Réforme du système de santé : Serpent de mer ou choix raisonné ?

Robert LAUNOIS

Université de Paris XIII - UFR de Bobigny - 74 rue Marchel Cachin - 93012 BOBIGNY Cedex (France).

RESUME

Une grille de décryptage est proposée pour analyser les modèles de régulation récemment adoptés dans 3 pays européens, la France, les Pays-Bas et le Royaume-Uni. Cette grille étudie les modalités de fonctionnement des systèmes de santé à la lumière des relations qui s'établissent au sein de ceux-ci entre l'assuré, l'assureur et les professionnels de santé. Dans chacun des pays concernés, une approche pro-compétitive a été adoptée, mais le niveau auquel on décide de la faire jouer varie. Trois types de concurrence peuvent être distingués : la concurrence entre les prestataires de soins vis-à-vis de leur clientèle, c'est l'introduction massive de tickets modérateurs de droit ou de fait, comme dans le plan Séguin (France 1987) ou dans le plan Blum (Allemagne, 1989). La concurrence entre les prestataires de soins vis-à-vis de réseaux multiples et différenciés, solution adoptée par les britanniques. Enfin, la mise en concurrence des organismes assureurs eux-mêmes, avec dissociation de la prime appelée et de la contribution laissée à la charge personnelle du souscripteur, prévue en Hollande par le plan Dekker. Les forces et les faiblesses de chacun de ces modèles sont discutées.

Mots-clés : Concurrence, Intéressement, Forfait annuel de santé, Réforme Thatcher, Plan Dekker.

I - LA CRISE DES SYSTÈMES DE SANTÉ EUROPÉENS

En dépit de modes de financement très différents, les systèmes de santé européens connaissent une crise identique :

- un taux d'accroissement des dépenses de santé très supérieur à celui de la production intérieure brute,

Journal d'Economie Médicale
1992, T. 10, n° 1/2 — 55-67

Communication Colloque "Comparaisons internationales des politiques et des systèmes de sécurité sociale" MIRE - AISS Paris 13-15 juin 1990

- une charge de plus en plus lourde pour l'économie et les entreprises,
- un déficit grandissant des systèmes d'assurance-maladie menacés de banqueroute,
- in fine pour l'assuré, une détérioration de la qualité des soins.

Tous les experts s'accordent sur le diagnostic : l'absence d'espace de liberté dans le cadre de la protection obligatoire généralisée a fait disparaître tous les stimulants financiers qui poussaient les acteurs à une plus grande efficience. L'intervention de l'assurance privée à la marge du système est trop restreinte pour qu'elle puisse permettre de peser réellement sur les coûts. La nécessité d'une réforme s'impose, encore faut-il, avant d'en préciser les modalités techniques, clarifier les valeurs sur lesquelles celle-ci devrait s'appuyer.

1 - 1 - Un système d'assurance obligatoire inflationniste

Quel que soit le pays considéré, les mêmes causes produisent les mêmes effets. Aussi bien en Angleterre qu'en Hollande ou en France, on constate un émiettement des responsabilités, une passivité des mécanismes de financement et un interventionnisme étatique de plus en plus prononcé.

– La fragmentation des systèmes de santé en territoires séparés compromet la continuité des soins et encourage les délestages de responsabilité. En France, selon JC Henrard, le secteur sanitaire reçoit des sommes cinq fois plus élevées que le secteur social, les dépenses consacrées aux services à domicile sont inférieures de moitié à celles qu'entraîne le placement. Cette double asymétrie des flux de financement pousse à la médicalisation du vieillissement et conduit à l'hospitalisation : 38 % des 27 000 malades hospitalisés plus de 20 jours dans les services de court séjour ont une prolongation de durée de séjour médicalement injustifiée, 27 % des personnes hospitalisées dans les établissements de soins et d'hébergement n'auraient pas dû s'y trouver et 40 % des personnes hospitalisées en psychiatrie ne relevaient pas de telles structures. En Hollande, la combinaison des différents régimes d'assurances (AWBZ, régime public, régime privé) crée de nombreuses rigidités, chaque type de risque étant couvert par des organismes différents. Dans de nombreux cas un même risque est pris en charge simultanément par deux organismes, la compétence de chacun étant délimitée de façon arbitraire et généralement contraire à la logique économique : les soins ambulatoires et les soins hospitaliers sont pris en charge à la fois par des caisses régionales et par des compagnies privées, les soins à domicile sont financés par l'AWBZ et le fonctionnement des maisons de retraite est fortement subventionné par l'Etat.

– La passivité des mécanismes de financement pousse partout à la dépense. Jamais, depuis 1945, les prix médicaux français n'ont été placés sous un régime de totale liberté. Ils sont soit cartellisés par les parties signataires, soit administrés par l'Etat. En Hollande, le médecin généraliste est bien

payé à la capitation, mais les soins spécialisés dispensés en milieu hospitalier sont toujours réglés à l'acte malgré la présence d'un budget global au niveau de l'établissement. En Grande-Bretagne, la médecine ambulatoire fonctionne pratiquement à guichets ouverts en ce qui concerne les prescriptions, les analyses et les demandes d'hospitalisation. A l'intérieur des établissements eux-mêmes, rien n'a été véritablement fait pour inciter le Corps Médical à pratiquer une médecine sobre dans le cadre de la contrainte budgétaire globale qui leur imposée.

