

# 1<sup>st</sup> EURO HEALTH FORUM

27 octobre 2004, Paris

**L'Europe des 15 a-t-elle des Modèles à  
Proposer et les 10 Nouveaux Membres ont-ils  
des Solutions à Partager ?**

*Prof. Robert LAUNOIS  
(Université Paris XIII)*

# Les Acteurs de la Mutation

**CONSOMMATEURS**

**PROFESSIONNELS**

**FINANCEURS**

# Comment Construire un Projet Collectif Cohérent au Sein de l'Europe ?

- Les relations entre les consommateurs et les professionnels
- Les relations entre les consommateurs et les financeurs
- Les relations entre les professionnels et les financeurs

# Les Relations entre les Consommateurs et les Professionnels

- Libre choix instantané – Libre choix périodique
- Accès libre ou contrôlé au spécialiste
- Paiement direct – Tiers payant

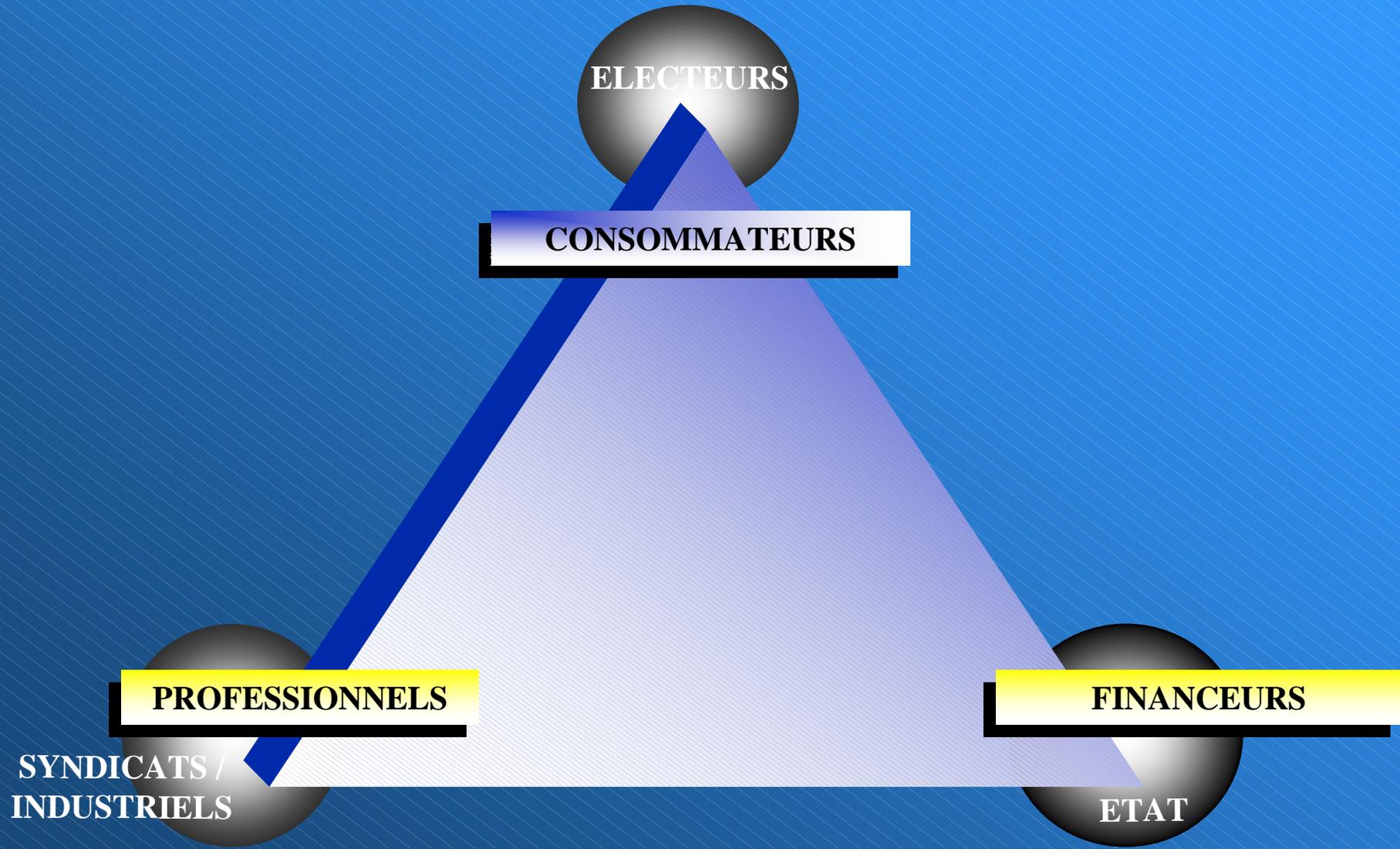
# Les Relations entre les Consommateurs et les Financeurs

- Liberté d'assurance ou couverture obligatoire
- Plafond d'assujettissement ou non
- Libre choix de l'organisme assureur ou non
- Panier de biens – Protection universelle
- Assujettis seuls ou assujettis et ayants droit
- Primes individuelles – Cotisations obligatoires – Impôts
- Paiements informels – Tickets modérateurs – Gratuité

