

La Santé Libérée

P.GIRAUD, R. LAUNOIS⁽¹⁻²⁾

Institut La Boétie. Paris, 1985

(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>

Et si l'on s'attaquait enfin en France aux racines du gaspillage médical De 1950 à 1982, les dépenses de santé sont passées de 4,5 % à 12 % des dépenses des ménages et de 3 % à 8,1 % du P.I.B. La dépense moyenne par personne s'élevait à 870 francs en 1970 et à 5 300 francs en 1982, soit 2,1 fois plus en francs constants depuis 12 ans. La France n'est pas le seul pays où les dépenses médicales progressent rapidement. Elles atteignent 8,7 % du P.I.B. en Suisse, 9,1 % en RFA et même 10 % aux Etats-Unis. La politique récemment mise en place par les pouvoirs publics introduit un rationnement administratif qui porte surtout sur les dépenses hospitalières. Le rythme de croissance des dépenses de santé semble avoir ralenti. Mais les malades et le corps médical perdent le contrôle du système. On sacrifie les intérêts de la population au renforcement des pouvoirs administratifs (ministère) et des syndicats (caisses).

Dans un livre paru chez Economica¹, Pierre Giraud, Conseiller Maître à la Cour des Comptes et Robert Launois, Professeur à l'Université de Rennes I, montrent qu'une réduction durable des dépenses médicales et une médecine plus efficace, moins dépensière, nécessitent une réorganisation des pouvoirs dans notre système de santé. Les auteurs plaident pour une utilisation plus efficace et responsable des ressources.

CE QU'IL FAUT FAIRE

On a vu combien l'intervention publique est infirme et doit céder perpétuellement devant les groupes de pression. Tout le poids de la régulation du marché de la santé repose sur la puissance publique. Celle-ci ne peut agir que par le rationnement administratif, elle n'a que peu d'influence sur ce que pourrait être la source d'économies et d'efficacité.

Ne serait-il pas bien préférable de remettre à nouveau la régulation du système de santé entre les mains des usagers et des professionnels en permettant aux usagers de choisir le type d'assurance qu'ils désirent et d'en supporter le coût ? En tenant compte bien entendu des personnes à risque grave et à faibles revenus qui devront toujours être aidées, voire prise en charge par la collectivité. En effet, un retour trop rapide au marché, c'est-à-dire la « privatisation » complète de la santé, n'est pas encore concevable. Le risque est trop inégalement réparti. Les 10 % plus forts consommateurs absorbent 70 % des dépenses de l'assurance maladie et 99 % des dépenses sans ticket modérateur en hospitalisation ; 1 % des malades consomment 30 % des dépenses totales et 77 % des dépenses d'hospitalisation.

En revanche, il existe diverses solutions permettant dans une certaine mesure aux usagers de choisir l'assurance qu'ils veulent payer et les risques qu'ils veulent couvrir (à l'exception des risques lourds). Ils peuvent ainsi prendre en compte dans leurs choix, le prix des soins et avoir une influence sur l'efficacité du système de santé. Cette influence n'a pas besoin d'être directe comme nous allons le voir. Deux solutions méritent plus particulièrement notre attention :

- la sécurité sociale à « deux vitesses »,
- l'abonnement annuel de santé et le réseau de soins coordonnés.

Dans une sécurité sociale à « deux vitesses », le régime obligatoire de l'assurance maladie ne prend en charge que les risques lourds. Pour le surplus, les usagers, financièrement responsables, ont la possibilité ou l'obligation de recourir à une garantie complémentaire auprès de mutuelles ou de compagnies d'assurance. Cette solution peut s'appliquer de diverses manières selon que l'on envisage la prise en charge par la sécurité sociale de tous les soins dépassant un certain seuil (ticket

¹ Giraud Pierre, Launois Robert – Les réseaux de soins, médecine de demain – Paris, Economica, 1985 : 154.

modérateur) ou la prise en charge permettant un égal accès aux soins fondamentaux de toutes les personnes, quelles que soient leurs ressources.

Ces formules ouvriraient un champ nouveau aux mutuelles et aux compagnies d'assurance qui devront assurer au mieux la protection des personnes privées d'une partie de leur couverture sociale. Or, ces organismes ont toute liberté pour déterminer leurs rapports avec les professionnels de la santé. Ils peuvent soumettre la prise en charge des frais engagés par les assurés à certaines conditions : par exemple s'adresser à un praticien libéral avec lequel ils ont passé une convention ou à un hôpital qu'ils souhaitent développer et avec lequel ils ont conclu un contrat.

Les mutuelles et compagnies d'assurance apporteront leur financement mais aussi, indirectement, celui de la sécurité sociale qui garantit les prestations de base. Les professionnels de la santé se trouveront alors soumis à une dure émulation qui devrait conduire à développer chez eux des comportements auxquels ils sont peu habitués : souci d'analyser la demande de leurs patients, interrogation sur le coût et l'efficacité des différentes pratiques.