Tous ces phénomènes se conjuguent pour déterminer un système de santé à prix fixes.

Dans un système d'économie décentralisée, le rôle du prix est double : c'est un instrument de recouvrement des dépenses qui doit permettre de dégager des recettes pour qu'il n'y ait pas de déficit ; c'est également une modalité de commande de l'affectation des ressources qui doit permettre de les diriger vers des secteurs à haute productivité. Or, en matière de protection sociale, ces deux faces d'une même pièce ont été dissociées : les recettes de l'assurance-maladie, c'est-à-dire le prix en termes de cotisations, ont cessé de refléter le coût de la fourniture des soins. Les dépenses de l'assurance-maladie, qui ne sont pas autre chose que les revenus des producteurs, ont été dissociées de la valeur du service rendu.

Un tel système rend les usagers boulimiques et les décideurs aveugles. Les cotisations sociales qui sont prélevées sur les bénéficiaires ne présentent plus aux assurés la note de ce que coûtent leur fournisseurs de soins. Aucun gain financier ne vient récompenser un assuré qui utilise sa liberté de choix pour sélectionner des producteurs peu dispendieux. Toute réduction de coût profite autant aux autres qu'à lui-même par le biais des mécanismes de péréquation. La rémunération des producteurs a été dissociée de la qualité des soins qu'ils dispensent, tout acte médical donne droit à remboursement, qu'il soit justifié ou non. Faute d'un lien entre le montant des rétributions et la valeur du service rendu, les prestataires de services peuvent s'écarter du chemin de l'efficacité sans qu'aucune perte de revenu ne sanctionne leurs erreurs de gestion.

– Aucune des thérapeutiques proposées pour porter remède au déséquilibre des comptes des protections sociales n'attaque le problème en ces termes : on se contente de solutions financières là où il faudrait introduire des incitations économiques. Faute de pouvoir prendre lui-même en mains un dispositif où les centres de décision sont multiples, l'Etat s'insère dans le détail de fonctionnement du système et réduit au coup par coup les libertés d'action de chacun. Il est amené à réagir contre les excès de dépenses de la sécurité sociale, de la même manière que la Banque de France essaie de neutraliser les effets d'une politique budgétaire laxiste par un contrôle monétaire strict. Il croit qu'il suffit de bloquer les prix et de rationner la demande sur le côté court du marché pour maîtriser l'évolution des dépenses de santé, mais la politique mise en place n'a aucune chance de réussir puisqu'elle va à contre-courant de la motivation des acteurs.

1 - 2 - Une assurance privée n'assurant pas la maîtrise des coûts

Les moyens de contrôler les dépenses de santé font défaut aux assureurs. A supposer même qu'ils les aient, rien ne dit qu'ils auraient véritablement la volonté de les utiliser. Leur champ d'intervention est en réalité fort restreint puisque limité au petit risque. Or, c'est le gros risque qui coûte cher. Dans l'hypothèse où ils pourraient effectivement peser sur les coûts, on peut s'interroger sur l'ampleur des avantages qu'ils pourraient en retirer. Une compagnie d'assurances aura peut-être le pouvoir de réduire certaines dépenses thérapeutiques, mais elle n'obtiendra jamais qu'un médecin soigne différemment ses malades selon leur organisme d'affiliation. Les économies qu'elle contribuera à dégager bénéficieront autant à ses concurrents qu'à elle-même. Cette situation aboutira au résultat paradoxal que le promoteur d'une politique de bon usage des soins soit précisément celui qui voit sa position concurrentielle se détériorer puisqu'il supporte l'intégralité du coût de la mise enplace du dispositif de surveillance sans en retirer la totalité du bénéfice.

Plus que par des gains de productivité difficiles et coûteux à obtenir, l'assureur cherchera à maximiser ses gains en s'efforçant d'éviter d'être la victime de phénomènes d'anti-sélection. Lorsque l'assureur propose des tarifs **uniformes** sans distinction d'âge ou de sexe, il peut être tenté de se débarrasser de ce qui lui rapporte moins que ce qui lui coûte. C'est ce que l'on appelle la **sélection** des risques. Mais, si les primes sont fixées dans un régime de totale liberté, les tarifs tendront naturellement à **se différencier** sous la pression de la concurrence et la sélection des risques n'a plus de raison d'être puisque le montant des primes appelées varie en fonction du risque encouru. En pratique, la cotisation demandée constitue un **compromis** entre le système de la cotisation nivelée, uniforme pour tous les âges, et celui d'une modulation strictement technique reflétant le coût réel du risque. De ce fait, la contribution que paye l'assuré peut être sans rapport avec le risque qu'il présente. Des phénomènes **d'anti-sélection** peuvent alors apparaître : les bons assurés payent plus qu'ils ne le devraient, et les mauvais, moins qu'il ne serait adéquat. Les premiers s'estimeront pénalisés et changeront d'assureur. Pour répondre aux besoins de ceux qui restent, l'assureur devra augmenter sa prime, ce qui aura un effet encore plus dissuasif sur les bons risques et aggravera de nouveau ses résultats. Pour briser ce cycle infernal, les compagnies d'assurances sont amenées à utiliser des contrats personnalisés afin d'équilibrer la composition de leur portefeuille d'assurés. Leur stratégie est de différencier l'étendue des garanties qu'elles offrent pour inciter les individus à révéler le risque qu'ils présentent. Il est évident que les individus à haut risque choisiront des contrats offrant une garantie maximale même s'ils sont chers, alors que les faibles risques opteront pour des garanties plus restreintes, mais moins onéreuses. Un tel choix protège les profits, mais segmente les marchés et empêche les transferts entre malades et bien portants.

