

« Réflexions d'un assureur vis-à-vis du projet de réseaux de soins coordonnés »

Bernard Pottier ⁽¹⁾

Institut La Boétie - Association de Genève - In "Systèmes de santé américains et les perspectives de l'assurance maladie en Europe" Juillet 1987. Vol 1: 25-31

⁽¹⁾ Président des Sociétés d'Assurances du Groupe de Paris

Avant d'exprimer les quelques réflexions que m'inspire la proposition des Réseaux de Soins Coordonnés, je tiens à préciser que mes propos n'engagent naturellement que moi et, en aucune manière, la profession de l'assurance.

1. DEUX OBSERVATIONS PREALABLES

1.1 Ticket modérateur

Le système français de santé combine, au coût que l'on sait, exercice libéral de la médecine et protection sociale socialisée.

Deux acteurs concourent à la dépense :

- les médecins dont la rémunération à l'acte est inflationniste par structure ;
- les patients qui contribuent eux-mêmes à la dépense, avec la modération qu'est le ticket modérateur.

Le système HMO rompt le système vicieux de la rémunération à l'acte qui n'incite aucunement le praticien à modérer la dépense globale.

Mais, supposant implicitement que le patient n'est pour rien dans l'engagement de la dépense, ce système abandonne le ticket modérateur ex-post dont on connaît cependant l'efficacité. Ou plus exactement, il substitue à un ticket modérateur individuel, ex-post, et à l'acte, un ticket modérateur ex-ante, collectif, qui résulte des coûts globaux d'un exercice comptable même si, et c'est important, cette approche collective s'exerce dans le cadre concurrentiel des HMO ou des RSC. Moins proche de la décision d'engagement de la dépense que le ticket modérateur actuel, j'ai la conviction qu'il n'a pas la même efficacité.

1.2 Le libre choix du praticien et de l'établissement de soins

Nous avons tous conscience de remuer des questions extrêmement sensibles pour nos concitoyens. Il ne faut pas, comme trop ont tendance à le faire, renoncer de ce fait à avancer, mais il faut avancer avec prudence. Sans doute plus encore que la Sécurité Sociale, le libre choix du médecin est-il un point sensible ? De même, l'hostilité d'une partie du corps médical se trouverait-elle, à n'en pas douter, encouragée, si l'on supprimait le libre choix pour le médecin d'orienter son patient sur tel ou tel spécialiste ?

L'accès à tous des établissements hospitaliers publics empêchent d'aller au bout de la logique des HMO en refusant toute prise en charge en dehors des établissements agréés par le réseau¹.

En outre, le fait qu'il ne puisse s'agir au départ que d'expériences, nécessairement prise en limitées, rendrait difficile de réunir au sein du réseau l'ensemble des spécialités de praticiens ou d'établissements hospitaliers qui seraient nécessaire pour accorder un service complet.

Ces deux observations conduisent à proposer que les soins prodigués par l'ensemble des praticiens et par tous les établissements hospitaliers agréés par la sécurité sociale fassent l'objet d'un remboursement, mais dans des conditions différentes, telles qu'elles figurent, par exemple, sur le tableau ci-joint.

¹ Cf. Launois, Truchet. Journal d'Economie Médicale, n° 3-4, mai 1986.

Principe de prise en charge par le réseau
Trois catégories d'offreurs de soins

MEMBRE DU RESEAU	HORS RESEAU	
Tiers payant. Seul reste à la charge de l'adhérent, pour chaque acte, un demi-ticket modérateur (tarif de la S.S.) payé directement à l'offreur de soins.	Spécialités non représentées au sein du réseau. Paiement à l'acte. Remboursement de l'adhérent par le réseau, sous déduction d'un demi-ticket modérateur de la S.S.	Spécialités représentées au sein du réseau. Maintien du principe du libre choix des offreurs de soins. Mais pénalisation par le fait que, hors réseau, le remboursement par le réseau des paiements effectués est fait sous déduction de 100 %, 150 % ou même 200 % du ticket modérateur de la S.S. (Ce qui, même en cas de mutuelle ou d'assurance complémentaire, laisserait une certaine dépense à la charge de l'assuré social).

