugué des médecins et des assurés, sont économiquement peu efficaces et politiquement difficiles à assumer.

L'autre voie consiste à sauvegarder la solidarité et la liberté de prescription en restreignant les possibilités de choix du médecin par le malade. Les HMO offrent-elles une solution ?

3.2 HMO et solidarité

Le droit de tous à la santé est considéré en Europe comme un acquit de caractère irréversible. C'est au nom de ce principe que se sont mis en place dans nos pays des systèmes d'assurance maladie très complets et généralisés, fondés sur la solidarité entre les différents groupes de la population.

Mais de quelle solidarité, ou plutôt de quel degré de solidarité parlons-nous ?

G.W. de WITT⁴ fait une distinction fort intéressante entre les trois types de solidarité qui sont pratiqués dans l'assurance :

- La solidarité peut tout d'abord s'exercer à l'intérieur d'une même classe de risques, entre les chanceux et les malchanceux. Nous sommes alors en présence d'une solidarité purement probabiliste, où les individus présentant un même risque paient une prime identique, les chanceux payant en définitive pour les malchanceux.
- La solidarité peut aussi s'établir entre les classes de risques d'un portefeuille d'assurés. Ces derniers paient tous la même prime, quel que soit le degré de risque qu'ils présentent. La solidarité est donc plus élevée, les bons risques paient pour les mauvais. Mais il n'y a pas de péréquation des risques entre les différents portefeuilles ; ceux qui ont une clientèle plus jeune demandent des primes moins élevées que les autres.
- La solidarité entre tous les risques s'obtient dans un système où les cotisations sont obligatoires et indépendantes du degré du risque, au niveau national. Cette solidarité est d'autant plus élevée que les primes varient en fonction du revenu, le maximum étant atteint lorsqu'il n'existe pas de plafond au prélèvement.

En Europe il est clair que c'est la troisième conception qui prévaut et qui est appliquée dans les divers systèmes d'assurances sociales mis en place dans nos pays. Ce n'est pas le cas aux U.S.A. où il n'existe pas de système national d'assurance maladie véritable. Cela explique que les HMO américaines, actuellement, ne peuvent offrir que les deux premières formes de solidarité. En l'absence d'un système de cotisations obligatoires, aucune péréquation des risques au niveau national n'est possible et il n'existe pas vraiment de dissuasion à la segmentation de marché, donc à la sélection des risques que les HMO sont poussées à pratiquer par le jeu de la concurrence.

³ « Profile of the West German Healthcare System » The Journal of Medical Practice Management, vol. 1 n° 4, 1986, p. 282-289.

⁴ « Rate Making and Society's Sense of Fairness », ASTIN Bulletin, vol. 14 n° 2, p. 151-163.

Cette objection importante faite par les opposants à une adaptation du système en Europe tombe d'elle-même si on veut bien considérer les propositions formulées en France pour la création de réseaux de soins coordonnés (RSC)⁵. Un réseau prévoit le maintien du système actuel de prélèvement de cotisations obligatoires au niveau national, condition nécessaire à la solidarité entre tous les risques. La Sécurité Sociale verserait au RSC un forfait annuel de santé dont le montant serait identique pour tous les réseaux, mais dont la valeur varierait en fonction de l'âge et du sexe de la personne prise en charge, ce qui permettrait d'éviter la sélection des risques.

Ainsi, les réseaux n'auraient aucune raison d'éviter d'accueillir des personnes âgées, puisqu'ils percevraient un forfait annuel élevé. Inversement, les réseaux qui tenteraient de se spécialiser dans le recrutement d'une clientèle jeune et bien portante ne recevraient que de maigres subsides de la Sécurité Sociale. Ce système n'est applicable que si l'on dispose d'une bonne base statistique sur la dépense moyenne de santé par sous-groupes de population. Tel est le cas en France, où la Sécurité Sociale connaît avec précision ses coûts de prise en charge par âge et par sexe.

3.3 HMO et liberté de prescription

Dans une HMO, le médecin généraliste est la cheville ouvrière du système de soins. Il dirige les patients vers les prestataires avec lesquels il a passé des accords. Il est entièrement maître de ses choix thérapeutiques et fixe librement ses prix sans autre règle que celle de la concurrence : l'objectif de compétitivité de la HMO conduit à exclure les prestataires trop onéreux.

Par ailleurs, rappelons que dans les HMO de type IPA, qui paraissent les mieux adaptées au contexte européen, le médecin maintient parallèlement une activité de praticien indépendant.

3.4 HMO et liberté de choix

La restriction de la liberté de choix du médecin est sans doute le principal reproche fait aux HMO. Elle est la contrepartie d'une meilleure couverture obtenue à moindre coût. Toute la question, comme l'indique le Professeur Gérard VIENS, est de déterminer à partir de quel écart de prix l'assuré est prêt à renoncer à sa liberté de choix. Aux U.S.A., il semblerait qu'une différence de 10 % à 20 % soit déterminante. En Suisse, selon le Docteur Christian RICHNER, une étude confirmerait qu'une réduction de l'éventail de choix serait admise.