1 - 3 - La nécessité d'une réforme

La politique de santé actuelle, quelle que soit la légitimité de ses objectifs, est une politique de la désespérance. Où que le regard se porte, on ne voit que barrières et interdits, le système est à repenser de fond en comble. Cette reconstruction ne peut être entreprise sans expliciter les valeurs sur lesquelles elle doit s'appuyer.

Première valeur : la solidarité

L'assurance-maladie n'est pas une assurance tempête. Son but n'est pas seulement de protéger les individus contre l'adversité, c'est aussi de les mettre à l'abri des répercussions financières des risques que l'on considère traditionnellement comme inassurable. Elle exige donc une mutualisation des risques au niveau le plus large auquel on puisse songer : celui de la collectivité considérée dans son ensemble.

Deuxième valeur : la diversité légitime des aspiration individuelles

Solidarité ne veut pas dire égalitarisme. Rechercher une parfaite égalité en matière de recours aux soins, c'est nier la diversité des préférences, c'est refuser tout mode d'exercice alternatif. L'égalité, c'est l'uniformité, et de l'uniformité naît la sclérose. Il faudra bien un jour décider quelles sont les inégalités acceptables

Troisième valeur : le rejet de l'étatisme

L'économie administrée ne peut être la règle générale du secteur sanitaire. Le temps n'est plus où la tâche essentielle de celui-ci était de répondre à l'axiome "toujours plus, toujours mieux". Elle est aujourd'hui d'améliorer l'efficience. Or, seuls les professionnels de santé ont une connaissance suffisante des besoins de la population et des moyens techniquement utilisables pour pouvoir appliquer une politique de productivité et de compétitivité. Force est d'accroître leur autonomie pour les mettre à la tête de véritables entreprises performantes, mises en concurrence.

Quatrième valeur : la nécessité de discipliner les forces du marché

Le marché ne peut pas être laissé à sa seule spontanéité, car à peine créé, il pourraît disparaître sous la pression d'entreprises dominantes. Chaque fois qu'il en est ainsi, il appartient à la puissance publique d'ajouter des règles de comportement qui en établissent la neutralité. Cette action de l'Etat, organisant le marché et s'appuyant sur ses ressorts, paraît être la seule possible.

II - COMMENT PROMOUVOIR UNE APPROCHE COMPÉTITIVE

Si l'introduction de plus de concurrence dans le système de soins paraît inévitable, tout le problème est de savoir à quel niveau on veut la faire jouer. A cet égard, trois types de concurrences doivent être distingués :

- La concurrence entre les prestataires de soins vis-à-vis de leur clientèle : c'est la dissocition des honoraires et des tarifs de remboursement et le retour à l'entente directe. Telle est la voie française.

- La concurrence entre les prestataires de soins vis-à-vis de réseaux d'acheteurs multiples et différenciés. C'est le programme actuel du gouvernement anglais.

- Troisièmement, la mise en concurrence des organismes assureurs eux-mêmes avec dissociation de la prime appelée et de la contribution mise à la charge personnelle du souscripteur. C'est le projet Dekker.

2 - 1 - La concurrence entre les prestataires de soins vis-à-vis de leur clientèle : le cas français

Cette première solution consiste à faire payer le malade en mettant à sa charge un ticket modérateur de droit ou de fait. Pour endiguer les gaspillages, il suffirait de responsabiliser les citoyens en augmentant le coût des soins pour l'assuré. Espérer obtenir une régulation de la demande par le prix, du simple fait de l'augmentation de la part payée par le malade, n'est pas réaliste pour trois raisons (1) :

– Le recours aux assurances complémentaires privées pour les petits risques revient à maintenir aux assurés leurs anciens avantages. On voit mal pourquoi, assurés du remboursement intégral ils seraient enclins à réduire leurs dépenses.

– Si le transfert vers l'assurance privée ne se produit pas, on peut espérer que l'usager réagira à l'augmentation de sa participation. Or, on observe souvent que l'élasticité de la consommation médicale à un relèvement du ticket modérateur est faible. En 1959, le gouvernement a diminué le tarif de responsabilité de l'acte de radiologie de 2,38 F à 1,60 F. Les radiologistes n'ont pas réduit leurs honoraires, le ticket modérateur de fait à donc été relevé, pour les usagers, de 300 %. Au total, le triplement du prix a entraîné sur l'année une baisse de 5 à 10 % du taux de croissance de la consommation. Ce qui implique une élasticité de la demande de 0,02.

– Enfin, lorsque le ticket modérateur pèse sur le consommateur, il est nécessaire qu'aucun mécanisme compensateur ne vienne en compromettre les effets. Or, les médecins ne peuvent rester insensibles à la baisse de leur activité. Selon toute vraisemblance, ils accéléreront le rythme de surveillance de leurs malades. De plus, lorsque les taux de prise en charge sont diversifiés, les substitutions entre les formes de soins apparaissent. Si on se limite à augmenter le ticket modérateur sur les petits risques, tout en maintenant à 100 % la couverture des frais d'hospitalisation, le nombre des admissions dans les établissements augmentera, l'assuré choisira naturellement les formes de soins qui bénéficient des prises en charge les plus favorables, et le médecin n'aura aucune incitaion à s'y opposer.

