

Les réseaux de soins coordonnés : nécessaire rationalisation du système de santé ou utopie libérale ?

J.L. LANOË⁽¹⁾, J.P. MOATTI⁽²⁾

Journal d'Economie Médicale, Paris, 1986 ; T4(3-4) : 209-223

(1) Chercheur INSERM, Laboratoire d'Economie Sociale – Université PARIS I

(2) Ingénieur INSERM, unité de recherches sur l'Evaluation des Risques et des Actions de Prévention

RESUME

Cet article expose une maquette financière de réseau de soins coordonnés. Trois partenaires (la sécurité sociale, les médecins et gestionnaires, les adhérents) se partagent directement le gain obtenu par réduction du coût des traitements médicaux des adhérents.

A partir d'une hypothèse sur un gain total de 10 %, la ristourne donnée en fin d'exercice à chaque adhérent est assez faible et l'argument financier ne semble pas suffisant, à lui tout seul, pour convaincre des adhérents potentiels. Evidemment, la ristourne pourrait être plus forte si la réduction du coût total des soins était supérieure.

Par ailleurs, l'auteur propose d'introduire au dispositif un mécanisme de réassurance pour le réseau.

Mots-clés : concurrence, régulation, assurance maladie, HMO, réseaux de soins coordonnés.

ABSTRACT

This article tries to present a financial model of a coordinated medical care network. Three partners (social security, doctors and managers, adherents) share themselves the profit obtained by the reduction of medical care costs. With a total profit of 10%, the refund given to each adherent at the end of the year is rather weak and the financial advantage does not seem sufficient to convince the potential adherents. Obviously, the refund could be higher with a more important reduction of the medical costs.

In addition, the author proposes to introduce a kind of reinsurance modality for the network.

Key-words : HMO, competition, regulation, health insurance, coordinated health care networks.

Quelles que soient les causes fondamentales de la rapide croissance des dépenses de santé, la majorité des économistes s'accorde à souligner l'inefficience qui en résulte. En effet :

- Les activités de production de soins sont intrinsèquement contre-productives puisqu'en absorbant toujours plus de ressources elles n'améliorent que modestement la santé des patients-consommateurs¹.
- Le système économique, en supportant la forte croissance de dépenses improductives, voit ses performances d'ensemble altérées : charges accrues pesant sur les entreprises, restriction des débouchés de certaines activités industrielles ou de services par réduction du salaire direct des ménages et arbitrages « forcés » en faveur des dépenses de santé ...

Si ce diagnostic pessimiste est assez largement partagé, l'étiologie de la maladie reste débattue. Quel est en effet le facteur causal déterminant : offre ou demande ? Organisation et pratiques médicales² ou financement des dépenses de santé³ ? Faute de pouvoir répondre de façon convaincante à cette interrogation, les économistes n'ont pu que contribuer à l'élaboration de politiques restrictives tous azimuts dont la cohérence et l'efficacité n'ont guère été les caractéristiques dominantes.

Aujourd'hui, un tel débat semble cependant dépassé. A juste titre la réconciliation entre offre et demande dans leurs inter-relations sociales et économiques apparaît comme une voie plus fructueuse pour l'analyse de la croissance des dépenses de santé, qu'E. Lévy et coll.⁴ Ont remarquablement défrichée.

Les propositions pour des réseaux de soins coordonnés de R. LAUNOIS et coll.⁵ Renouent pour leur part avec une approche plus traditionnelle du point de vue de la théorie économique. Elles n'en prétendent pas moins réconcilier celle-ci avec une capacité concrète de réformer le système de santé dans le sens de l'efficacité. En effet, les auteurs vont articuler offre et demande en s'intéressant d'abord aux prix des services médicaux et aux mécanismes de formation de ces prix.

Le point de départ de leur analyse est simple : il n'existe pas dans le secteur santé de système de prix susceptible de guider efficacement les processus d'allocation des ressources. Bien au contraire, les pratiques actuelles sont aberrantes dans leurs principes (tarification à l'acte, prix de journée, budget global ...) et se trouvent à l'origine de dysfonctionnements économiques majeurs : biais pour la sur-qualité, sur-consommation – sur-prescription, absence de recherche d'une meilleure productivité. Dès lors, on est conduit à ce qui constitue l'hypothèse théorique centrale de l'argumentation de R. LAUNOIS et coll. En faveur des réseaux de soins coordonnés : c'est en bâtissant un système de prix de marché qu'on économisera le système de santé tout entier. Cette hypothèse doit permettre d'échapper à toute classification socio-politique par trop marquée. Ni idéologue de l'abandon du système d'assurance maladie ou de la privatisation des hôpitaux, ni socio-économiste s'acharnant systématiquement contre la médecine libérale ou l'autonomie professionnelle du corps médical, l'économiste « pur » proposerait ainsi un discours rationnel, neutre par essence. Révolutionnaires seraient cependant cette rationalité et cette neutralité qui, bouleversant les convictions les plus fermement ancrées et mettant en cause des avantages parfois chèrement acquis, gageraient toutes deux leur pertinence et leur légitimité sur leur dépassement des clivages politiques traditionnels.

