

« Dépenses de santé : des solutions existent »

Alain MADEC¹

Politique Industrielle "Efficacité économique et choix des sociétés" Printemps 1988. N° 11: 45-55.

¹ Ancien élève de l'Ecole normale supérieure, agrégé de mathématiques, ancien élève de l'Ecole nationale d'administration, inspecteur des Finances, est Directeur Général de Roussel-Uclaf. Il a été conseiller technique auprès du ministre de l'Industrie (1981 et 1982) et président de CdF-Chimie International (de 1982 à 1984). Il est membre du comité de direction de l'Institut La Boétie, dont il anime le chantier « santé ».

Stabiliser les dépenses de santé sans sacrifier la solidarité ni la qualité des soins, c'est possible. Comment ? En renforçant l'efficacité de l'offre et en régulant le marché, grâce, notamment à des « réseaux de soins coordonnés ».

Les dépenses de santé représenteraient en France, en 1987, quelques 10 % de la production intérieure brute, contre 5 % dans les années 60. Ce poste de dépenses est l'un des plus porteurs dans la consommation des Français, qui y affectent aujourd'hui 13 % de leurs revenus et envisagent, selon l'Insee, d'y consacrer 20 % en l'an 2000, soit davantage qu'au logement ou à l'alimentation.

La santé restera donc, à n'en pas douter, le marché porteur des prochaines décennies. Mais c'est aussi, d'ores et déjà, le grand souci des politiques.

Par quel étrange paradoxe nos gouvernements en viennent-ils, en ces temps de quasi-stagnation et de « contrainte extérieure », à regarder avec suspicion l'un des postes les plus dynamiques, les plus créateurs d'emplois et les moins générateurs d'importations de la demande nationale ?

Essentiellement pour deux raisons, dont l'évidence commence à s'imposer :

- ☞ Le financement de nos dépenses de santé est de plus en plus inadapté
- ☞ De surcroît, ce financement ne contribue guère à l'efficacité de l'offre de soins.

Le financement obligatoire, conçu après la guerre dans un souci de solidarité, atteint aujourd'hui ses limites : avec quelques 330 milliards de francs, l'assurance maladie couvre 77 % des dépenses de santé, alors que les malades n'y contribuent que pour 15 %, les assurances et mutuelles pour 7 %. Les cotisations maladie de la sécurité sociale représentent ainsi près de 8 % de la production nationale et il paraît impossible de stabiliser les prélèvements obligatoires, plus élevés en France que chez nos concurrents, sans ériger en principe que, désormais, l'assurance maladie obligatoire ne devrait en aucun cas croître plus vite que le PIB. C'est un enjeu majeur de compétitivité pour nos entreprises et une nécessité pour nos gouvernants, déjà confrontés à la croissance des retraites du fait d'une population vieillissante.

Il faut sortir des schémas rebattus du type « dépenses de santé = déficit de la sécurité sociale = hausse des prélèvements obligatoires » ou encore « il y a un trou, il faut le combler. On réfléchira plus tard ». A dépense spontanée, financement spontané : les 8 % du PIB sont amplement suffisants, une fois redéployés, pour aménager la solidarité nécessaire au sein de la collectivité nationale.

❑ **Le marché de la santé comporte de nombreuses aberrations**

Autre problème du financement présent, l'efficacité de l'offre de soins n'y est aucunement garantie. Par rapport au fonctionnement des marchés concurrentiels, on observe en effet plusieurs aberrations :

- ☞ On achète des actes unitaires, des « composants » et non un produit fini, que celui-ci soit le maintien en bonne santé (prévention) ou le retour rapide à la santé (soin). Le cloisonnement demeure la règle.
- ☞ Le payeur n'est pas le décideur, qui n'est pas davantage le bénéficiaire.

- ☞ Le « consommateur », estimant avoir payé pour un service illimité, tend assez souvent à « se payer sur la bête ».
- ☞ Quand on globalise, c'est pour rationner, ce qui n'est certainement pas un gage de bonne gestion. L'hôpital public, d'autant plus « à l'étroit » qu'il a été bien géré (ou l'inverse), est là pour en témoigner.