– Si chacun de ces 3 inconvénients peut être neutralisé, alors l'augmentation du ticket modérateur réduit la demande des usagers. Mais rien ne garantit que la réduction des dépenses relevant du seul arbitrage de l'assuré soit faite à bon escient. De surcroît, cette diminution de la consommation médicale peut avoir des effets intolérables en termes de solidarité nationale. En tout état de cause, elle est politiquement dangereuse. William Glaser ne rappelait-il pas récemment que "les hommes politiques qui proposent l'institution de tickets modérateurs perdent des voix, les gouvernements qui les décrètent sont battus aux élections suivantes".

2 - 2 - La concurrence des prestataires de services vis-à-vis de réseaux d'acheteurs : la voie anglaise

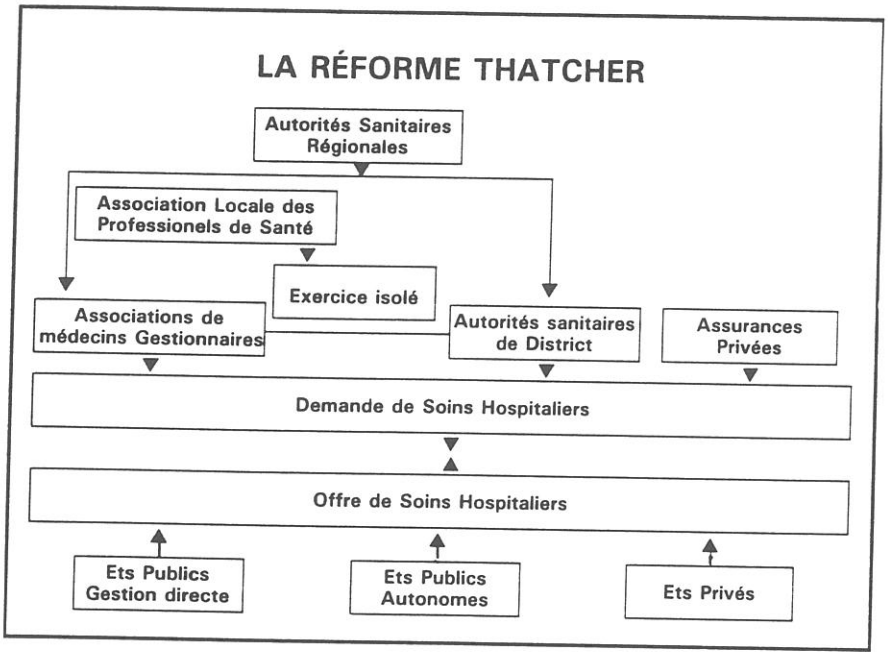
Depuis 1974, l'ensemble des fonctions du NHS était intégré dans le cadre d'une structure administrative unique. Le gouvernement avait une responsabilité générale sur la bonne marche du dispositif, mais sa gestion était essentiellement déléguée aux autorités régionales. La réforme de 1990 (2,3), par certains côtés, prolonge et accentue cette tendance puisqu'elle renforce le pouvoir des unités sanitaires de base ; mais par d'autres, elle s'inscrit en rupture totale avec le passé puisqu'elle met fin à l'intégration des fonctions de soins et de financement qui caractérisait le système britannique depuis 1945.

– Du côté de la **demande**, la loi multiplie les interfaces de négociation entre les structures administratives de l'appareil sanitaire. La répartition des crédits est toujours opérée au niveau régional, mais les Régional Health Authorities (RHA) perdent définitivement la direction opérationnelle des services. Celles-ci est confiée soit aux organismes traditionnels : Districts (DHA), comités locaux de professionnels de santé (Family practitioners committees), soit à de nouvelles structures créées de toutes pièces : les groupements médicaux pré-financés.

Chacune des régions reçoit un budget pour couvrir l'ensemble des besoins sanitaires de la population dont elle a la charge, y compris des soins ambulatoires dont le financement cesse d'être assumé directement et pratiquement à guichets ouverts par le gouvernement central, comme c'était le cas auparavant. Les règles d'affectation des crédits sont également modifiées : une nouvelle forme de calcul est proposée. Les caractéristiques d'âge et de sexe de la population sont introduits aux lieux et places des taux régionaux de mortalité en tant qu'indicateurs de besoins sanitaires. Le financement est désormais lié à la personne. Chaque région reçoit un forfait annuel de santé par ayant-droit, dont le montant varie avec la classe de risque dont il relève.