LE MODELE « RESEAUX DE SOINS COORDONNES » : UNE CONCURRENCE BENEFIQUE ?

□ La « révolution » R.S.C.

Se référant assez largement au modèle de financement dit de « médecine prépayée », caractéristique des « Health Maintenance Organizations » américains, R. LAUNOIS et coll. Proposent la disparition du principe de remboursement a posteriori (après l'acte médical) au profit d'un financement a priori (avant le recours au système de soins) – la capitation – dont la forme concrète pourrait être le forfait annuel de santé.

En d'autres termes, la prestation d'un ensemble de service médicaux serait garantie à l'abonné contre paiement d'une somme forfaitaire. Ce montant ne pourrait être révisé en cours de contrat, c'est-à-dire resterait indépendant de la consommation effective de l'abonné. Cependant, à la différence des modalités courantes de financement de la capitation – Budget du National Health Service en Grande-Bretagne, « cotisations » employeur et employé aux Etats-Unis – le Régime Général de l'Assurance Maladie, en France, assurerait le paiement d'une part importante du forfait.

Une telle réforme du financement de la consommation médicale des ménages est intrinsèquement porteuse d'une restructuration de l'offre de soins. Introduire la capitation dans l' « intégration » ou la coordination formelle de certaines des unités de production aurait pour conséquence non seulement de multiplier les forfaits (forfaits auprès d'un généraliste, de plusieurs spécialistes, de différents hôpitaux ou services hospitaliers, etc ...) mais également d'introduire des mécanismes pervers dans les relations qui unissent ces unités (ententes de type oligopolistique ou, à l'inverse, concurrence sauvage). En conséquence, la condition nécessaire à la généralisation du principe de capitation est une recomposition organisationnelle, quelle qu'en soit la forme, des diverses structures d'offre de soins : les Réseaux de Soins Coordinés (R.S.C.) sont l'une des formes possibles de cette recomposition.

La mise en concurrence de ces réseaux serait garante d'une modification notable de la logique de fonctionnement des offreurs puisque le rapport qualité-prix des services vendus deviendrait le facteur décisif de leur choix par les assurés sociaux. Dès lors, les biais traditionnels pour la sur-qualité ou la surproduction ne trouveraient plus dans le système de financement la condition permissive ou originelle de leur existence.

Au total, les avantages du système « Réseaux de Soins Coordinés-Régime Général d'Assurance Maladie » découlant du principe de capitation peuvent, en première analyse, apparaître considérables.

- Le développement de structures sanitaires « intégrées », garantissant aux abonnés, sans contraintes financières, l'accès à l'ensemble des services médicaux disponibles (prévention, dépistage, soins primaires, soins hospitaliers ou à domicile, etc ...) et permettant d'optimiser les modalités de prise en charge des assurés, améliorerait l'efficacité du système de santé par accroissement de son efficacité médicale.
- Simultanément, les principes économiques s'imposant aux unités de production se trouvent inversés. L'intérêt financier des réseaux est de trouver des abonnés (donc d'assurer une qualité de soins satisfaisante) mais aussi d'éviter qu'ils aient recours aux services disponibles, du moins le plus rarement possible et au moindre coût. Ainsi, la solidarité d'intérêt qui unissait de facto le patient consommateur (« j'ai cotisé, donc j'ai droit ») et les offreurs de soins (plus de malades ou plus d'actes égalent toujours plus de recettes ou de

revenus) se trouverait brisée. La concurrence entre les réseaux par le rapport qualité-prix de leurs prestations introduirait une logique de marché (un ensemble de services est vendu à un prix donné) qui, comme c'est normal, oppose les intérêts individuels et immédiats des coéchangistes mais les réconcilie à plus long terme au plan de l'intérêt général.

Une telle « révolution », permise sans toucher à la qualité de la protection sociale, mérite sans aucun doute qu'on s'intéresse à elle de façon plus approfondie.

□ **La concurrence dans le système de santé : mythes et réalités**

Au plan théorique, bien qu'à ce niveau les références soient surtout implicites, l'analyse menée par R. LAUNOIS et coll. S'inscrit en fait dans le contexte de la microéconomie néo-classique la plus traditionnelle :

- le consommateur souverain, bien informé sur la qualité et les prix des produits offerts, arbitre en fonction de ses besoins ;
- la concurrence au niveau d'offreurs cherchant à maximiser leur profit ou leur surplus assure, par le marché, l'existence d'un système de prix optimal.

L'un et l'autre de ces postulats mérite d'être examiné de façon systématique.

