

**« Projet de recherche : Etude de
pré faisabilité d'une réforme des systèmes
de financement et de distribution de soins »**

Robert LAUNOIS Gérard VIENS

INSTITUT LA BOETIE 1985

LE CONTEXTE

Il existe un consensus pour reconnaître l'urgence d'une réforme de systèmes de financement et de distribution des soins. Une série de facteurs en ont permis l'émergence.

- Prise de conscience concurrente des effets pervers d'une mainmise excessive de l'Etat
- Constat des difficultés financières chroniques de la sécurité sociale dues en bonne partie à l'absence de responsabilité économique des individus et des professionnels
- Intérêt vis-à-vis de multiples expériences internationales d'inspiration libérale dont la France peut s'inspirer en les adaptant intelligemment au contexte national.

LES OPTIONS STRATEGIQUES

Notre objectif est d'étudier dans le cadre de 3 grandes options stratégiques bien définies, l'éventail des solutions techniques envisageables, laissant ainsi au Groupe Santé de l'Institut le soin de faire les choix qui lui semblent les plus appropriés.

Les options sont les suivantes :

- le respect du principe de subsidiarité
- la réintroduction de mécanismes marchands
- le maintien d'un esprit d'entraide et de solidarité.

LES VARIABLES DE CHOIX

A l'analyse, les différents systèmes existants sont sous-tendus par 4 variables clés :

- L'éventail des combinaisons possibles entre le mode de couverture obligatoire et la part d'arbitrage personnel des assurés, quant à l'étendue de leur couverture et le coût de celle-ci.
- La marge d'autonomie des malades dans le choix des prestataires de services et le système de financement qui lui est lié.
- Le degré de pilotage du système par l'état à l'aide d'incitations fiscales.
- L'importance de la solidarité dans les systèmes de financement.

Parmi l'infinité des possibilités, nous avons retenu a priori un certain nombre d'états caractéristiques :

1 Modes de couverture obligatoire et part d'arbitrage des assurés

▪ *Libre assurance – Libre choix de l'organisme assureur*

- ✓ Les contributions patronales et salariales cessent d'être obligatoires.
- ✓ Les partenaires sociaux décident librement de l'importance de leur protection et des sacrifices nécessaires pour en assurer le financement.
- ✓ L'entreprise participe volontairement au financement de l'assurance maladie. Elle propose à la collectivité de ses salariés plusieurs modes de prise en charge. Elle contribue pour partie à leur financement. L'assuré complète la contribution patronale par une participation personnelle contractuelle.

▪ **Maintien de l'assurance obligatoire et mise en concurrence des organismes assureurs**

✓ Les contributions patronales et salariales ont un caractère obligatoire. Les entreprises et les associations professionnelles négocient avec les mutuelles et les compagnies d'assurances les contrats de santé qu'elles proposent à leurs employés ou leurs adhérents. Chaque organisme assureur fixe librement le montant des primes annuelles qu'il exige.

✓ La prime d'assurance est financée d'une part, par le Fonds National d'Assurance Maladie et d'autre part par une participation personnelle de l'assuré. Les cotisations obligatoires sont versées par les entreprises à l'URSSAF qui conserve son rôle collecteur. L'URSSAF reverse à l'assureur choisi par l'adhérent un forfait annuel de santé (FAS) dont le montant est identique quel que soit l'organisme assureur choisi. La valeur du forfait varie en fonction de l'âge et du sexe des personnes protégées.

✓ Pour souscrire un contrat d'assurance, l'assuré potentiel verse la différence entre le montant de la prime demandée et le montant du forfait accordé par la Sécurité Sociale. Puisque les assurés apportent non seulement leur financement mais aussi indirectement le financement de base de la Sécurité Sociale, les organismes assureurs sont soumis à une rude émulation. Pour attirer les souscripteurs, ils devront leur offrir les contrats les moins dispendieux.

✓ Reste à fixer le montant des cotisations obligatoires à affecter au financement du Fonds National d'Assurance Maladie. D'après A. Enthoven, les résultats obtenus dans les HMO prouvent que des économies de coût de 25 % peuvent être réalisées dans la gestion du système de santé. Les cotisations obligatoires pourraient être réduites de 25 %. Il est alors possible, sans modifier les charges du secteur productif, de majorer les salaires versés d'un montant égal à celui de la réduction du prélèvement social. Opération blanche pour les entreprises, la réforme les exonère de toute crainte de se voir imposer dans l'avenir un relèvement des charges sociales.

✓ De la réintégration de 25 % des cotisations sociales dans le revenu direct résulte une augmentation des ressources disponibles des salariés qui leur permet de contribuer au financement des primes d'assurance souscrites par leurs employeurs. Il est dans la logique du système que les organisations ouvrières représentatives fassent pression sur les assureurs pour diminuer les versements individuels des assurés, exigeant ainsi la concrétisation des économies potentielles espérées et promises.

▪ **Maintien du monopole de la sécurité sociale et mise en concurrence des équipes de soins**

✓ Le monopole de la Sécurité Sociale est maintenu. Sur le plan des recettes, le système actuel reste en place. Les cotisations continuent à être versées en pourcentage des salaires. Leur répartition : part salariale et part patronale, reste inchangée. Les mécanismes de compensation inter-régimes subsistent dans leur intégralité.