Ces dysfonctionnements plus criants en France que dans plusieurs systèmes étrangers, sont corrélés avec des dérapages de coûts évidents. La France n'est certes pas le chef de file en matière de dépenses de santé. En 1984, les 9,3 % du PIB (8 000 francs par habitant) qu'elle y consacrait, étaient devancés par le chiffre des Etats-Unis (10,6 % du PIB : 11 000 francs par habitant) et de la Suède (9,7 % du PIB : 9 000 francs par habitant). Mais elle est en la matière le « mauvais élève » de l'OCDE.

□ **Les Français n'ont pas adapté leurs comportements en matière de santé au ralentissement de la croissance**

D'une part, la moyenne de l'OCDE est beaucoup plus basse (7,5 % du PIB), du fait de la modération de nos grands concurrents (Allemagne Fédérale : 8 % ; Japon : 6,6 % ; Grande-Bretagne : 5,9 %), sans que cela conduise chez eux à une espérance de vie moindre ou à une technologie de soins arriérée. D'autre part, la France a mal réagi face au ralentissement de la croissance. Alors que, partout ailleurs, l'élasticité des dépenses de santé par rapport à la croissance nationale s'est stabilisée entre 1 et 1,5 – voire contractée (ainsi au Etats-Unis et en Suède) – elle s'est fortement accrue en France, dépassant 2,5 sur la période 1975-1984, rythme insoutenable pour n'importe quel système du financement public.

Ainsi, les Français sont de plus en plus enclins à consommer pour leur santé et leur bien-être. Leur attachement à la sécurité sociale subsiste, mais le système ne fait plus face, ni en matière d'adéquation des ressources aux dépenses, ni en matière de contrôle de l'efficacité des soins. Enfin, la hausse des cotisations est devenue clairement incompatible avec la compétitivité des entreprises et le pouvoir d'achat des salariés.

Comment sortie de cette situation bloquée ? Différents travaux et notamment ceux que j'anime au sein de l'Institut La Boétie, permettent d'envisager une solution fondée tant sur des comparaisons étrangères que sur les ressorts propres de notre système de soins. Pour résumer ces orientations, je dirai qu'elles s'appuient sur des offreurs de soins plus responsables et plus motivés, placés au sein d'un système global (d'information, de financement, ...) mieux régulé par le rapport qualité prix du service offert.

Avant d'évoquer les exemples étrangers, il convient de rappeler brièvement les constituants de notre dépense de santé. Sur les 400 milliards de francs concernés, plus de la moitié (51 %) représente les frais de soins hospitaliers dans les établissements publics ou privés. Ces frais de soins hospitaliers dans les établissements publics ou privés. Ces coûts, auxquels il faut adjoindre les transports sanitaires, sont couverts à 90 % par la sécurité sociale et sont donc la dimension essentielle de l'assurance maladie. Viennent ensuite les cabinets de médecins « de ville » (19 %), les biens médicaux (17 % : médicaments ...), les dentistes (6 %) et les laboratoires d'analyses (4 %) ; le reste (prévention, lunettes ...) représentant de l'ordre de 3 %.

- ❑ **Dans plusieurs pays, les médicaments sont plus chers qu'en France et pourtant le coût global de la santé y est moins élevé**

Les systèmes étrangers ont en général des répartitions voisines. Si, dans leur diversité, ils sont souvent moins coûteux à service global donné, ce n'est pas du fait des coûts unitaires de telle ou telle prestation. Pour ne citer qu'un exemple, les spécialités pharmaceutiques sont plus chères ailleurs : de + 40 % dans la CEE en moyenne, de + 70 % en Allemagne, de + 100 % et plus aux Etats-Unis et au Japon. Les économies constatées semblent provenir pour l'essentiel de deux sources. En premier lieu, d'une sélection progressive par les organismes payeurs des acteurs les plus efficaces, à qualité donnée. Ensuite, d'un contrôle des engagements de dépenses majeures (hospitalisation, nouvelles technologies ...) limitant leur recours aux cas où elles sont réellement utiles.