1. LA NATURE DE LA CONCURRENCE

Peu d'économistes aujourd'hui défendent l'idée que la concurrence par les seuls rapports qualité-prix constitue la caractéristique dominante du marché de nombreux biens et services, en particulier de ceux destinés à la consommation des ménages. Le plus souvent, la concurrence est de nature oligopolistique, portant quasi-exclusivement sur la qualité des produits comme en témoignent les stratégies de différenciation des grandes firmes. En d'autres termes, il s'agit pour les entreprises de créer autant de marchés qu'il peut exister de produits différenciés afin d'exercer sur le plus grand nombre d'entre eux un pouvoir de monopole. Une telle logique en suscitant en permanence l'apparition de « besoins nouveaux » et des produits susceptibles de les satisfaire s'appuie sur l'innovation et le progrès technique mais limite largement la concurrence s'exerçant effectivement sur des biens et services comparables ou perçus comme tels par les consommateurs.

Nul autre secteur que la santé peut s'accommoder aussi bien de la logique de différenciation. La santé ne correspond-elle pas, par nature, à un type de besoins fortement individualisé par le patient et individualisable par le médecin s'il veut être efficace ? Existe-t-il des patients interchangeable du point de vue de leur demande ? Même s'il est évident qu'une certaine standardisation des besoins de santé est possible, voire nécessaire, l'enjeu fondamental de la médecine a été et sera sans doute toujours de répondre de façon personnalisée à cette demande ou à ces besoins. Ainsi, comment les structures de soins, poussées par la concurrence, échapperaient-elles à une logique d'innovation et de technicisation leur permettant d'améliorer et de différencier telles ou telles catégories de services relatives à tel ou tel type de patient ? Certains travaux américains montrent que la concurrence au sein du système de santé a pour conséquence d'accroître l'étendue des services couverts par l'assurance maladie⁶.

D'une façon générale, il nous semble très probable que la mise en concurrence des structures de soins aura plutôt tendance à introduire, au sein du système de santé, des ententes de nature oligopolistique entre les offreurs. Tout l'enjeu économique pour ceux-ci résidera dans le rapport de force qu'ils pourront instaurer avec les organismes de financement au niveau des tarifs de leur prestation. Les offreurs ayant négocié de fait le volume global des ressources affectées au système de santé, la concurrence, en s'exerçant surtout au niveau de la qualité des services, portera tout au

plus sur la redistribution de ces ressources entre les différentes structures. La situation ainsi créée ne constituerait pas un progrès décisif relativement aux conditions présentes où un progrès décisif relativement aux conditions présentes où la recherche de différenciation des unités de soins repose avant tout sur la spécialisation et la disponibilité de moyens techniques.

2. LA SOUVERAINETE DU CONSOMMATEUR

Toute la cohérence du modèle proposé par R. LAUNOIS et coll. Repose sur un postulat, particulièrement important, concernant cette fois les patients consommateurs : ils peuvent faire des choix entre les différentes structures d'offre en évaluant de façon correcte le rapport qualité-prix des prestations qui leur sont proposées. Nous avons montré précédemment que cette comparabilité s'avèrerait plus que délicate dès lors que les prestations ne seraient pas homogènes. A supposer même qu'elles le soient, le problème de la capacité des patients à évaluer correctement la qualité des services vendus reste entièrement posé. Il n'est pas nouveau de souligner ici, comme l'ont fait tant d'autres, que, par nature, l'information incomplète du patient⁷ le conduit à déléguer aux professionnels de la santé le soin d'agir à sa place. Ce transfert de souveraineté permet au patient d'être soigné conformément à ses attentes, indépendamment d'une capacité réelle à juger du bien fondé des décisions prises. C'est seulement a posteriori qu'il manifesterait sa non-satisfaction éventuelle en changeant, quand il le peut, de médecin ou d'hôpital. Le rapport qualité-prix peut donc difficilement fonctionner comme critère de choix a priori d'une structure quelconque. A ensemble de prestations en fait globalement comparable, les écarts de prix traduiront pour le consommateur, ignorant de ses besoins et des modalités propres à les satisfaire, des écarts de qualité. Certes, dans ce contexte, tous les choix restent possibles et certains opteront pour les prix les plus bas quand d'autres choisiront, ou croiront choisir, la qualité. Cependant, il est fort à parier que le comportement moyen des patients consistera à considérer que le « plus cher est dans le fond le meilleur » favorisant encore la logique de sur-qualité, que le modèle concurrentiel était censé empêcher.

Notons enfin que certains auteurs⁸ ont montré que si l'accroissement du ticket modérateur supporté par le patient décourageait effectivement certaines consommations médicales, il n'avait aucun impact significatif sur le prix des services médicaux. C'est, semble-t-il, traduire une foi bien naïve dans la concurrence que d'envisager qu'elle puisse introduire une nouvelle rationalité, fondée sur les prix, dans un secteur d'activité où son absence même est due à la spécificité des services demandés.

