

# Décentralisation et Régulation du Système de Santé

---

*Michel MOUGEOT*

In "Le système de Santé" ECONOMICA,. 1986:139-146

## LA REGULATION CONCURRENTIELLE

Dans tous les pays, la croissance des coûts de la santé a suscité des réflexions sur la nécessité d'introduire des mécanismes plus concurrentiels dans le système. La cause essentielle de cette croissance - si l'on excepte, bien entendu, les facteurs objectifs que sont le vieillissement et le progrès technique - étant l'absence de lien entre la prise de décision et la responsabilité financière (génératrice de risque moral et de sélection adverse), les recherches se sont tournées vers la mise en place de procédures de financement remédiant à cette dissociation. Ainsi, alors que la gestion actuelle aboutit à ce que l'intérêt des acteurs du système de santé provoque l'accroissement des dépenses, on s'est intéressé à des schémas dans lesquels leur intérêt est lié à la réduction des coûts. Certains ont, par exemple, proposé de rémunérer les praticiens en fonction de la santé des patients et non, comme c'est le cas dans le modèle de la tarification unitaire, en fonction de leur consommation de soins.

Plus généralement, on a cherché à transférer le risque financier sur les décideurs, à savoir essentiellement les médecins et les gestionnaires hospitaliers. Pour ne pas réduire la qualité des soins, des modalités de pré-paiement permettent de déplacer la charge du risque sur l'offreur de façon à l'inciter à prendre en compte les coûts des traitements. Les H.M.O. sont des manifestations de cette procédure motivante (cf. R.J. Vogel (1985), H. Luft (1981) et les ouvrages français déjà cités). Le plan Enthoven en constitue une généralisation à l'ensemble des U.S.A. (A. Enthoven (1980)). Des adaptations de ces organisations ont été envisagées dans de nombreux pays<sup>1</sup>. En France, certains auteurs ont proposé la création de réseaux de soins coordonnés (R.S.C.) partiellement fondés sur les H.M.O. dont je rappellerai les principaux traits caractéristiques avant d'analyser ce projet de réforme.

### *Le modèle concurrentiel : des H.M.O. au plan Enthoven*

Organisations reposant sur la libre adhésion des usagers, les H.M.O. constituent une réponse séduisante aux problèmes posés par les divergences d'intérêts à l'intérieur du système de santé. Créées aux U.S.A. avant la seconde guerre mondiale, les H.M.O. se sont surtout développées à partir de 1970, l'État ayant établi, avec le « Health Maintenance Organization Act » de 1973, des règles minimales de fonctionnement de ces organismes qui sont aujourd'hui plus de 300. Les adhésions aux H.M.O. connaissent depuis quelques années une croissance rapide et l'on dénombre actuellement plus de 17 millions d'américains finançant leurs soins par cette procédure (le taux annuel de croissance dépassant 20 % en 1984)<sup>2</sup>. La plus importante H.M.O., le Kaiser-Permanente, sert environ 4,6 millions de personnes.

Les caractéristiques des H.M.O. sont simples (cf. H. Luft (1981)) : chaque organisation de ce type offre une gamme complète de services de santé (de la prévention à l'hospitalisation) en contrepartie d'un pré-paiement forfaitaire fixé annuellement rendus. Les H.M.O. ne constituent donc pas un système de santé mais, apparaissent à l'intérieur du système diversifié américain, comme des organismes payés pour résoudre les problèmes médicaux de leurs membres.

<sup>1</sup> Cf. les communications de H.S. Luft, L.M.J. Groot, A. Maynard, A. Enthoven, P. Zweifel, W Van de Ven au Symposium « Economic Incentives in the Health care industry » à Anvers (sept. 1985). Cf. également J. Finsinger, K. Kraft and M. Pauly (1985).

<sup>2</sup> Cf. l'intervention d'A. Enthoven in « Réseau de soins coordonnés et filières de soins ». *L'Hôpital à Paris*, n° 87, 1985.

Constituées à l'initiative de praticiens, d'assureurs, de fondations, de consommateurs ou d'entreprises, les H.M.O. proposent un système intégré de services de soins de nature à répondre à tous les besoins des adhérents. Les usagers adhèrent librement à une H.M.O., soit individuellement, soit par l'intermédiaire de leur employeur, en mettant en concurrence diverses organisations ou des compagnies d'assurance traditionnelles. Le contrat d'adhésion peut être remis en cause annuellement.