Il n'y a évidemment pas de modèle transposable. Tout simplement parce qu'il n'y a pas de modèle ...

Certains pays ont opté pour une organisation centralisée, inspirée de la Fonction Publique. Aux 5 % du PIB constatés en Grande-Bretagne, avec une efficacité moyenne reconnue, mais une qualité individuelle contestée, s'opposent dans ce schéma les 10 % du PIB déjà cités en Suède, où la qualité est appréciée, mais le coût plus discuté.

D'autres ont joué la multiplicité, sinon la concurrence, des organismes payeurs, tout en insérant une médecine « libérale » traditionnelle au sein d'enveloppes annuelles prédéfinies. Au passage, le principe de libre choix du médecin et la liberté de prescription ont subi quelques limitations. Les exemples allemand ou suisse sont instructifs en ce qu'ils montrent les compromis envisageables entre le « pouvoir médical » et les contraintes du financement, mais ils n'apportent pas de solution véritablement novatrice.

L'exemple américain est autrement instructif. Ce pays ne connaissait initialement que deux programmes publics, essentiellement fédéraux : le Medicare pour les personnes âgées, le Medicaid pour les personnes à faibles ressources : les autres citoyens étaient couverts au sein de réseaux de solidarité privés plus limités : entreprises, assurances complémentaires ... En 1983, plus de 90 % des soins y étaient encore tarifés de manière traditionnelle : paiement à l'acte, prix de journée à l'hôpital, etc ...

En 1990, ce pourcentage sera tombé en-dessous de 20 %. Il s'agit d'une véritable révolution, engagée par voie législative, étendue par l'initiative privée et couronnée par le succès global des expériences réalisées.

- ❑ **L'expérience américaine montre qu'il est possible d'innover**

Tout d'abord, le Congrès a adopté en 1983 une réglementation autorisant l'Etat Fédéral à rembourser un tarif forfaitaire par pathologie soignée, sur la base de « Diagnosis Related Groups » (DRG), quel que soit le nombre d'actes unitaires impliqués. Il s'agissait alors de mieux contrôler les dépenses du Medicare.

En outre, dans les années 70, certaines grandes entreprises avaient entrepris de mieux maîtriser leurs coûts d'assurance maladie en fonction du service réellement offert. De cette convergence sont nés deux modèles aux multiples variantes.

- ☞ Les Health Maintenance Organizations (HMO) sont des systèmes intégrés regroupant, en quelque sorte, les fonctions d'assurance et de prestataire de soins. L'assuré, conjointement avec son employeur, paie un forfait annuel qui lui garantit un droit à la santé. Les praticiens regroupés font le meilleur usage de ce « pré-paiement » pour offrir à la population contractante une qualité de soins au moins égale à celle du système traditionnel, l'incitant ainsi à contracter de nouveau l'année suivante. Le forfait individuel dépend essentiellement de l'âge et parfois de certaines classes de risque (tabac, alcool, etc ...). Du fait d'une réduction spectaculaire des hospitalisations et d'un recours plus averti aux technologies nouvelles (imagerie, médicament, diagnostic), les économies de dépenses médicales réalisées vont de 10 à 40 %.
- ☞ Les Preferred Providers Organizations (PPO) sont des organisations souples procédant d'une autre logique, le « discount ». Un « groupeur », qui peut être une entreprise ou une compagnie d'assurances, passe contrat avec des offreurs de soins auxquels il apporte une « population » d'assurés en échange de conditions préférentielles. En outre, le libre choix du médecin est ici généralement maintenu – contrairement aux HMO – l'incitation venant par exemple d'un ticket modérateur faible, avec tiers payant, au sein du PPO, contre une franchise plus élevée à l'extérieur. Les économies constatées sont sensibles, mais l'efficacité des PPO a toutefois ses limites : le coût unitaire des actes est en effet très contrôlé, mais leur volume peut toujours « déraiser ».