En fait, l'examen détaillé des propositions concrètes faites par les auteurs, au-delà des imprécisions inévitables de la version initiale d'un tel projet, soulève de nombreuses interrogations portant par exemple sur :

- les ambiguïtés quant aux modalités concrètes d'organisation et de fonctionnement du système ;
- le manque de cohérence entre les séduisants objectifs affichés (promotion d'une médecine globale, plus efficace et moins coûteuse, dans le respect du libre choix du patient et des principes actuels de solidarité) et la logique des moyens proposés (pré-paiement, capitation, concurrence entre structures de soins avec maintien de l'homogénéité nationale du système) ;
- les écarts enfin, entre les proclamations sur le rôle dévolu aux acteurs du système de santé (nouvelles modalités d'exercice de la médecine libérale, respect de l'importance des caisses d'assurance maladie, valorisation des mutuelles, intégration plus harmonieuse entre les

différentes structures de soins, publiques et privées) et la réalité des conséquences pratiques que revêtirait pour la plupart d'entre eux le développement des R.S.C.

DERRIERE LE FLOU ORGANISATIONNEL DES R.S.C.

Il est fort surprenant, au premier abord, qu'un texte dont l'objectif principal est de proposer la mise en place et le développement de nouvelles structures de production de soins reste aussi peu précis quant aux modalités propres de leur organisation. Certes, on conviendra bien volontiers qu'il s'agit en premier lieu de faire avancer une idée et qu'« on peut imaginer cinq modèles de R.S.C. ». Il n'empêche que deux énoncés fondamentaux du projet posent véritablement problème :

- 1) les R.S.C. sont des structures (filiales) nouvelles qui co-existeront et entreront en compétition avec les formes traditionnelles de prise en charge ;
- 2) il peut exister autant de modèles de R.S.C. que d'initiatives à la base de leur création.

□ La concurrence R.S.C. – Structures traditionnelles

Le problème principal posé par cette option qui se veut incontestablement rassurante pour les patients comme pour les médecins, est celui du financement des offreurs. En effet, praticiens libéraux et hôpitaux – publics ou privés – à moins que la bi-appartenance du R.S.C.-structures traditionnelles soit strictement interdite – tireront leurs ressources pour une part des abonnements annuels vendus et pour une autre part d'autres modalités de financement des dépenses de santé. On peut se demander, en particulier pour les hôpitaux, quelles seront ces recettes liées à une activité concernant d'autres usagers que les abonnés. Correspondront-elles à une dotation globale versée par l'assurance maladie ? Dans ce cas, la logique de budgétisation reste dominante, cette dotation ne pouvant s'obtenir que par la soustraction des recettes d'abonnement à un budget global prévisionnel négocié par l'hôpital et le financeur.

Y aura-t-il retour aux prix de journées ? Mais alors, ce sont les problèmes du remboursement a posteriori que l'on voulait éviter qui se posent à nouveau. Sans même s'étendre sur la complexité accrue de la gestion des institutions de soins et des organismes payeurs qu'impliquerait le double système de financement, inhérent à la concurrence R.S.C.-structures traditionnelles, celui-ci devrait avoir ses propres effets pervers. En effet, la part des recettes découlant de la capitation étant et budgétisée ex ante, la tentation pour les offreurs, hospitaliers ou libéraux, d'accroître les autres types de recettes sera forte, pouvant conduire aux comportements abusifs de prescriptions ou d'hospitalisations souvent évoqués.

Dans un système de financement où un organisme unique assure l'essentiel des recettes des offreurs, l'économie globale de la capitation n'apparaît possible qu'à condition qu'elle constitue un mode de financement unique. Aux U.S.A., la concurrence entre la médecine pré-payée (H.M.O., P.P.O.) et les formes traditionnelles d'offre de soins est encore aujourd'hui garantie par la multiplicité des sources de financement. En réalité, le choix organisationnel offert par R. LAUNOIS et coll. est d'opter soit pour une diversification des modalités de financement du système de santé, soit pour la généralisation du pré-paiement à toute l'offre de soins et donc la suppression des structures d'offre traditionnelles. Le pluralisme proclamé du modèle risque de déboucher sur une alternative simple : désocialisation du financement des dépenses de santé ou restructuration complète de l'offre sur la base du modèle R.S.C.-pré-paiement.

□ Pluralisme et étendue des prestations

L'initiative de création d'un R.S.C. peut, selon les auteurs, revenir à toute « structure » ou individu en manifestant le désir. Le problème de l'étendue des services offerts n'est cependant guère abordé.

Une telle lacune est particulièrement étonnante puisque c'est justement sur ce terrain que le choix du consommateur et donc la concurrence devraient s'exercer en priorité. Comme on le verra plus loin, le maintien du système d'assurance maladie traditionnel fait que les assurés n'ont aucun intérêt a priori à choisir un réseau n'offrant qu'une couverture incomplète.