Cependant, cette formule n'est pas sans inconvénients. Lorsqu'il y a deux secteurs de santé, les professionnels de la santé et les malades peuvent être conduits à privilégier dans certains cas limites les traitements lourds et coûteux qui sont pris en charge par la sécurité sociale et non par les mutuelles et les compagnies d'assurance.

Les réseaux de soins coordonnés et le forfait annuel de santé. On a vu que depuis 1930, les assurés paient des cotisations aux assureurs et que ceux-ci paient les médecins et les hôpitaux en cas de maladie selon un tarif à l'acte et au prix de journée. On a vu également l'influence que ce système a sur la progression des dépenses de santé. Avec le réseau de soins coordonnés, le professionnel de la santé, médecin ou hôpital, ne fournit pas seulement les soins, il devient également assureur. Un réseau de soins coordonnés est formé d'un ensemble de médecins et d'hôpitaux. Ce réseau collecte des primes d'assurance sur la base d'un forfait annuel. Ce sont ces primes qui forment les revenus du réseau. Lorsque l'assuré tombe malade il est entièrement pris en charge par le réseau et il ne paie rien (alors que dans le système actuel il paie le ticket modérateur). Ce système n'est pas sans analogie avec l'ancienne médecine chinoise : le médecin était payé régulièrement par ses clients lorsqu'ils étaient en bonne santé. Quand ils tombaient malades, ils étaient soignés gratuitement.

C'est ainsi qu'une concurrence peut s'établir entre les réseaux de soins coordonnés. Il est de l'intérêt de ces réseaux d'offrir les meilleurs prestations au moindre coût. Une véritable émulation s'instaure ainsi entre les réseaux qui risquent de perdre une clientèle insatisfaite si la qualité des soins se détériore ou si le forfait annuel est trop élevé. Il sera de l'intérêt de ces réseaux et de leurs clients d'améliorer la prévention, d'éviter les gaspillages et de limiter le recours à l'hospitalisation.

Il est évident qu'un tel système ne manque pas de soulever de nombreux problèmes. En effet, comment éviter que les réseaux de soins ne refusent d'assurer les personnes à gros risques ? Que deviennent la sécurité sociale et la solidarité avec les personnes qui n'ont pas les moyens de s'assurer convenablement ? Comment éviter que les réseaux de soins coordonnés n'écartent les malades qui entraînent une charge financière lourde ? Ces problèmes ont une solution. Pour éviter que les réseaux de soins coordonnés refusent d'assurer les personnes à gros risque, il faut un double dispositif : tout d'abord une obligation légale qui contraint les réseaux à assurer toute personne qui le désire quel que soit le risque qu'elle présente. Puis il faut que le montant du forfait tienne compte de la catégorie actuarielle dans laquelle se trouve le malade, c'est-à-dire que le montant du forfait sera fonction de quelques facteurs tels que l'âge de l'assuré. Plus l'assuré fera partie d'une catégorie actuarielle à risque élevé, plus le forfait annuel sera cher et plus les revenus du réseau de soins coordonnés seront importants. Mais, bien entendu, cela ne suffit pas puisque de nombreuses

personnes âgées par exemple à risque élevé, ne seraient pas en mesure de payer le forfait annuel correspondant à leur catégorie actuarielle. Il faut donc mettre en place un mécanisme qui assure la solidarité de la communauté nationale avec ses membres les plus défavorisés.

Lorsqu'une personne s'inscrit auprès d'un réseau de soins coordonnés, la sécurité sociale, qui continue à percevoir des cotisations patronales et salariales verse au réseau de soins coordonnés la partie qui lui incombe actuellement (environ 80 % des dépenses médicales) selon la catégorie actuarielle de l'assuré. La sécurité sociale est alors entièrement déchargée de ses obligations envers l'assuré. L'assuré ne paie au réseau de soins coordonnés que la partie correspondant au ticket modérateur. Mais il la paie de manière régulière sous forme de contribution forfaitaire. Il ne paie rien lorsqu'il tombe malade et qu'il est pris en charge par le réseau, quel que soit le coût des soins. C'est ce qui permet d'éviter toute référence à un tarif à l'acte ou au prix de journée. Il n'est pas impensable, comme le montrent certaines expériences américaines, qu'un accroissement de l'efficacité du système de santé ne permette de réduire la part individuelle de l'abonnement de santé à presque rien. Ces mêmes expériences américaines montrent que les réseaux de soins coordonnés ont un très grand intérêt à maintenir leur réputation et donc la qualité des soins.

Rien n'empêche d'instituer des réseaux de soins coordonnés en parfaite concurrence avec le système de soins et d'assurance existant actuellement en France. Aucun bouleversement législatif ou réglementaire n'est nécessaire. Il suffit de permettre, à ceux qui le désirent, d'adhérer à un réseau de soins coordonnés. Les autres pourront continuer à se faire soigner selon le système actuellement en place. Lorsque l'intervention de l'Etat a montré son incapacité à réguler l'activité et les dépenses de santé, la proposition d'une nouvelle organisation redistribuant les pouvoirs pour les mettre entre les mains des consommateurs, mérite toute notre attention.