Les producteurs de soins attachés à une H.M.O. (selon diverses formules : salariat, contrat, sous-traitance) partagent le risque financier avec l'organisation: moins les adhérents consomment d'actes médicaux, plus le surplus d'exploitation est élevé. L'intérêt des offreurs coïncide donc avec l'objectif de réduction des coûts. Ainsi, la liaison perverse entre le revenu des praticiens et le nombre d'actes est brisée, ce qui provoque une incitation à l'efficacité, à la substitution de soins moins coûteux aux soins lourds, une réduction du risque moral. La mise en concurrence annuelle des organisations garantit la qualité des services.

Le surplus éventuel réalisé chaque année par l'organisation étant partagé entre les producteurs qui y sont attachés, le biais bureaucratique lié à l'absence de droits de propriété disparaît ainsi que l'inefficacité X qu'il engendre. Le risque moral est ainsi réduit du côté de l'offre et l'effort est maximal. Par ailleurs, le caractère décentralisé et coordonné des activités des H.M.O. réduit les problèmes de sélection adverse puisqu'il est de l'intérêt de chacun de fournir une information vraie sur ses coûts pour contribuer à l'apparition d'un surplus.

Si les modalités pratiques de fonctionnement sont très diversifiées, la conjonction d'un double mécanisme concurrentiel<sup>1</sup> et d'une procédure incitative éliminant à la fois risque moral et sélection adverse du côté de la structure d'offre aboutit à une efficacité plus forte compatible avec une qualité des soins satisfaisante. La possibilité de ticket modérateur (réduisant le risque moral dû à la demande) et la différenciation des primes en fonction des services offerts permettent, par ailleurs, de réduire la surconsommation. Enfin, la législation (H.M.O. Act de 1973) a défini des critères de non-discrimination pour éviter l'élimination de certaines populations à haut risque.

Ces propriétés théoriques semblent vérifiées par les nombreuses études consacrées aux performances des H.M.O.<sup>2</sup> :

- les coûts des H.M.O. apparaissent très inférieurs, en moyenne, à ceux des autres systèmes en vigueur aux U.S.A. Les membres des H.M.O. dépensent de 10 à 40 % de moins que des groupes similaires soignés dans le secteur traditionnel et utilisent 25 à 40 % de moins de journées d'hôpital. Les groupes de pré-paiement soignent leurs adhérents avec moitié moins de médecins et de lits par personne (selon A. Enthoven). Le moindre recours à l'hospitalisation dû à une conception globale de la médecine et l'incitation à l'efficacité interne expliquent ces coûts plus faibles.
- la qualité de soins semble au moins égale à celle des soins délivrés dans le cadre des procédures de remboursement a posteriori. Sur 27 études comparant la qualité des soins, 19 ont fait apparaître la supériorité des H.M.O. et 8 une qualité identique ou des résultats non concluants.

C'est pourquoi la généralisation à l'échelle des U.S.A. de ce mécanisme a été proposée par le « plan de santé au choix du consommateur » d'A. Enthoven (1980) qui repose sur l'application de quatre

<sup>1</sup> Concurrence entre H.M.O. vis-à-vis des adhérents et concurrence entre offreurs de soins vis-à-vis des H.M.O.

<sup>2</sup> Cf. W.G. Manning (1984), H. Luft (1980), R.J. Launois (1985) et l'intervention précitée d'A. Enthoven (1985).

principes : liberté de choix des usagers entre divers plans d'assurance maladie, responsabilisation des usagers (l'État n'intervenant que par une contribution forfaitaire), regroupement des risques en classes actuarielles de coût, généralisation des structures d'offre de soins intégrées.

### ***Les réseaux de soins coordonnés***

Le projet de R. Launois (1985) (cf. également R. Launois et alii (1985)) s'inspire de l'expérience américaine en proposant l'adhésion des usagers à des réseaux de soins coordonnés offrant toute la gamme des traitements dont ils pourraient avoir besoin, le financement étant assuré par un forfait annuel versé par les caisses d'assurance maladie et complété par une contribution individuelle forfaitaire.

#### a) Les principes

Le schéma de R. Launois est fondé sur la réalisation de trois conditions fondamentales.