La redistribution des fonds régionaux vers les organismes d'exécution s'opère suivant les mêmes principes, à ceci près que l'importance des sommes en jeu varie en fonction des responsabilités sanitaires assumées. Les moyens versés aux districts doivent leur permettre de financer les soins hospitaliers et les services de santé communautaires (prévention, aide ou soins à domicile). Les crédits mis à la disposition des groupes médicaux pré-financés sont destinés à couvrir à la fois des frais ambulatoires et une partie

BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITÉ PARIS XIII
MÉDECINE
BOBIGNY


LA RÉFORME THATCHER
Autorités Sanitaires Régionales
Association Locale des Professionels de Santé
Exercice isolé
Associations de médecins Gestionnaires
Autorités sanitaires de District
Assurances Privées
Demande de Soins Hospitaliers
Offre de Soins Hospitaliers
Ets Publics Gestion directe
Ets Publics Autonomes
Ets Privés

des dépenses hospitalières. Des médecins gestionnaires sont investis de responsabilités qui débordent leur domaine habituel d'intervention. Ils négocient au nom de leurs patients un certain nombre de prestations hospitalières et ils payent. C'est le cas pour les examens diagnostiques (ce qui n'est pas surprenant puisqu'en Grande-Bretagne il n'y a pas de laboratoire privé, toutes les analyses sont donc faites à l'hôpital), c'est aussi celui d'un certain nombre d'actes de chirurgie froide et de consultations de spécialistes. Ces réseaux d'acheteurs financièrement responsabilisés soumettent les producteurs à une rude émulation.

– Du côté de l'**offre**, le pluralisme est également restauré. Les hôpitaux publics peuvent rester sous la férule des autorités de districts, mais ils peuvent également opter pour le grand large et choisir le statut d'établissement public industriel et commercial auquel la loi leur permet d'accéder. Dans le premier cas, ils continuent d'être financés par leurs autorités de tutelle, dans le second, ils doivent tirer leurs revenus de la seule facturation des services rendus. La gestion et le financement des établissements privés ne sont pas modifiés mais ils peuvent proposer leurs prestations au secteur public. Les autorités régionales elles-mêmes peuvent tenter de débloquer leurs contraintes budgétaires en facturant les régions limitrophes pour les prestations fournies à leur résidents.

– Utilisateurs et fournisseurs retrouvent en définitive la possibilité de négocier leur demande et leur offre de façon décentralisée. Il y a bien création d'un *quasi-marché* au sein d'un système de protection sociale dont le financement demeure totalement socialisé. La contractualisation générale des prestations hospitalières doit aboutir à une réaffectation des ressources au profit des établissements les plus performants quel que soit leur statut juridique public ou privé.

Les contrats sélectifs qui lient les parties prenantes sont définis en termes de prix, d'activité et de qualité. Trois types d'accords sont prévus (4) : les contrats de réservation de capacité, les contrats d'achats groupés de traitements et la facturation individuelle. Le premier type de contrat doit permettre aux autorités sanitaires de district et aux médecins gestionnaires de disposer d'une capacité de diagnostic et de soins pour les services essentiels, moyennant le versement d'une contribution annuelle forfaitaire. Les achats groupés de traitements portent essentiellement sur des actes techniques programmables ou des prestations spécialisées non disponibles dans tous les districts. De tels soins par nature échappent au domaine de l'urgence et offrent une possibilité de choix à ceux qui sont chargés d'en garantir l'accès. Ces contrats sont négociés en fonction d'objectifs d'activité, leur tarification en l'absence d'excédents de capacité est faite au coût complet, dans le cas contraire, au coût marginal. Le système GHM sur lequel ils s'appuient n'est donc utilisé qu'en tant qu'instrument de facturation. Le paiement au cas par cas permet enfin de faire face à des situations exceptionnelles qui échappent aux domaines de définition des deux précédents types de contrats.

L'objectif de la réforme est clair, il s'agit d'améliorer l'efficacité sans compromettre la solidarité en s'appuyant sur la concurrence, la différencia-

tion des structures de négociation et le pluralisme de l'offre. Elle introduit dans le cadre d'un budget fermé des conditions de négociation équitables parce qu'équilibrées, en supprimant le financement des structures de production par un acheteur unique. La modulation des prix en fonction des performances devient possible sans que puisse être dénoncé l'assujettissement à une quelconque "suzeraineté capricieuse".

Deux conceptions de la concurrence s'opposent, l'une se contente de l'utiliser comme un instrument au service de l'efficacité, l'autre en fait une fin en soi permettant au consommateur d'exprimer sa préférence aussi bien vis-à-vis du choix des producteurs que celui de son niveau de protection. La solution anglaise s'inspire de la première philosophie, elle écarte le consumérisme médical en confiant la responsabilité du budget aux administratifs et aux médecins. Elle refuse la privatisation du financement de la protection sociale en interdisant aux associations de médecins gestionnaires de chercher à compléter les financements publics par des ressources complémentaires mutualistes ou privés. Le dispositif Thatcher s'efforce de servir le mieux possible les intérêts du plus grand nombre dans le cadre de ressources collectives limitées, il refuse de faire le maximum pour une minorité de privilégiés. Cette conception du budget fermé implique des choix, dans cette logique, l'assurance privée ne peut jouer un rôle à la marge puisque si elle devait se développer de façon significative la hiérarchie des urgences définie dans le cadre collectif pourraît être remise en cause par la minorité la plus favorisée.

Une attitude aussi ouvertement solidariste permet de rester fidèle aux idéaux des pères fondateurs du système, mais l'avènement de l'Europe la rendra vite intenable. Après 1993, un Français pourra souscrire auprès d'une compagnie d'assurances anglaise un contrat qui lui permettra de se faire rembourser le coût des soins dispensés en Allemagne ou dans un autre pays. Au lieu d'évoquer le spectre de la privatisation de la protection sociale, sans être à même de l'empêcher, il faudrait mieux la considérer comme inévitable pour mieux organiser sa mise en place. Ce sont donc les *modalités d'articulation des financements privés et publics* qu'il convient d'explorer pour améliorer la qualité du service rendu dans le cadre d'une gestion unifiée du risque. L'exemple hollandais offre en ce domaine de riches enseignements.