2. UN RSC MIS EN PLACE PAR DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCES

Ces observations préalables formulées, quelle forme pourrait prendre un RSC mis en place par des sociétés d'assurances ? Il est certes concevable, comme le montre l'exemple américain, que les RSC soient constitués à l'initiative et avec des capitaux de praticiens ou d'entreprises. Mais dans l'un et l'autre cas, il semblerait nécessaire qu'une réassurance, mise en œuvre par une entreprise soumise au contrôle auquel doivent satisfaire les entreprises d'assurance en matière de solvabilité, vienne garantir que les ressources financières du RSC ne limitent pas les soins qui doivent être prodigués; en outre, certaines dispositions du Code de Déontologie médicale rendraient non point nécessairement insoluble, mais peut-être plus difficile, la constitution d'un RSC par des médecins.

Quelle que soit la structure juridique du RSC, un conseil d'administration ou un comité regroupant représentants de la (ou des) société(s) d'assurances et des praticiens et établissements de soins est indispensable, pour que chacun adhère à la philosophie du réseau en matière de qualité et de coût des soins.

Chaque RSC doit avoir une compétence territoriale réduite pour assurer une bonne cohésion des praticiens et des établissements hospitaliers qui y adhèrent, ainsi qu'un recouvrement territorial suffisamment dense par ceux qui, s'agissant d'une expérience, seront au départ en nombre nécessairement limité.

On pourrait se limiter également, dans un premier temps, à des généralistes et à des spécialistes de spécialités relativement "courantes" ainsi qu'à des établissements hospitaliers assez polyvalents. Dans chacun de ces cas, l'adhérent n'aurait à payer que le demi-ticket modérateur restant éventuellement à sa charge.

S'agissant d'autres spécialités ou d'établissements hospitaliers offrant des prestations non représentées parmi les membres du réseau, les patients paieraient eux-mêmes et se feraient rembourser sous déduction du demi-ticket modérateur.

Enfin, si l'adhérent consultait à l'extérieur du réseau des généralistes ou des spécialistes dont la spécialisation comporte des représentants au sein du réseau, ou bien était hospitalisé dans des établissements hors réseau offrant des prestations offertes par certains établissements membres du réseau, il devrait faire l'avance des débours et ne serait remboursé que sous déduction d'un ticket modérateur égal à 100 % (ou 150 % ou 200 % si c'est l'option retenue) du ticket modérateur du régime général.

Revenant sur le cas des praticiens membres du réseau, on peut remarquer que le fait que ceux-ci soient rémunérés par un forfait annuel tandis que les patients supportent un éventuel ticket-modérateur est une situation qui me semble analogue à celle des hôpitaux publics dans le cadre du budget global: les relations entre offreurs de soins et financeurs s'établissent sur la base d'un forfait, celles entre financeurs et assurés sur la base d'une participation de ces derniers.

Tentons, sur ces bases, d'articuler quelques chiffres. Ceux-ci sont naturellement approximatifs, d'autant qu'ils s'efforcent, mais sur des bases encore peu stables, de prendre en compte les modifications de remboursement intervenues au début de l'année 1987. Sur une dépense de 100 F (qui exclut l'autoconsommation), la Sécurité Sociale rembourse 71 F, les 29 F restant représentant le ticket modérateur évalué à 16 F et les dépassements, à environ 13 F. Faisons l'hypothèse d'une baisse de consommation médicale de 10 %². Sur les 90 Francs restant, il y a 13 %, soit 11,70 F de dépassements et le ticket modérateur, si l'adhérent est "discipliné" et ne s'adresse qu'aux offreurs de soins du réseau est réduit de moitié ; il s'élève donc à 8 % de 90 F soit 7,20 F. Les remboursements à la charge du RSC représentent donc :

$$90 - 11,70 - 7,20 = 71,10 \text{ F}$$

Si ces hypothèses, nécessairement grossières, sont raisonnables, et si l'on considère qu'il n'entre pas dans la vocation d'un régime de Sécurité Sociale - dont les recettes résultent de prélèvements obligatoires - de dégager systématiquement des bénéficiaires, le forfait annuel de santé de 71 F versé au RSC serait en gros suffisant pour financer les remboursements. Pour dire les choses simplement, l'économie de consommation médicale permettrait de réduire de moitié le ticket modérateur ex-post de la Sécurité Sociale.

3. L'INCITATION DES OFFREURS DE SOINS

Si cette variante de R.S.C. paraît conserver l'incidence modératrice du ticket modérateur tel qu'il est pratiqué et accepté par les Français, il reste que la philosophie du R.S.C. consiste à intéresser les offreurs de soins au maintien de la santé des adhérents et non au nombre d'actes pratiqués.