De ce survol de nos partenaires, on retiendra que l'opinion y est en général plus sensible que la nôtre à l'économie de la santé, au « managed care », comme disent les Américains. Au niveau micro-économique bien sûr (coût et qualité des « composants », mais aussi et surtout au niveau d'ensemble (financement, rôle de l'hôpital, technologies), du fait d'une introduction de mécanismes proches de ceux du marché de consommateurs.

□ **La solution au problème français passe par la décentralisation**

C'est une démarche de ce type qui nous paraît la mieux adaptée au problème français et la plus respectueuse de notre culture. C'est elle qui guide nos réflexions, à l'Institut La Boétie comme dans le monde de l'entreprise. Nous proposons en effet de rechercher des solutions dans une voie décentralisée, par la concurrence entre des quasi-entreprises soucieuses d'améliorer le service rendu. Gare à notre vieille tentation colbertiste, gare aux fascinations technocratiques et monopolistes qui nous conduiraient, en l'occurrence, vers le système anglais ! Entre l'« arsenal » et le « marché », il faut opter et nul ne pourra échapper à cette alternative, car le statu quo devient impossible. Ce choix concerne tout particulièrement le corps médical.

Sans anticiper sur les conclusions de travaux en cours, je citerai quelques axes de solutions.

□ **Responsabiliser l'hôpital**

La première réflexion à conduire concerne l'hôpital. C'est l'acteur principal en termes de coût. Il faut déjà savoir ce que cela recouvre. Qu'est-ce qui relève de la santé, et qu'est-ce qui relève de la vieillesse ? Les hôpitaux d'« aigus » ne sont certes pas les mieux adaptés à traiter les problèmes du quatrième âge, « dépendant » ou non. C'est un premier problème.

Il faut ensuite unifier les conditions de concurrence. L'hôpital public est assujéti au rationnement du budget global, l'hôpital privé au laxisme du prix de journée et de la tarification unitaire des actes médicaux. Ni l'un, ni l'autre des deux systèmes n'est généralisable, ni même défendable.

La solution à ces distorsions de concurrence passe probablement par une tarification par pathologie, selon l'exemple des DRG américains ou des GHM (groupes homogènes de malades) expérimentés en France. C'est le seul moyen d'appréhender correctement le service rendu.

Il faut aussi relier davantage l'hôpital et la ville, irriguer l'une par l'autre à travers différents réseaux : lits de moyen séjour, hospitalisation à domicile ... Il y a trop de lits d'« aigus » à n'en pas douter et pas assez de lits périphériques. Créer les uns sans supprimer les autres serait une solution de courte vue.

Il faut enfin, et c'est peut-être le principal, gérer l'hôpital comme une entreprise. Qu'il soit public ou privé, l'hôpital doit avoir un exécutif, un conseil d'administration responsable, un surplus d'exploitation mesurable, un tableau de bord, un maillage avec son environnement, une capacité de motivation de ses salariés, un projet d'entreprise, une stratégie d'investissement ... Toutes choses que le statut actuel de l'hôpital public rend inaccessibles au meilleur directeur.

❑ **Tirer le meilleur parti de la technologie**

Ensuite, l'amélioration du système de santé passe par une meilleure utilisation des technologies. On rend celles-ci responsables de bien des maux. En l'absence de critère d'efficacité, c'est en effet le bouc émissaire idéal, telle la machine à l'aube de l'ère industrielle.

Comme dans toute production, la technologie ne fait de miracles qu'utilisée à bon escient. Eviter quelques journées d'hospitalisation en « soins intensifs » (soit 10 000 francs et davantage) grâce à un nouveau médicament, ou encore traiter à temps un cancer grâce aux progrès de l'imagerie et du diagnostic, peut-on imaginer meilleur investissement ? En revanche, apporter la technologie à des outils obsolètes et sans modification des méthodes apporte des surcoûts plus que des progrès. Un exemple : la miniaturisation et les systèmes experts rendent la technologie de plus en plus accessible hors de l'hôpital, voir chez le généraliste. Saura-t-on profiter de cette opportunité ?