2 - 3 - La mise en concurrence des organismes assureurs : l'expérience néerlandaise

En 1986, le gouvernement confie à huit experts réunis sous la présidence de M. Dekker, ancien PDG de Philips, une mission d'étude sur la réforme du système de protection sociale et de distribution des soins. Le rapport du groupe est remis en mars 87 sous le titre "la volonté de changer". La publication un an plus tard d'un mémorandum intitulé "le changement assuré" (5,6) montre à l'évidence que les pouvoirs publics en assument la responsabilité. En raison d'un changement de majorité, la mise en oeuvre de la réforme a été retardée, mais non remise en cause. Elle est actuellement en

LES PAYS-BAS

LE PLAN DE LA COMMISSION DEKKER

Structure de financement de soins

Protection obligatoire	85 %
Assurance complémentaire	15 %

PLAN DEKKER

Contenu	Financement
85 % Protection de base	10 % Cotisations Individuelles Obligatoires 90 % Contribution Sociale Généralisée
15 % Assurance complém.	15 % Primes d'assurance

L'ASSURANCE AUX PAYS-BAS

Caisses maladie	Instances de droit Public	Assureurs Privés
62 %	6 %	32 %
8,9 millions d'assujettis	0,9 million d'assurés	4,9 millions d'assurés

Frais de maladie exceptionnels : AWBZ
14,7 millions d'assujettis

APRÈS 1992, AUCUNE DISTINCTION ENTRE CAISSES MALADIE ET ASSUREURS PRIVÉS

- Il n'y a qu'un seul type d'assureur

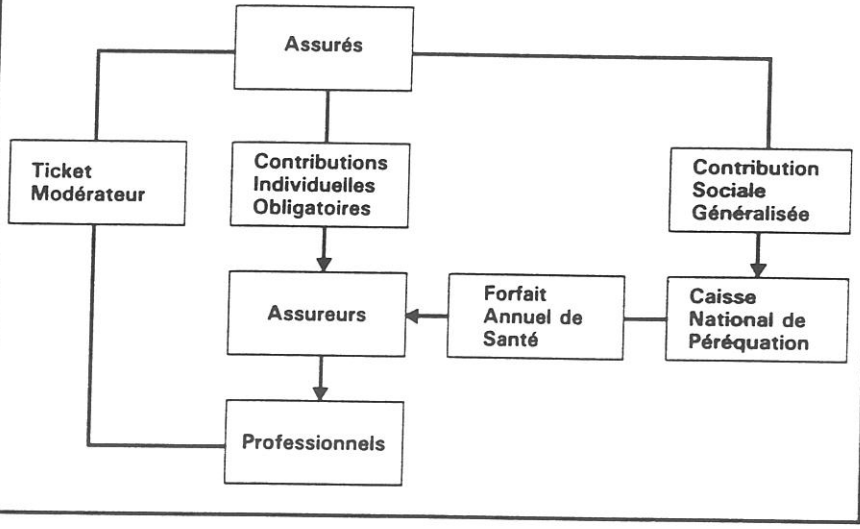
  Les assurés choisiront librement leurs organismes d'affiliation

- L'assureur est tenu de respecter 2 règles :
  - Interdiction du refus d'assurance
  - Non différenciation des primes

PLAN SIMMONS-HORIZON 1996

Contenu	Financement
96-98 % Protection de base	15 % Cotisations Individuelles Obligatoires 85 % Contribution Sociale Généralisée
2-4 % Assurance complém.	2-4 % Primes d'assurance

LA RÉFORME NÉERLANDAISE



cours et porte essentiellement sur trois points : le champ d'application de l'assurance-maladie, son organisation financière et ses modalités de régulation.

– La première modification qu'elle introduit concerne la **définition des affiliés et l'étendue de la protection**. Précédemment, tous les citoyens hollandais étaient couverts pour leurs dépenses "exceptionnelles", séjours hospitaliers dépassant 365 jours, placements en maisons de retraite. Cette assurance-dépendance (AWBZ) représentait plus de la moitié des coûts de l'assurance publique. Elle était obligatoire et financée par les employeurs et les travailleurs indépendants sur la base de cotisations fixées en pourcentage du revenu. En matière d'assurance-maladie par contre, 3 régimes d'assurance coexistaient : un régime d'assurance publique, financé par des cotisations assises sur les gains professionnels était obligatoire pour les salariés dont les revenus n'excédaient par 51 000 guilders (150 000 F). Ce régime couvrait en 1987, 62 % de la population. Par ailleurs, tous les agents de l'Etat et des collectivités locales étaient automatiquement pris en charge, quel que soit leur salaire, dans le cadre d'un régime spécial regroupant les 6 % de la population correspondante. A côté de cette assurance publique, il existait un régime d'assurances privée facultative destinée aux titulaires de hauts revenus, aux professions libérales et aux chefs d'entreprise, qui couvrait 32 % de la population.