✓ La Sécurité Sociale négocie avec les réseaux de soins coordonnés des contrats de santé qu'elle propose à ses assujettis. Chaque RSC fixe librement le prix de la prise en charge intégrale (PPI) d'un adhérent au cours d'une année. Les caisses d'Assurance Maladie participent au financement de cette prise en charge par le versement d'un forfait annuel de santé (FAS) dont le montant est identique quel que soit le réseau choisi.

✓ Pour s'inscrire dans un réseau, l'adhérent potentiel verse ex ante la différence entre le prix de la prise en charge annuelle et le montant du forfait. Un principe d'économicité est introduit dans le choix des usagers. Entre deux réseaux, la préférence de l'assuré va à celui qui demande la participation la plus faible pour des prestations de même qualité.

▪ **Maintien du monopole de la sécurité sociale et Pooling des financements au niveau régional**

✓ Les cotisations à la charge des employeurs et des assurés ont un caractère obligatoire comme dans le cas précédent, elles sont réduites de 25 % et réintroduites à due concurrence dans le salaire direct. Ces cotisations constituent les recettes affectées du Fonds National de l'Assurance Maladie.

✓ La Caisse Nationale **alloue aux caisses régionales d'Assurance Maladie** un forfait annuel de santé (FAS) par ayant droit dont le montant est fonction de la classe de risque dont il relève. **Les inégalités démographiques entre les régions sont ainsi neutralisées.**

✓ La Région peut **compléter** cette enveloppe de base par un appel à la **fiscalité locale**. Il s'agit d'un choix politique que les électeurs de la région pourraient sanctionner aux élections suivantes. Cette confrontation entre **l'opportunité d'une dépense et le désagrément d'une recette** rendrait effective la responsabilité financière des décideurs. La somme à recouvrer **serait calculée sur la base des coûts du système de distribution de soins** le moins dispendieux.

✓ L'application de ce principe conduirait donc à mesurer le coût moyen des prises en charge selon le mode d'exercice (médecine de groupe, pratique isolée, exercice salarié). La fraction du plus petit de ces coûts qui n'est pas couverte par le FAS serait financée par la Région. Toute dépense qui excèderait les sommes respectivement prises en charge par la Nation et la Région devrait être payée par l'assuré.

2 Mode d'organisation du système de soins

▪ **Libre choix et paiement à l'acte**

- Maintien du système actuel sur trois points
 - Libre choix du malade
 - Paiement à l'acte
 - Remboursement a posteriori

- **Contractualisation sélective et tarif préférentiel :**

Maintien du paiement à l'acte et du remboursement a posteriori mais restriction du choix du malade à des prestataires agréés pratiquant des tarifs préférentiels.

- **Réseaux de soins et capitation :**

Création de systèmes intégrant l'ensemble des fonctions sanitaires avec pré-paiement forfaitaire et restriction du choix des adhérents à des prestataires intégrés dans le réseau.

3 Variables fiscales

- **Déductibilité complète**

Les contributions patronales sont toujours déductibles de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux, les contributions salariales et les primes des assurances complémentaires sont déductibles de l'IRPP ; Il y a une incitation fiscale à l'assurance mais pas à la réforme du système de distribution de soins.

- **Déductibilité partielle**

Incitation par le biais de crédit d'impôt plafonné:

- a) auprès des assurés lorsqu'ils ont la gestion de l'ensemble des cotisations : crédit d'impôt sur l'IRPP.
- b) auprès des entreprises lorsque celles-ci versent directement l'ensemble des cotisations aux organismes assureurs : crédit d'impôt sur les BIC

Les crédits pour être incitatifs à la réforme du système de distribution de soins doivent, dans les deux cas, être plafonnés à un certain pourcentage du coût actuariel des soins par tranche d'âge. Les assurés ou les entreprises sont alors incités à négocier avec les compagnies d'assurance les contrats les plus économiques.

4 Nature de la solidarité dans le système de financement

- **Solidarité au niveau de l'entreprise**

Reconnaissance des spécificités de chaque entreprise en matière de morbidité et de consommation médicale et hospitalière.

Un calcul actuariel propre à chaque entreprise est à la base de la fixation du taux de la prime d'assurance maladie.

- **Solidarité au niveau professionnel**

Reconnaissance des spécificités de chaque profession ou secteur industriel en matière de morbidité et consommation médicale et hospitalière.

Primes d'assurance dont les montants sont fixés à partir d'un calcul actuariel spécifique à chaque profession ou secteur industriel.

- ***Solidarité au niveau local, départemental, régional***

Identification d'un secteur géographique comme base de la solidarité.

Reconnaissance des spécificités de ce secteur géographique en matière de consommation médicale et hospitalière et de morbidité.

Les primes moyennes payées par les assurés **sont les mêmes à l'intérieur des zones géographiques données quelles que soient les entreprises dans lesquelles ils sont employés**. Les primes sont fixées à partir d'un calcul actuariel ayant pour base la zone géographique concernée.

Il s'agit d'un système de solidarité inter-professionnelle.

- ***Solidarité au niveau national***

Les primes d'assurance ou les cotisations sont établies à partir d'un calcul actuariel sur l'ensemble de la population du pays.

La distribution des revenus est révélatrice de la distribution des taux de primes.