On imagine donc mal des réseaux ne proposant pas à leurs abonnés l'hospitalisation et les consultations de spécialité et « se constitueront des filières de soins complètes avec quelques cliniques ou hôpitaux avec lesquels les réseaux passeront des accords de sous-traitance ». Le problème d'importance qui reste alors posé est de savoir comment cela sera possible. La disponibilité limitée de certaines technologies diagnostiques ou thérapeutiques, de certains savoir-faire, voire tout simplement de certains services spécialisés (réanimation, neurochirurgie, etc ...) pose en effet des problèmes épineux.

Si les RSC proposent un ensemble de prestations de qualité « objectivement » variables, en particulier parce que certains et non d'autres bénéficient de l'accès à des services de pointe et à leur plateau technique, il est fort à parier que l'abonnement à ces réseaux sera nettement plus coûteux.

Ainsi, les structures les plus capitalistiques devront s'affilier aux réseaux dégageant des surplus pour compenser les « pertes » dues à la différence entre leur prix de revient élevé et les tarifs de capitation économiquement possibles.

En fait, soit on sera conduit à entériner des inégalités accrues entre les assurés sociaux quant à la qualité des services qu'ils se procurent, soit la concurrence fonctionne effectivement et il est possible que les R.S.C. nivellent la qualité de leurs services à la baisse.

On notera enfin que certains hôpitaux ou services seront nécessairement amenés à participer à plusieurs réseaux. Ceci posera non seulement des problèmes complexes de financement mais surtout donnera aux hôpitaux le pouvoir sans partage de décider quel réseau pourra exister puisque l'impossibilité pour un réseau donné d'offrir certains types de soins l'empêchera d'être concurrentiel.

Là encore, les possibilités de surmonter ces contradictions existent : il suffit de proposer un bouleversement complet du système hospitalier allant dans le sens de sa privatisation et de son intégration juridique au système des réseaux. De cette façon d'ailleurs, un autre problème trouverait une solution évidente : celui de savoir quelle pourrait être, aujourd'hui, la motivation des offreurs publics à participer aux R.S.C. On est ainsi bien loin d'un système ne nécessitant « qu'un bon gestionnaire, un secrétaire, un fichier d'adresses, des accords avec des producteurs de soins et un réseau télématique efficace ».

Le système proposé sous le vocable R.S.C. ne semble concrètement viable que si les modalités de financement se diversifient ou que si les structures d'offre actuelles, en particulier les hôpitaux publics, s'intègrent progressivement au secteur privé. L'in vraisemblance de ce dernier cas de figure, dans la situation actuelle, laisse donc penser que c'est plutôt du côté du financement que la dynamique de développement des R.S.C. est susceptible d'avoir le plus d'impact.

LES R.S.C. : UNE DYNAMIQUE INEGALITAIRE A CORRECTIFS BUREAUCRATIQUES

- **Un système peu attractif pour les assurés sociaux**

1. LE CHOIX ENTRE R.S.C. ET COUVERTURE TRADITIONNELLE

Dans le projet R.S.C., l'assuré social qui a choisi cette forme de couverture du risque maladie ne bénéficie plus de la couverture de l'assurance maladie dans le secteur traditionnel. Un tel énoncé exclut donc la bi-appartenance des assurés, mais suppose que tous les réseaux procurent à leurs abonnés des filières de soins complètes, de la prévention au moyen séjour en passant par les soins ambulatoires et hospitaliers. Il est nécessaire également que ces filières soient toujours concurrentielles, en qualité globale, vis-à-vis des soins disponibles dans les structures d'offre non-intégrées à des réseaux.

Si tel n'était pas le cas, on se trouverait confronté à une atteinte inconcevable aux fondements de l'équité et de la solidarité en matière de prestations sociales. On imagine mal en effet qu'un abonné, qui comme tout citoyen paye ses cotisations sociales obligatoires ou, en tout cas a droit à la protection sociale, se retrouve sans aucune couverture face à un épisode morbide nécessitant immédiatement (avant la fin de l'abonnement) certains types de soins non disponibles dans le R.S.C. choisi. L'évident davantage que courrait l'abonné serait non seulement inégalitaire relativement au système de protection sociale actuel mais ne pourrait que conduire à un refus de ce type de couverture partielle. Deux solutions sont alors envisageables. La première consisterait à maintenir la couverture traditionnelle pour les prestations non disponibles dans certains R.S.C. Dans ce cas, il faudra, pour veiller au respect de l'ensemble des règles du jeuⁱ un renforcement considérable des appareils bureaucratiques, à commencer par celui de l'assurance maladie ... ce qui serait contradictoire avec les objectifs des auteurs.