L'important, c'est d'évaluer en permanence la technologie disponible, de promouvoir l'organisation la mieux adaptée à son usage, de favoriser sa diffusion et de lutter contre les rentes de situation. Une révision périodique de la nomenclature qui sert de base aux remboursements paraît nécessaire, en la situant dans l'optique d'une réduction du coût par pathologie et d'une baisse de la morbidité.

Mais les acteurs les plus efficaces, les plus motivés, les mieux dotés sur le plan technologique ne conduisent pas nécessairement à des soins performants. Tant que le système restera cloisonné et que le financement laissera libre cours aux corporatismes divergents, des dérapages interviendront. C'est pourquoi il est indispensable d'adjoindre aux mesures d'efficacité micro-économiques (au niveau de chaque acteur) un cadre de coordination assurant le meilleur jeu des acteurs, mis au service d'une offre de soins qui présente le meilleur ratio coût/qualité. Nous avons désigné sous le nom de « réseau de soins coordonnés » (ou RSC) cet axe de réflexion plus macro-économique.

❑ **Mettre en place un système de régulation**

Pourquoi un réseau ? Parce que les acteurs du système de soins doivent être maillés entre eux par des échanges d'informations pertinentes, faute de quoi le malade serait ballotté de l'un à l'autre sans vision de la meilleure thérapie. Il y a là un champ d'opportunités considérables pour la « télématique » médicale, que celle-ci soit basée sur des systèmes centraux ou sur une démarche plus décentralisée (carte à puce ...).

Pourquoi des « soins coordonnés » ? C'est probablement l'essentiel. Il faut en effet que les différents intervenants aient un intérêt conjoint à ce que leur équipe fonctionne bien, c'est-à-dire

avec une qualité satisfaisante et un coût modéré. Le monde de la santé étant assez individualiste, c'est au niveau du financement que cet intérêt conjoint sera le plus efficacement mis en œuvre, avec ses deux volets : responsabilisation collective et partage des surplus.

- ❑ **On peut expérimenter une formule de réseau de soins coordonnés sans bouleverser les habitudes auxquelles les français sont attachés.**

Plusieurs modèles de réseaux de soins coordonnés ont été proposés. Il est vraisemblable que, comme il y a différents modèles d'entreprises, différentes organisations de marchés et différents types de HMO ou de PPO, il y aura plusieurs variétés de réseaux de soins coordonnés. On peut imaginer d'en consacrer certains au quatrième âge, ou aux soins mal couverts par l'assurance maladie (dentaire, optique ...) et des expériences sont en projet dans ces domaines particuliers.

Un schéma type a toutefois été élaboré pour examiner les problèmes, notamment juridiques, que soulèverait une expérience limitée de RSC de plein exercice, c'est-à-dire substitutif à la sécurité sociale traditionnelle pour une population d'adhérents volontaires. Ce réseau couvrirait la quasi-totalité des soins et des classes d'âge.

Le modèle, qui emprunte à plusieurs expériences françaises ou étrangères un certain nombre de mécanismes éprouvés, est compatible avec le volet « Ressources » de la sécurité sociale, se bornant à organiser différemment l'offre de soins et son financement. Il a paru en effet souhaitable de ne pas perturber d'emblée le mécanisme de péréquation par cotisations obligatoires (déplafonnées, assises sur les salaires) auquel les Français sont attachés, même si ce compromis, par rapport au HMO pur et dur, susceptible d'en amoindrir l'efficacité. De même est-il préférable de maintenir, comme dans les PPO et les mutuelles, le libre choix du praticien, au prix de certaines pénalités de remboursement, même si le réseau « fermé » paraît le plus apte à générer des économies.

Ce projet type de réseau de soins coordonnés, très flexible au demeurant dans sa mise en œuvre, a été décrit dans différentes publications de l'Institut La Boétie². J'en rappellerai simplement les grandes lignes.

