

L'hôpital à Paris

Publication de l'assistance publique, n° 87, mai-juin 1985 « Réseaux de soins coordonnés et filière de soins », Séminaire du 25 avril 1985, p.14

Robert LAUNOIS¹

¹ Intervention du Pr Robert Launois Professeur d'Economie à l'Université de Rennes

Cette réflexion a été comme l'a précisé Madame Majnoni d'Intignano, menée indépendamment de l'assistance publique dans deux contextes différents : elle a fait l'objet d'un article rédigé par la « Bande des Quatre » dans la Revue Française des Affaires Sociales et d'un livre : « Réseaux de Soins. Médecine de demain » écrit en collaboration avec Pierre Giraud, qui sont chez Economica dans quelques jours.

Le dispositif élaboré dans les deux cas sur une même conviction : la promotion de la médecine globale, l'introduction de la concurrence entre les équipes de soins et le maintien de la solidarité sont des principes fondamentaux sur la base desquels il convient de réorganiser notre système de soins.

1. LA PROMOTION DE LA MEDECINE GLOBALE

Actuellement chaque médecin dispose d'un certain nombre de correspondants et entretient des relations privilégiées avec des laboratoires et des structures hospitalières particulières. Cette constatation a été un peu le point de départ de notre réflexion. Ces relations informelles ou confraternelles définissent des filières de soins au sein desquelles les malades évoluent en fonction des orientations dont ils font l'objet, mais ces filières sont inorganisées. La multiplicité des intervenants compromet la continuité des soins et constitue un facteur de croissance des coûts.

Il faut donc articuler les opérations qui se déroulent le long de la chaîne et structurer les filières en Réseaux de Soins Coordonnés (R.S.C.). les réseaux sont la réponse institutionnelle à la parcellisation de la médecine. Les usagers s'engagent à se faire soigner exclusivement par le réseau pendant une période de temps déterminée (une année). Les professionnels s'engagent à leur fournir toute la gamme de services dont ils pourraient avoir besoin pour se maintenir en bonne santé.

Pour intégrer l'ensemble des fonctions sanitaires il faut créer une base de financement nouvelle. La formule proposée est celle de l'abonnement annuel de santé qui offre à l'adhérent la certitude de recevoir à l'avenir toutes les prestations qu'exigerait son état de santé, en contrepartie du versement d'une contribution immédiate, ce tarif d'abonnement est fixé librement par chaque réseau. Sa valeur est égale aux dépenses prévisionnelles par classes de risques définies en fonction de l'âge et du nombre d'ayant droits, divisées par le nombre d'adhérents qui relèvent de chaque classe.

2. INTRODUCTION DE LA CONCURRENCE ENTRE LES EQUIPES DE SOINS

L'adhésion à un réseau est volontaire : chacun peut s'inscrire librement et le quitter en fin d'année s'il le souhaite.

Ce libre choix évite la main mise de la Sécurité Sociale sur les structures de soins, il n'y a pas de financement direct des producteurs par la Sécurité Sociale. Celle-ci contribue au financement du réseau selon des modalités que nous précisons ultérieurement mais sa participation n'existe que du fait de l'assuré. Le spectre de la sectorisation ou de la médecine de caisse est écarté.

Ce libre choix crée les conditions d'une concurrence entre les réseaux. Celle-ci s'établit à un triple niveau :

- concurrence entre les R.S.C. vis-à-vis de leurs adhérents ceux-ci choisissent l'organisme qui a le meilleur rapport qualité-prix ;

- concurrence entre les professionnels de santé vis-à-vis des R.S.C., seuls les producteurs les moins dispendieux sont recrutés, puisqu'ils permettent aux réseaux d'avoir des prix compétitifs ;
- concurrence enfin entre l'ensemble des R.S.C. et le reste du système de dispensation des soins. C'est aux assurés de faire le choix du type de médecine qu'ils veulent et d'en payer le prix. C'est aux professionnels de santé de choisir le type d'exercices qu'ils entendent pratiquer et d'en prendre les risques . Rien n'est imposé.

3. LE MAINTIEN DE LA SOLIDARITE

Les Français sont très attachés à la Sécurité Sociale. Son monopole est maintenu pour la protection de base et on ne touche pas à ses modalités de financement. Les cotisations restent calculées en fonction du salaire, la répartition part salariale, part employeur demeure inchangée. Les mécanismes de compensation inter-régimes subsistent dans leur intégralité. Seules les modalités de règlement des prestations fournies sont modifiées. Ce changement est compatible avec le maintien de la rémunération à l'acte des professionnels (à cette différence près qu'on facture l'organisation et non le client, le paiement à l'acte disparaît) mais exige la révision des modes de prise en charge des frais de santé par la Sécurité Sociale.

Au total il n'y a pas de réformes de financement de la protection sociale, il y a un changement dans les modalités de paiement des prestataires de service sans disparition de la rémunération à l'acte mais avec une refonte des mécanismes, d'intervention des caisses.

Les caisses d'assurance maladie participent au financement des R.S.C. par le versement d'un forfait annuel de santé dont-il faut préciser les modalités d'établissement.

Première question : Quelle base de référence faut-il adopter ? Nous proposons de déterminer le coût moyen national de la consommation médicale par tranche d'âge autrement dit de calculer le coût actuariel des soins.

Deuxième question : le forfait annuel de la Sécurité Sociale doit-il couvrir la totalité du coût actuariel ou simplement une fraction de celui-ci ? Pour ne pas alourdir les charges de la Sécurité Sociale nous proposons qu'il reste fixé au niveau qui est actuellement le sien à savoir 80 % des dépenses de santé.

Le versement du forfait par la Sécurité Sociale ne couvre pas la totalité du coût actuel et a fortiori du tarif d'abonnement qui est demandé par les réseaux. Celle-ci est payable d'avance et une fois pour toutes. Son montant doit-il être fixé en fonction de la classe de risques dont relèvent les assurés ou doit-il être le même pour tous les adhérents ?

Pour des raisons tenant à l'équité nous recommandons la seconde solution.

Au total le système proposé repose sur une solidarité à trois niveaux :

- solidarité entre les biens portants et les malades à l'intérieur d'une classe de risque puisque la Sécurité Sociale verse un forfait annuel dont le financement est assuré par des cotisations indexées sur les salaires ;
- solidarité entre les biens portants et les malades à l'intérieur d'un réseau puisque tous les adhérents du réseau payent la même contribution personnelle ;

- solidarité entre les riches et les pauvres au niveau collectif puisque les plus démunis voient leur participation individuelle prise en charge par une aide personnalisée à la Santé qui est financée par l'Etat.