La solution alternative consisterait au contraire à désocialiser tout ou partie de l'assurance maladie. On peut en effet imaginer que les prélèvements obligatoires n'ouvrent droit qu'aux « prestations de base » des réseaux et de la couverture traditionnelle. Ceci pourrait conduire à une baisse des prélèvements obligatoires, laissant aux consommateurs la « liberté » de définir le niveau de services médicaux complémentaires qu'ils accepteraient de financer directement sur leur revenu. Il s'agit dans cette hypothèse, la plus réaliste du point de vue du projet R.S.C., de sacrifier les principes de la couverture sociale au profit d'une extension de l'entente directe entre offreurs de soins et consommateurs.

2. INTERET FINANCIER DES ASSURES ET ABONNEMENT AU R.S.C.

A supposer que les prestations R.S.C.-couverture traditionnelle, soient effectivement comparables, on peut s'interroger sur l'intérêt économique d'un assuré social choisissant d'abandonner la couverture traditionnelle et le paiement d'un ticket modérateur ex post au profit de l'abonnement dans un R.S.C. nécessitant automatiquement le paiement d'un ticket modérateur ex ante.

Comme cela a été déjà souligné, rappelons « qu'au moins un français sur deux risque, par le système du paiement ex ante, de devoir payer plus au réseau qu'il ne supporte aujourd'hui de

ⁱ - Impossibilité de retourner au système traditionnel pour les prestations disponibles au sein du R.S.C., possibilité d'y retourner, si les prestations ne sont pas disponibles, ou
 - contrôle vigilant de l'homogénéisation de l'étendue des prestations entre R.S.C. ainsi qu'entre système R.S.C. et secteur traditionnel

dépenses à sa charge »⁹. Plus précisément, si le forfait à charge de l'assuré est calculé sur la base du coût moyen uniforme de l'ensemble de la clientèle du réseau, tous âges confondus, on ne voit guère l'intérêt des personnes jeunes de déboursier des sommes nettement supérieures au ticket modérateur moyen supporté actuellement par leur classe d'âge. Dans ce cas, les R.S.C. ne seront globalement attractifs que pour les seules personnes déjà relativement malades ou susceptibles de l'être : les personnes âgées. Encore faudra-t-il exclure de cette clientèle potentielle les assurés sociaux bénéficiant d'une prise en charge à 100 %, soit plus du quart de la population âgée de plus de 60 ans. Ni en « quantité » ni en « qualité », une telle clientèle ne semble susceptible de « rentabiliser » les réseaux.

A l'inverse, si les forfaits sont basés sur un pourcentage du coût actuariel par classes d'âge et catégories de risque, le montant du ticket modérateur sera particulièrement élevé pour les personnes les plus âgées, les incitant à conserver l'assurance maladie traditionnelle. Seuls les assurés sociaux les plus jeunes pourraient trouver leur compte à l'abonnement en R.S.C. Sans même parler de la sélection implicite du risque ainsi réalisée en faveur des réseaux et de leurs performances, on notera que la distribution des tickets modérateurs supportés par la population la plus jeune est loin de suivre une loi normale. Il existe en effet une forte concentration des dépenses sur une fraction réduite des assurés de la classe d'âge de sorte que les phénomènes de dénégaration des risques à conséquence « catastrophique » mais à faible probabilité d'occurrence continueront de jouer à plein, excluant ainsi, dans le schéma proposé par les auteurs, de la clientèle des réseaux une bonne partie des abonnés potentiels les plus jeunes.

Enfin, remarquons que la décision d'abonnement aliène la liberté de choix de l'assuré pendant au moins un an quand cette liberté reste intégrale dans le secteur traditionnel.

Au total, bien peu d'avantages semblent justifier le choix de l'abonnement par les assurés sociaux, sauf, bien entendu, à accompagner le développement du système R.S.C. d'une politique systématiquement défavorable à la couverture traditionnelle ou à remettre en cause le système actuel de protection sociale.

❑ **L'alourdissement des contraintes de gestion et des contrôles**

Le système R.S.C. est présenté par ses auteurs comme un moyen de maîtriser la croissance des dépenses de santé en évitant ou en réduisant le recours au rationnement explicite (carte sanitaire) ou implicite (budget global) mis en œuvre jusqu'à présent par les Pouvoirs Publics. Il s'agit donc de limiter une bureaucratisation néfaste du système de santé et de « permettre à l'Etat de se désengager et de remettre au citoyen les décisions ». Qu'en est-il à l'examen du projet R.S.C. ?

Les recettes des R.S.C. reposent sur la détermination du « coût actuariel » des soins par grande catégorie d'assuré. C'est ce coût qui servira de base au calcul de la contribution de l'assurance maladie au financement des structures d'offre. Il est suggéré de confier « à un comité des sages indépendants » le calcul de ces barèmes dont les auteurs ont par ailleurs suggéré qu'ils se fondent sur le coût moyen national de la consommation médicale par tranches d'âges.