- i) *l'existence de réseaux de soins coordonnés*, organismes analogues à la structure d'offre de soins des H.M.O. : une filière de soins complète est proposée aux adhérents, des conventions avec les établissements permettant le cas échéant de sous-traiter les hospitalisations. Différentes structures de réseaux sont concevables, l'essentiel étant qu'il y ait *pluralité de réseaux pour qu'il y ait concurrence*.
- ii) *le forfait annuel de santé*: la Sécurité Sociale verse un forfait annuel au R.S.C. pour chaque assuré adhérent, forfait indépendant du coût de fonctionnement du réseau et de l'utilisation de celui-ci par l'assuré. Cette contribution est déterminée annuellement par un comité de « sages » par référence à un coût actuariel national des soins calculé par catégories d'assurés (selon le sexe, l'âge, la catégorie professionnelle, les types de pathologies) et en fonction de l'évolution technique, une part forfaitaire restant à la charge des usagers.
- iii) *la concurrence des réseaux*: dès lorsqu'il y a pluralité de réseaux en chaque zone géographique et que le financement de chaque R.S.C. est assuré par le versement du forfait annuel de ses adhérents, la concurrence entre les réseaux se réalise par la qualité des prestations, ce qui les conduit à rechercher l'organisation la plus performante minimisant les coûts tout en assurant le meilleur service et ce qui amène les établissements hospitaliers à dimensionner leurs équipements et à rationaliser leur gestion. Quant aux excédents éventuels, ils sont partagés entre une rémunération supplémentaire des praticiens (par ailleurs payés selon des modalités diverses : salariat, capitation, à l'acte), l'autofinancement et des ristournes aux adhérents.

Ces principes fondamentaux de réorganisation du système de soins privilégient par ailleurs une conception globale de la médecine, articulant les différentes modalités d'intervention des praticiens le long de filières complètes. La parcellisation des soins fait place à une approche globale: chaque usager s'engage à se faire soigner exclusivement par un réseau qui en contrepartie s'engage à lui fournir toute la gamme de services dont il pourrait avoir besoin pour se maintenir en bonne santé.

#### b) Portée de la réforme

Cette proposition de création de R.S.C. a le mérite de présenter une cohérence interne forte et de constituer une alternative crédible à la centralisation complète (scénario de type N.H.S.) et à la décentralisation sauvage (marché). Elle constitue, d'autre part, une adaptation du modèle H.M.O. aux particularismes français et notamment elle ne touche pas à l'institution centrale du système, la Sécurité Sociale obligatoire. Les auteurs ne minimisent pas les difficultés de mise en place d'une telle réforme, notamment celles qui sont d'ordre psychologique et politique. La réorganisation pro-

fonde qu'opérerait une telle réforme impliquerait en effet l'instauration d'un quasi-marché du côté de l'offre dans un secteur dans lequel le fonctionnement actuel du système a habitué les producteurs à une situation de marché protégé. Il est, par ailleurs, évident que le versement d'une contribution personnelle des adhérents rendrait plus apparentes les charges liées à la santé et pourrait susciter des oppositions des usagers. C'est pourquoi R. Launois propose que, dans un premier temps au moins, l'instauration des réseaux s'effectue sans suppression du système en vigueur tant ce qui concerne le remboursement a posteriori qu'en ce qui porte sur le fonctionnement de la structure d'offre.

Par rapport à la problématique normative développée ici, il convient toutefois de s'interroger, de façon plus fondamentale, sur l'aptitude de ce schéma à pallier les difficultés tenant à l'impossibilité de décentraliser par les prix et aux comportements stratégiques. Pour faire apparaître la portée et les limites de la proposition de R. Launois ; on peut s'interroger sur les modalités de réalisation de la concurrence dans son modèle.

En ce qui concerne les comportements des agents, il n'est pas certain que le schéma proposé écarte toute manipulabilité tant que coexisteront deux systèmes parallèles. Les usagers ayant le choix entre le mode de remboursement a posteriori traditionnel (lié à leur consommation réelle) et plusieurs réseaux, n'arbitreront pas en fonction du coût réel des soins (puisque la contribution obligatoire sera identique) mais en fonction de la contribution personnelle résiduelle, forfaitaire dans l'hypothèse du choix d'un réseau. Un accroissement du risque moral est vraisemblable, les agents ayant intérêt à souscrire au système le plus avantageux pour eux (ticket modérateur ou forfait) en fonction de leur consommation. Quant aux producteurs, l'adhésion au réseau s'effectuera en fonction du revenu qu'ils y obtiendront comparativement à celui que leur assure leur exercice en médecine libérale (et éventuellement en fonction d'une substitution loisir/travail, caractéristique, d'ailleurs, des praticiens exerçant dans le cadre des H.M.O.). La phase de coexistence, en élargissant les possibilités d'actions des agents, accroît nécessairement leurs stratégies de manipulation.

Plus fondamentalement, le système des R.S.C. repose sur un processus concurrentiel tronqué, générateur de déviances et de situations de second rang. Il y a, en effet maintien d'un quasi-monopole de la protection sociale du côté de la demande et concurrence du côté de l'offre. Par ailleurs, l'équilibre est assuré par un prix moyen actuariel déterminé par un comité de sages et non par un véritable prix de marché. Ces deux propriétés distinguent le schéma des R.S.C. du modèle H.M.O. : ce dernier instaure, en effet, un processus de double concurrence (du fait de la pluralité des compagnies d'assurances) et permet, par voie de conséquence, certains ajustements de prix de nature concurrentielle. Elles constituent, de plus, des obstacles à une véritable régulation et à une réduction des comportements stratégiques.