Pourrait-on envisager un type de HMO dont les membres pourraient choisir de s'adresser à un médecin ou un établissement autre que celui de l'organisation ? Bernard POTTIER, Président des Assurances du Groupe de Paris, fait à cet égard une proposition intéressante, qui consiste à laisser le choix aux assurés entre deux formules :

- recourir aux offreurs de soins du réseau avec un ticket modérateur ex-post très faible (par ex. 50 % du ticket modérateur actuel),
- choisir un autre offreur de soins, en payant un ticket modérateur beaucoup plus élevé (par ex. 100 % à 200 % du ticket modérateur actuel).

Un tel mécanisme se rapproche de celui des plans maison des entreprises américaines, où le choix subsiste, mais assorti de nombreux garde-fous.

⁵ Pour la description du dispositif RSC, cf. Systèmes de Santé, HMO, RSC, comparaisons internationales. Institut La Boétie, 1985.

3.5 Un préalable à la création de HMO en Europe : l'évolution des contextes institutionnel et juridique

L'implantation de réseaux de soins soulève des problèmes de législation dans la plupart des pays, notamment dans le domaine de la fixation des tarifs des prestations et dans celui du champ d'action et des modalités de financement des hôpitaux. Jacques METAIS a mis en lumière les différents problèmes juridiques que poserait le système HMO vis-à-vis de la réglementation des hôpitaux en France :

- le prix de journée a été remplacé par une dotation annuelle globale, alors que les HMO nécessitent un système de tarification unitaire, comme les DRG,
- l'hôpital public ne peut être le support d'une HMO, il ne peut sortir de sa spécialisation,
- l'hôpital public doit offrir le libre accès à tous. Comment, dès lors, refuser la prise en charge en dehors des établissements agréés par le réseau ?

De même, la législation concernant la définition des rôles et des modalités de fonctionnement des différents organismes d'assurance maladie devrait être modifiée pour que des expérimentations inspirées des HMO puissent se développer.

De telles évolutions ne sont pas inconcevables. En Suisse, le docteur RICHNER estime que la révision en cours de la législation devrait permettre en 1988 la mise en œuvre d'une expérience de HMO, sous l'égide d'un groupe d'assurances privé. Il semble qu'un projet de ce type soit également à l'étude aux Pays-Bas.

Les organisations professionnelles médicales, extrêmement puissantes en Europe, imposent des règles strictes d'exercice à la profession et veillent jalousement à la défense des principes de la liberté de prescription et de la liberté de choix. Bien que les médecins soient conscients de la nécessité de remettre de l'ordre dans le système de santé, il ne sera pas facile de faire accepter les innovations en ce domaine ; Or, il est bien évident que l'adhésion du Corps Médical, et particulièrement des généralistes, est la clé du succès d'une expérience HMO. L'intervention du docteur Xavier WALTER, vice-président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français, montre que le praticien se reconnaît de plus en plus « comme un prestataire de services, devant adopter des stratégies de distribution de soins et de producteur ». Il reste à le convaincre que le système HMO est précisément la chance qui s'offre à lui de demeurer le décideur.

3.6 Réseaux et perspectives de développement de l'assurance maladie en Europe

Parmi les créneaux de développement à court terme de l'assurance maladie privée, il en est deux pour lesquels le concept de réseau paraît être particulièrement adapté :

- la couverture de services peu ou mal couverts par la Sécurité Sociale,
- la prise en charge des dépassements d'honoraires et tickets modérateurs.

3.6.1 La couverture de services mal couverts par la Sécurité Sociale

Des prestations telles que les soins ou les frais d'optique sont très insuffisamment pris en charge dans certains pays. La création de « micro-réseaux » offrant ce type de soins à des prix particulièrement compétitifs permettrait de fournir une couverture très améliorée, dans le cadre d'assurances complémentaires.

Dans le même ordre d'idées, le docteur Michel GARNIER, médecin conseil de UAP Assistance, évoque le principe d'une assurance volontaire obligatoire qui serait liée à la pratique des sports.

Mais c'est dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées qu'existent les besoins les plus importants. D'une part, il faut créer des services de soins et d'aide à domicile et trouver d'autre part, des mécanismes de financement d'assurance à long terme. L'arrivée sur le marché de grands groupes financeurs promet un développement important de ce secteur dans les années qui viennent.

3.6.2 La prise en charge des dépassements d'honoraires et tickets modérateurs

Devant la hausse inéluctable des dépenses laissées à leur charge, les particuliers vont avoir davantage recours aux assurances complémentaires. Pour être compétitifs, les assureurs vont passer des accords de prix de type PPO avec les prestataires médicaux, assortis à un cahier des charges. Afin d'éviter que les médecins n'augmentent la quantité d'actes, Matthias v. d. SCHULENBURG suggère de prévoir un système d'incitations financières dissuasif. Autre garde-fou, la constitution indispensable de banques de données informatisées qui permettront la mise au point de normes de diagnostic et de traitement, ainsi que de procédures de contrôle de qualité.

4. CONCLUSION

L'Europe se trouve à la croisée des chemins en matière de politique de santé. Ou bien on responsabilise les vrais acteurs du système en faisant du médecin un décideur financièrement impliqué et en offrant à l'assuré un choix entre différents types d'offres de soins ; ou bien l'Etat, comme c'est le cas en Grande-Bretagne, a une mainmise totale sur le système de santé. L'expérience a montré que toute option intermédiaire aboutit à une dilution des responsabilités et à l'inflation des dépenses.