Les propositions du Comité Dekker, largement reprises en 1988 par le gouvernement néerlandais, rompent radicalement avec ce système de protection duale. Les séparations entre secteur sanitaire et secteur médico-social d'une part, hauts et bas revenus d'autre part, sont supprimées. Une assurance obligatoire est créée pour toute la population résidente ; elle est dégagée de toute condition d'activité professionnelle passée ou d'apport préalable à la société : c'est "la généralisation absolue" de la protection sociale (7). La portée de celle-ci est étendue à des risques qui en sont traditionnellement exclus, même dans les pays dont la législation sociale est la plus avancée ; elle couvre non seulement la maladie, mais aussi la dépendance. A l'évidence, les pouvoirs publics néerlandais ont ressenti l'impérieuse nécessité d'aborder en bloc les deux problèmes pour leur apporter un ensemble de solutions coordonnées. Au total, c'est 85 % des dépenses médicales et médico-sociales qui sont prises en charge par le régime obligatoire. Pour le surplus, les usagers ont la possibilité mais non l'obligation, de souscrire une assurance complémentaire. La gestion du système est indifféremment confiée à des sociétés d'assurances commerciales ou aux caisses para-publiques traditionnelles, et l'assuré est libre de choisir son organisme d'affiliation. Le service des prestations légales et extra-légales relève obligatoirement des mêmes organismes d'exécution, qui se retrouvent placés en position d'interlocuteur unique vis-à-vis de leur clientèle. La gestion du risque est totalement unifiée. Pour être habilités, ils devront respecter deux règles : l'interdiction du refus d'assurances et la non-différenciation des primes appelées en fonction des caractéristiques personnelles des souscripteurs.

– **Le financement** de la protection obligatoire est assuré par deux cotisations :

• **Une contribution sociale généralisée** est fixée par le gouvernement en pourcentage des capacités contributives réelles de chacun dans la limite d'un certain plafond. Il est ainsi mis fin pour l'avenir à l'ancien système des cotisations professionnelles financées conjointement par les employeurs et les salariés. Les recettes de l'assurance-maladie sont totalement fiscalisées. Une caisse nationale de péréquation des risques est instituée pour recevoir cette cotisation et verser les fonds aux organismes d'assurances habilités en tenant compte des caractéristiques d'âge et de sexe de leur clientèle sous la forme d'un forfait annuel de santé identique pour tous les organismes assureurs. L'intérêt d'une telle formule de financement est clair : la valeur des forfaits de santé augmente avec l'importance des besoins de la population assurée. Dès lors, les recettes des compagnies d'assurances sont proportionnelles à leur coût et la tentation de la sélection des bons risques est écartée.

• **Une cotisation individuelle obligatoire** vient compléter le dispositif. Directement versée par l'assuré à l'organisme d'exécution de son choix, elle est nivelée, c'est-à-dire uniforme pour tous ses adhérents quel que soit leur âge, leur sexe et leurs antécédents de santé. Son montant correspond à la fraction du coût réel des prestations de base non couvertes par les versements de la caisse de péréquation. Il est d'autant plus élevé que les organismes assureurs contrôlent mal leur propre coût de gestion et celui du système de santé. Avec l'introduction d'une prime nivelée identique pour tous les souscripteurs auprès d'un organisme assureur, mais variable selon les organismes, un principe d'économicité est introduit dans le choix des souscripteurs. A taux de couverture égal, les assureurs sont donc directement incités à maîtriser les dépenses afin de maintenir le montant de la contribution exigée de leurs souscripteurs à un niveau acceptable par ceux-ci.

Sur ce socle de prestations obligatoires, communes à tous les assurés, peuvent éventuellement se superposer des avantages supplémentaires à condition de verser une **cotisation facultative** pour en couvrir le coût. Chaque individu a donc la possibilité de choisir au-delà de la protection de base le niveau de couverture qui correspond le mieux à ses aspirations et à ses possibilités financières. L'attribution par l'Etat d'une valeur tutélaire aux soins médicaux est compatible avec la libre expression des préférences individuelles, dès lors que pour les prestations de confort, la notion de solidarité s'efface devant celle de la responsabilité.

– L'esprit de la réforme est résolument **pro-compétitif**. Celle-ci espère maîtriser la dépense et améliorer l'efficacité en introduisant la concurrence en deux points : celui du libre choix de l'organisme assureur, et celui du contrôle des producteurs par ce dernier.

Le conventionnement automatique de tous les praticiens qui en font la demande disparaît. La valeur des actes ou des forfaits cesse d'être fixée au niveau national.

Rivalisant entre eux, les assureurs devront proposer, pour attirer la clientèle des contrats offrant la couverture légale au meilleur coût. Ils passeront des accords **sélectifs** avec des professionnels soucieux de pratiquer une médecine sobre. Les praticiens ne bénéficiant plus d'une quasi-garantie d'emploi seront incités à intégrer la dimension économique dans leur raisonnement et à s'interroger sur l'efficacité de leurs prescriptions. Les assurés, à qui il appartient de choisir l'organisme de prise en charge, devront eux aussi adopter de nouvelles attitudes, ils pourront continuer de s'adresser s'ils le souhaitent au médecin de leur choix, dans le cadre d'une assurance traditionnelle où ils pourront opter pour un contrat leur assignant des professionnels agréés, avec ou sans libre accès aux spécialistes. Tout est possible, rien n'est imposé, la diversité des préférences peut s'exprimer.