Du point de vue de la structure de quasi-marché mise en place, il y a substitution d'un monopsonne au monopole bilatéral actuel. Encore faut-il préciser que ce monopsonne n'est qu'indirect, la compagnie d'assurance pré-finançant le réseau choisi par les assurés selon des critères de qualité des services offerts, et non selon une appréciation du rapport qualité/prix. Seule la concurrence que se feront les différents réseaux pour attirer la clientèle devrait permettre de maintenir la qualité tout en baissant les coûts. Il faut, à ce sujet, noter que la répartition géographique de la population et de l'offre de soins conduit à douter de la réalité de cette concurrence entre filières : dans les zones rurales, il n'y a généralement qu'un médecin généraliste, dans les villes moyennes les établissements d'hospitalisation et les spécialistes sont presque toujours en position de monopole local, il n'y a - sauf quelques exceptions - qu'un C.H.R. par région de programme. Quant aux pharmacies d'officine, elles sont implantées de droit selon des règles de monopole. *Les possibilités de constitution de réseaux concurrentiels sont donc très limitées* en dehors des très grandes agglomérations. Cette propriété différencie fortement le projet R.S.C. de l'organisation des H.M.O. : il y a parfois cinq ou six H.M.O. dans les villes américaines et de plus concurrence des systèmes alternatifs d'assurance.

La concurrence entre réseaux apparaît ainsi presque comme une hypothèse irréaliste dès lors que la distance à l'offreur est prise en compte. Le projet de R.S.C. n'instaure en fait pas une véritable compétition, celle-ci étant illusoire dans un pays de peuplement diversifié comme la France et incompatible avec le maintien du monopole de l'assurance maladie. Il met cependant en place, et, c'est son principal mérite, *un mécanisme de réduction du risque moral* du côté de l'offre en mettant fin aux effets pervers de la tarification à l'acte. Ce mécanisme présente toutefois des limites en raison de l'impossibilité de recourir à un prix de marché.

L'évaluation des « coûts actuariels nationaux des soins » par un comité de sages indépendants équivaut à une détermination de *prix fixes* « *objectivables* ». Elle n'élimine pas la sélection adverse dès lors que ces sages ne pourront effectuer leur estimation qu'à partir d'informations sur les coûts réels non observables. Elle est contradictoire en partie avec les possibilités de surplus laissées aux réseaux.

En effet, l'apparition d'un profit peut résulter d'une amélioration de l'efficacité de la filière concernée. Elle peut aussi, dans l'hypothèse d'une évaluation centralisée des coûts, résulter d'autres phénomènes :

- ou bien, la population adhérant à un réseau est statistiquement différente de la population de référence des sages, c'est-à-dire que l'espérance mathématique d'apparition des pathologies diffère dans les deux populations. Cela amène nécessairement un problème de sélection adverse dès lors que l'observation des classes de risques des populations d'adhérents n'est pas possible pour les sages. Cela conduit aussi à poser le problème d'éventuelles conditions d'accès. Compte tenu des disparités spatiales de morbidité et des inégalités sociales, avec un prix fixe, certains réseaux pourront être excédentaires dans certaines zones et d'autres déficitaires avec la même composition de la population d'adhérents dans d'autres zones. Des prix discriminés selon les lieux éviteraient en partie (en partie seulement) cette difficulté mais sont-ils concevables dans ce modèle avec la détermination centralisée d'un prix moyen ?
- ou bien, le comité des sages a surévalué le coût actuariel national en raison d'une manipulation des informations sur les coûts,
- ou bien, la qualité des soins donnés est inférieure à la qualité moyenne évaluée par les sages, ceux-ci ayant, par exemple, une aversion au risque plus forte que celle des praticiens dont le revenu désormais dépend de la réduction de cette aversion. La concurrence entre réseaux constitue, certes, le garde-fou assurant un niveau de qualité satisfaisant. Celle-ci étant, comme nous l'avons vu, réduite et l'appréciation de la qualité liée à des facteurs subjectifs, ce mécanisme de correction jouera-t-il ?

En définitive, le projet R. Launois, dont l'intérêt est grand, pose aussi de nombreuses questions : il contribue, certes, à réduire le risque moral mais par un processus d'intéressement des offreurs qui peut être associé à une diminution de la qualité des soins ou à un accroissement de la sélection adverse. Il n'est pas inutile de préciser que tout projet se heurtera à cette difficulté : la croissance des coûts tenant à une sur-qualité des équipements ou à une surconsommation de facteurs, la marge de manœuvre entre une qualité moindre et des coûts trop élevés est nécessairement étroite.