A quel niveau et sous quelle forme doit se situer cette incitation ?

L'incitation doit être située à un niveau d'analyse des résultats qui ne soit :

- ni trop éloigné; c'est-à-dire, regroupant un ensemble de population protégée et de praticiens trop vaste, donc trop anonyme; car alors praticiens et établissements hospitaliers auraient le sentiment que la prise de conscience de leur responsabilité personnelle est perdue dans la masse et ne peut avoir d'effet ;
- ni trop proche; c'est-à-dire, par exemple, mettant à la charge d'un généraliste, sans aucun filet protecteur, l'ensemble des dépenses, de quelque nature qu'elles soient, des seuls assurés figurant sur son fichier; le généraliste pourrait alors se trouver dans la situation de devoir limiter des soins onéreux, même s'ils étaient souhaitables d'un point de vue médical.

² Cf. ROCHEFORT, op. cité.

Il convient donc que chaque RSC - ou en tout cas chaque section territoriale au niveau de laquelle s'effectue l'analyse des résultats et l'incitation des offreurs de soins membres du réseau - soit de compétence territoriale et de dimension limitées et que des mécanismes d'écrêtement et de mutualisation des dépenses des malades étant les plus gros consommateurs soient prévus.

Ces principes pourraient trouver trois formes d'application :

- Première possibilité : les offreurs de soins pourraient être détenteurs de parts dans les RSC et en recevoir les dividendes. Au cas où une même société d'assurances (ou un groupe de plusieurs sociétés qui se seraient réunies pour la circonstance) voudrait étendre cette expérience dans plusieurs régions, un certain nombre de RSC devrait être créé, chacun sur un territoire suffisamment réduit. Chaque RSC pourrait être réassuré pour que les cas les plus lourds ne viennent pas altérer ses résultats propres: ainsi on pourrait réassurer les dépenses correspondant à un montant supérieur à 50 000 F par an et par personne protégée. Cela n'exclurait pas, comme la suggestion en a été faite, que la Sécurité Sociale garde à sa charge les assurés coûtant plus de 125 000 F par an (0,5 % de la population française).
- Deuxième possibilité: sans détenir de parts, les offreurs de soins pourraient participer aux résultats du RSC, déterminés sur la base d'un compte qui comporterait :
 - en dépenses :
 - ✓ les rémunérations des offreurs de soins,
 - ✓ les remboursements effectués aux adhérents,
 - ✓ une prime fictive de réassurance représentant la "mutualisation", au niveau de l'ensemble des RSC d'un même groupe d'assureurs, du coût des assurés coûtant plus de 50 000 F par an ;
 - en recettes :
 - ✓ .les forfaits annuels de santé,
 - ✓ .éventuellement les cotisations additionnelles,
 - ✓ .le remboursement des dépenses des assurés du RSC excédant la barre de 50 000 F .

Bien entendu, là aussi, il serait possible d'exclure, en recettes comme en dépenses, les assurés coûtant plus de 125 000 F par an. Les offreurs de soins se partageraient une fraction de ces résultats, et seraient ainsi intéressés aux résultats propres de la circonscription territoriale où ils opèrent sans être inhibés cependant, par les conséquences financières de leurs prescriptions vis-à-vis d'adhérents nécessitant des traitements très coûteux.

La troisième possibilité constitue une solution de repli si certains problèmes, notamment d'ordre juridique, s'avéraient insolubles. Elle consisterait à ne prévoir aucune forme d'intéressement direct au vu des résultats de l'exercice comptable des offreurs de soins. Mais tous les ans, chaque RSC local arrêterait ses comptes, comme il est dit ci-dessus, avec les écrêtements décrits. Les responsables de ce RSC local agiraient comme des chefs d'entreprise : si la consommation a été maîtrisée (sans que le coût des malades les plus coûteux pénalise ces comptes, grâce à l'écrêtement), la gestion serait bénéficiaire, ce qui permettrait au RSC d'être en situation concurrentielle favorable.

L'activité du RSC, et donc celle de ses offreurs de soins s'en trouverait accrue et la rémunération de ceux-ci majorée, par tête d'adhérent et encore plus en volume global. Ainsi le simple jeu de la concurrence constituerait, de façon moins tangible, mais pourtant efficace, une importante incitation.