III - CONCLUSION

Les projets de réforme britannique et néerlandais reposent sur un financement des soins lié à la personne : le versement par une caisse nationale de péréquation des risques d'un forfait annuel de santé modulé en fonction de l'âge et du sexe des assujettis. Les distingue, le choix des institutions chargées de les gérer : dans le cas britannique, les forfaits sont versés aux autorités régionales ou à des groupes médicaux préfinancés, dans le cas néerlandais, ce sont les organismes assureurs qui en ont la responsabilité. La proposition française de Réseaux de Soins Coordonnés (8,9), antérieure à ces projets, utilisait le même dispositif, mais en confiait la gestion à des acteurs différents, les médecins généralistes. Autre différence, l'étendue des responsabilités assumées : le projet français confiait la gestion de la totalité dela filière de soins, hospitalisation comprise, aux praticiens. La loi britannique se contente de laisser à ceux-ci la gestion des actes de chirurgie non urgente et des examens pratiqués en milieu hospitalier, les soins lourds échappant à leur domaine de compétence. Enfin, la marge laissée dans chacun de ces trois systèmes à l'assurance complémentaire facultative est variable : le système anglais l'exclut totalement dans le cadre du NHS, le projet hollandais la restreint aux soins de confort, la proposition française confondait sous la même appellation de ticket modérateur a priori à la fois la cotisation individuelle obligatoire et la cotisation facultative prévues par le projet Dekker. Au-delà de ces différences de détail, on constate chez nos voisins des réalisations, alors qu'on en reste en France au stade des propositions.

IV - BIBLIOGRAPHIE

1 - BARER M., EVANS R., STODDART G. : Controlling health care cost by direct charges to patients. Snare or delusion ? (Toronto, Ontario, Economie council) 1979.

2 - Working for patients : 1989, HMSO Londres.

3 - Working for patients : Working papers 1 to 8. The Health Service : Caring for the 1990's, HMSO 1989.

4 - Working for patients : Contracts for Health Services : operating contracts. The Health Service : Caring for the 1990's, HMSO 1990.

5 - Changing Health Care in the Netherlands. Ministry of Welfare Health and Cultural Affairs, 1989.

6 - KIRMAN-LIFF B., VAN DE VEN W.P. : Improving efficiency in the Dutch Health Care System : current innovations and future options. *Health policy* 1989, *Vol 13*, 35-53, 1989.

7 - DUPEYROUX J.J. : Droit de la sécurité sociale. 8è édition *Dalloz* 1980.

8 - GIRAUD P., LAUNOIS R. : Les réseaux de soins, médecine de demain, Economica 1985.

9 - LAUNOIS R. et al. : Les réseaux de soins coordonnés (RSC) : propositions pour une réforme profonde du système de santé, *Revue française des affaires sociales*, 1985, *Vol 39 n° 1*, 37-61.

EDITIONS ALEXANDRE LACASSAGNE 01.04.92 / JEM 1-2/92
162 avenue Lacassagne - 69424 LYON CEDEX 03

BULLETIN DE PAIEMENT/COMMANDE

Indiquez dans le cadre ci-dessous l'adresse pour l'envoi des livres ou revues

DÉSIRE RECEVOIR — A REGLER

. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

TARIF 1992. Port en sus uniquement pour les livres :

	France Tarif colissimo	CEE	Etranger Avion
1 volume	40,00 FF	32,00 FF	50,00 FF
2 volumes	50,00 FF	38,00 FF	88,00 FF
3 volumes	58,00 FF	46,00 FF	130,00 FF
4 volumes	66,00 FF	54,00 FF	180,00 FF
5 et 6 volumes	84,00 FF	72,00 FF	250,00 FF

+ de 6 volumes : nous consulter

A rajouter au Port pour envoi en R.A.R.
Val.cde <100 F = 40 FF
Val.101<cde>1000 F = 48 F
Val.1001<cde>2000 F = 56 F

I - CONDITIONS DE VENTE GÉNÉRALES
a - Toute commande de livres et/ou de revues (revues au n°) doit faire l'objet d'un règlement préalable, ***sauf*** *exception demandée par écrit et engagement du règlement dans un délai de 1 mois après date d'envoi, fera l'objet d'une* ***facture*** *(non proforma).*
b - Nos prix s'entendent (port dû) : • soit par envoi rapide (- de 5 jours) CHRONOPOST, 180,00 FF par ouvrage en plus (France/CEE/Etranger), • soit en colissimo (Garantie de livraison J + 2), • soit en recommandé avec accusé réception (R.A.R.) demandé lors de la commande (noté sur facture et réglé).Dans ce cas les ouvrages pourront faire ***l'objet de remplacement en cas de perte et réclamés dans un délai inférieur à 3 mois,*** *•soit* ***en envoi simple*** *(CEE/Etranger), les ouvrages voyagent aux risques et périls du destinataire, •soit "contre-remboursement", demandé lors de la commande.*
II - CONDITIONS DE VENTE SPÉCIALES (LIBRAIRIE)
a - Livraison à réception de la commande avec bon d'expédition, prix de vente des livres TTC et montant de la remise, b - Facture établie tous les mois reprenant les différents bons d'expédition, c - Règlement par traite acceptée.

Ci joint mon règlement à l'ordre des **Editions Alexandre Lacassagne**. A retourner aux **Editions Alexandre Lacassagne - 162 avenue Lacassagne - 69424 Lyon cedex 03**

Date . . . . . Signature