De fait, un tarif national unique pour tous les R.S.C. est inconcevable. Aucun ne s'installerait là où le coût moyen des assurés est supérieur au coût moyen national. Pour échapper à cette logique, il est donc nécessaire de moduler finement les bases de remboursement en fonction des caractéristiques des clientèles potentielles. On peut imaginer aisément la complexité de tels calculs qui sont fort éloignés de l'élaboration d'un système de prix censé permettre de renouer avec la logique du marché !

En toute logique, à supposer que cela soit faisable, l'assurance maladie est la mieux placée pour effectuer de tels calculs : LAUNOIS et coll. Récusent celle-ci au profit d'un « comité des sages ». Cela ne peut se justifier que s'ils ont l'espoir de voir ce comité évaluer mieux que les services statistiques de l'assurance maladie les coûts actuariels de prise en charge des assurés sociaux et d'exiger des professionnels de la santé la transmission d'une information bien plus abondante et détaillée que celle fournir aujourd'hui.

Comme le révèle la préoccupation de mettre un garde-fou d'indépendance à l'égard de la sécurité sociale et des pouvoirs publics, la détermination des bases de tarif de remboursement s'apparentera à une fixation politique par marchandage implicite entre acteurs. Tant que les R.S.C. resteront minoritaires dans le système de santé, l'établissement « objectif » des coûts moyens décidera de leur compétitivité par rapport au secteur traditionnel. Dans l'hypothèse de leur généralisation, la détermination des tarifs d'une année sur l'autre s'apparentera de plus en plus à la fixation d'un taux directeur, certes modulé par classes de risque mais ne reflétant que très grossièrement la réalité des coûts effectivement supportés. Ce taux qui ne s'appliquerait plus seulement aux hôpitaux publics, comme c'est aujourd'hui le cas, mais à l'ensemble des offreurs aurait un rôle déterminant dans l'évolution des dépenses de santé. Paradoxalement, le projet R.S.C. débouche pratiquement sur le développement d'une sorte de bureau central de planification sanitaire orientant le devenir des différents acteurs du système de production de soins.

3. UNE MULTIPLICATION DES CONTRÔLES

Sans être exhaustif sur ce sujet que nous avons déjà eu l'occasion d'évoquer, notons que la tutelle des R.S.C. notamment l'organisme chargé de calculer les coûts actuariels, viendrait se superposer aux institutions qui continueraient d'avoir la charge du contrôle des offreurs traditionnels.

Soulignons, par ailleurs, que les garanties exigées pour empêcher les R.S.C. de réaliser une sélection systématique des « bons risques » sont grosses de conflits d'interprétation. Si « la liberté d'adhésion » doit interdire au R.S.C. de refuser des personnes « non intéressantes », comment pourra-t-on faire la part entre ce qui peut être une limite de moyens (le réseau a, par exemple, atteint sa taille maxima) et un choix délibérément sélectif.

Enfin, la nécessité de maintenir l'accès aux soins des catégories les plus défavorisées implique que leur participation individuelle au forfait soit « prise en charge par une aide personnalisée à la Santé » (A.P.S.) financée par l'Etat. Dans l'hypothèse où structures traditionnelles et réseaux coexistent, il s'agit là d'un dédoublement de l'aide publique. L'A.P.S. vient s'ajouter à l'actuelle Aide Médicale Gratuite ; ou alors, il faut imaginer que tous les patients bénéficiaires de l'A.M.G. seront d'office clients des réseaux. On est, en tout état de cause, loin d'un progrès dans le désengagement de l'administration publique du système de soins.

□ Une remise en cause du rôle des acteurs

Au fond, le principe de capitation est par essence antinomique de l'idée d'assurance maladie puisque ce mode de financement intervient antérieurement et indépendamment de la réalisation effective du risque. Cette évidence conduit à s'interroger sur le devenir des Caisses d'Assurance Maladie et des Mutuelles.

Les premières, déchargées au profit du « comité des sages » du calcul des coûts actuariels de prise en charge, ne joueraient plus qu'un rôle de collecteur de fonds qu'elles redistribueraient forfaitairement aux offreurs. Autant dire que leur rôle devient quasi-nul et qu'elles peuvent alors être « avantageusement » remplacées par une administration centrale ou régionale. C'est faire bien

peu de cas de l'expérience de paritarisme social, incarnée par les caisses d'assurance maladie, qu'il est contestable d'assimiler à une excroissance de l'Etat.

Quant à la mutualité, elle perd toute fonction comme assureur puisque le ticket modérateur effectivement supporté par le patient sera désormais connu a priori. Certes, il lui est reconnu un rôle potentiel de créatrice de réseaux. Mais, c'est jouer sur les mots que d'affirmer le maintien de son existence puisqu'elle n'aurait plus aucune spécificité vis-à-vis de toute autre organisation, publique ou privée, décidant d'offrir des soins. Là encore, c'est toute l'expérience de solidarité sociale du courant mutualiste qui n'est pas prise en compte.