- ❑ **Le RSC dégage un surplus qu'il répartit entre ses membres**

Tout d'abord, le réseau de soins coordonnés est une entité regroupant, d'une part, des associés – financiers (assurances, entreprises) ou non (médecins) – d'autre part, des prestataires de soins (généralistes, spécialistes, laboratoires et services hospitaliers) liés par contrat. Que son statut soit ou non à but lucratif, il y a vocation de dégager un surplus à répartir entre les « membres » du réseau : associés, gestionnaires, prestataires et adhérents, de façon à intéresser chacun à sa bonne marche. Le lien entre les associés est classiquement l'« affectio societatis » : celui entre les prestataires est inspiré, en plus structuré, des liaisons traditionnelles entre confrères libéraux et celui entre les adhérents est, comme les caisses de retraite complémentaire, généralement constitué par l'appartenance aux mêmes collectivités (entreprise, institution ...).

Le RSC a deux ressources : à titre subsidiaire, une cotisation d'adhésion annuelle forfaitaire, par exemple familiale, qui pourrait, selon les premières esquisses, être modique ; et à titre principal, le forfait annuel de santé (FAS), versement effectué par la caisse d'assurance maladie pour chaque

² Institut La Boétie, 63, rue La Boétie, 75008 PARIS

Par exemple :

- Les Réseaux de Soins Coordinés
- Systèmes de santé américains, volumes 1 et 2.

Voir aussi l'ouvrage de P. Giraud et R. Launois. Les Réseaux de Soins, médecine de demain. Ed. Economica. 1985. Paris.

personne couverte par le réseau, dont le montant serait le coût actuariel moyen pour la sécurité sociale d'une personne de classe d'âge ou de risque comparable. Ainsi l'URSSAF continue de verser ses ressources aux caisses primaires, lesquelles reversent au RSC le coût moyen des personnes adhérentes au réseau dont elles ne supportent plus la charge.

Le RSC a deux types de dépenses : d'une part, il rémunère en tiers payant, en fonction des contrats passés, les prestataires de soins liés au réseau. Seule alors à la charge de l'adhérent une franchise symbolique, si la totale gratuité est jugée psychologiquement mauvaise. D'autre part, il se substitue à la sécurité sociale pour rembourser a posteriori les offreurs de soins sollicités par des adhérents en dehors du réseau, la franchise supportée étant alors plus élevée (par exemple le ticket modérateur sécurité sociale, sans couverture complémentaire). Il existe ainsi une incitation à rester au sein du réseau, où la prescription est mieux contrôlée en termes de coût/efficacité.

Enfin, le réseau de soins coordonnés peut se réassurer de certains risques (liés, par exemple, aux dépenses hospitalières lourdes) auprès d'organismes d'assurance, voire, en dernier ressort, de la caisse d'assurance maladie. Cela tend à réduire l'effet de taille critique requis pour qu'un RSC soit viable, sans en obérer gravement l'efficacité puisque le diagnostic quant à la nécessité de ces traitements onéreux (plus de 30 000 francs par an, par exemple) serait établi sans ambiguïté par le corps médical.

❑ **Les obstacles à l'innovation sont plus politiques que techniques ou juridiques**

Les économies générées par un tel système proviendraient pour l'essentiel :

- ☞ D'une communauté progressive de jugement entre les membres du réseau, des adhérents aux prestataires, sur les traitements les plus appropriés en termes d'efficacité, ce qui permettrait d'éviter certains errements thérapeutiques.
- ☞ D'une utilisation rationnelle de la technique et de l'hôpital, tempérée d'un côté par le coût qu'ils représentent, de l'autre par la qualité des soins, élément indispensable pour que les adhérents restent fidèles au réseau de soins coordonnés.

Le principal obstacle à une telle expérience, qui pourrait aisément trouver sa place à côté de la sécurité sociale traditionnelle et n'être étendue qu'après avoir prouvé son efficacité, est davantage politique que juridique ou technique. Il s'agit en effet de convaincre la caisse nationale d'assurance maladie de se dessaisir, via le versement du forfait annuel de santé, d'un pouvoir financier qu'elle n'exerce guère.

Et pourtant, cette expérience n'entrerait-elle pas dans la mission même de la caisse nationale, qui est, faut-il le rappeler, de s'assurer que les fonds mis à sa disposition sont dépensés au mieux ?