De même, le principe de capitation fait peser sur le corps médical les contraintes et les exigences de rentabilité de toute organisation dotée d'un budget global. L'intéressement des médecins aux profits peut certes compenser la perte d'autonomie inévitable qu'implique le passage de l'exercice indépendant au réseau. Encore convient-il de souligner que, dans le schéma des auteurs, ce sont des considérations économiques (du type amélioration du revenu, réduction du temps de travail ou sécurité de l'emploi) qui viendraient justifier le renoncement à une liberté jusqu'alors farouchement défendue. Quant aux médecins hospitaliers, les contraintes de la capitation équivaldraient pour eux à celles du budget global et ne leur permettraient en rien d'échapper au rationnement implicite.

CONCLUSION

Toute réflexion visant à améliorer l'efficacité du système de soins doit inévitablement s'attaquer à trois types de problèmes, - rémunération individuelle des professionnels de la santé – modalité d'organisation de l'offre de soins – mécanismes de financement de la demande de soins, mais R. LAUNOIS et coll. entretiennent une certaine confusion entre ces niveaux d'analyse. En fait, il apparaît que cette confusion résulte d'une hésitation sur le degré de remise en cause du système d'assurance maladie qui nuit à la cohérence et la faisabilité du projet.

Pour ce qui nous concerne, l'alternative est en effet la suivante :

- soit il s'agit de lutter contre les cloisonnements improductifs entre filières de soins et de promouvoir une meilleure coordination entre secteurs professionnels pour améliorer la prise en charge des patients (car il faut effectivement rendre plus cohérents les « réseaux » de relation existants de fait entre partenaires du système de santé).
Mais, dans ce cas, une série d'ajustements (dont certains sont déjà en cours, et peuvent être approfondis, d'autres sont à imaginer)ⁱⁱ peuvent tout aussi bien créer les conditions favorables d'un tel décroisement sans faire courir les risques d'inutiles complications et d'incompatibilité avec le maintien de l'assurance maladie, que recèle le projet R.S.C.
- soit il s'agit de poser le problème du financement à long terme de la protection sociale et il faut alors ouvrir clairement le débat sur le niveau que la collectivité peut et entend lui donner, sur les réformes envisageables pour garantir les ressources nécessaires (déplafonnement, fiscalisation). Il est en tout cas indispensable que toute solution passant par une forme de « désocialisation » de la demande soit exposée en tant que telle et non « par la bande », au travers des ambiguïtés du projet R.S.C. par exemple.

ⁱⁱ Ce n'est pas le lieu ici de détailler la façon dont des innovations en cours ou potentielles peuvent être mises au service d'un souci de globalisation des filières de soins : développement des alternatives à l'hospitalisation et recherche de nouvelles modalités de contractualisation hôpital-autres partenaires, renforcement de la coordination inter-hospitalière prévue dans la loi de 1970 mais restée lettre morte, amélioration de la planification des équipements, budget global qui équivaut d'ailleurs à un pré-paiement et dont il faut réfléchir à la façon de le fonder sur une mesure effective du contenu médical des activités et de leur output, possibilités de contractualisation non limitée au paiement à l'acte entre l'assurance maladie et des groupes de praticiens (organisés ou non entre centres de santé intégrés) ...

BIBLIOGRAPHIE

- ¹ ANSTER R., LEVENSON I., SARACHER J. – The production of health : an exploratory study. *Journal of Human Resources*, nr 4, Autumn, 1964.
- ² ENTHOVEN A.C. – The behavior of health care agents : provider behavior in health. *Economics and Health economics*. North Holland, 1981.
- ³ FELDSTEIN M.S. – The rising cost of hospital care. Information Resources Press, Whashington, december 1971.
- ⁴ LEVY E., BUNGENER M., FAGNANI F., DUMENIL G. – La croissance des dépenses de santé. *Economica*, 1983.
- ⁵ LAUNOIS R., MAJNONI D'INTIGNANO B., RODWIN V.G., STEPHAN J.C. – Les réseaux de santé coordonnés (R.S.C.) : propositions pour une réforme profonde du système de santé. *Revue Française des Affaires Sociales*, 1985, n° 1.
- Voir également sur ce même thème :*
- GIRAUD P., LAUNOIS R. – Les réseaux de soins, médecine de demain, *Economica*, 1985, et réseaux de soins coordonnés et filières de soins. *L'hôpital à Paris*, mai-juin 1985, n° 87.
- ⁶ GOLDBERG & GREENBERG – The competitive response of blue cross and blue shield to the health maintenance organization in Northern California and Hawaï. *Medical Care*, October 1979, n° 17.
- ⁷ ARROW R.J. – Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, December 1967, vol. 53.
- ⁸ MARQUIS S. – Cost sharing and Provider Choice. *Journal of Health Economics*, June 1985, vol. 4, n° 2.
- ⁹ ROCHEFORT R. – Réseau de soins coordonnés et filières de soins. *L'hôpital à Paris*, mai-juin 1985, n° 87, p. 28-29.