# Les Relations entre les Professionnels et les Financeurs

- Convention nationale – Accords sélectifs
- Paiement à l'acte – Capitation – Salaire
- Tarifs opposables – Tarifs de responsabilité
- Tarifs fixes – Ajustements *ex post*
- Enveloppe globale – Sous-enveloppes spécifiques
- Reprise d'honoraires – Intéressement
- Contrôle par les pairs – Micro-management

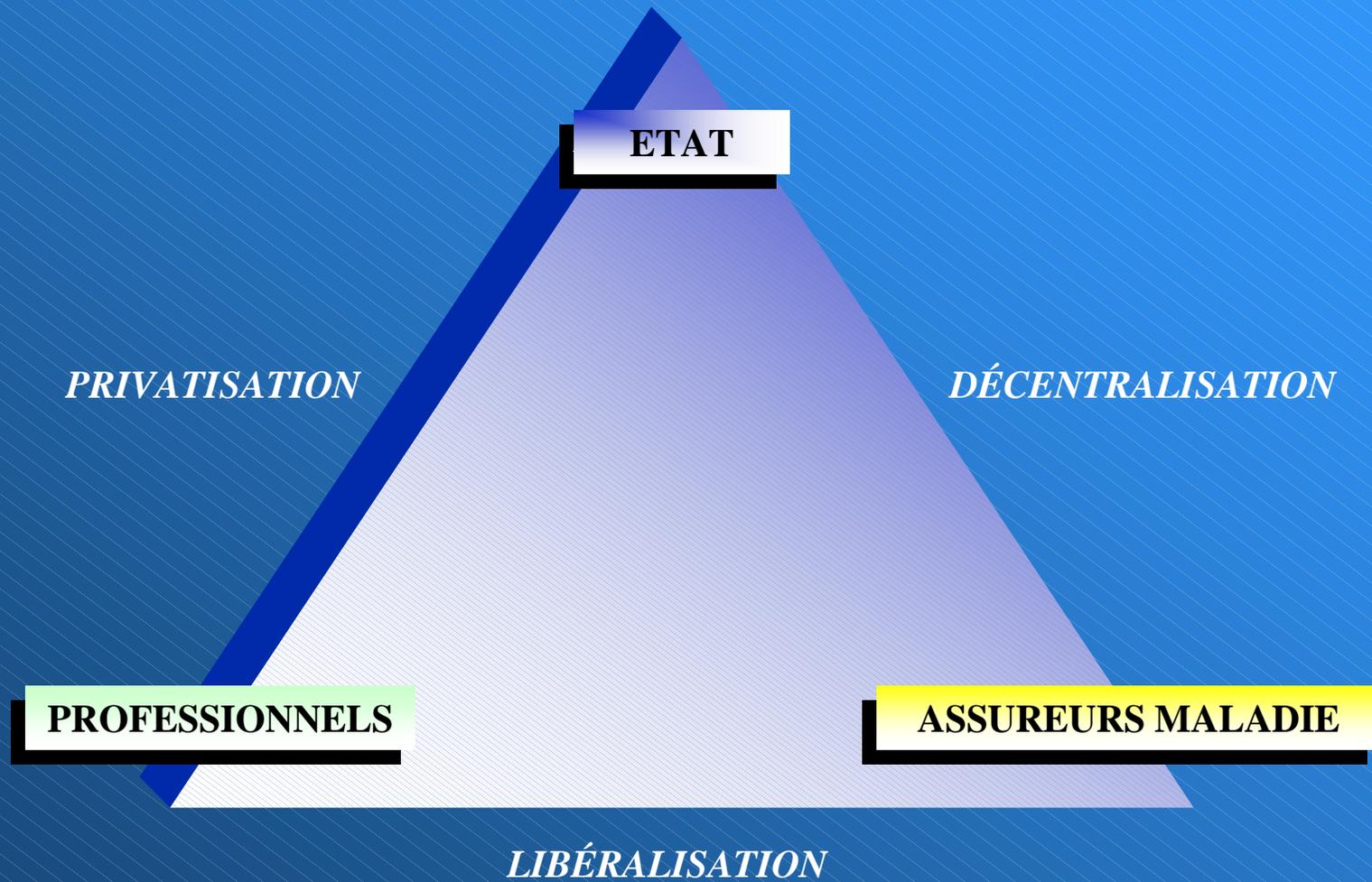
# La Santé : Un Théâtre d'Ombres



# « Back to Europe, Back to Bismark »

*Deppe HU, Oreskovic S. International Journal of Health Services.1996; 26 : 777-802*

# Les Principes Fondateurs



# Privatisation

- Des moyens de production
- Des modes d'exercice
- Des statuts professionnels
- Des fonctions logistiques
- Des financements

# Décentralisation

- Déconcentration :
  - *décentralisation ministérielle ou préfectorale*
- Régionalisation ou Municipalisation :
  - *décentralisation politique*
- Délégation de gestion :
  - *décentralisation fonctionnelle ou administrative*

# Libéralisation

- Création des ordres Professionnels
- Reconnaissance des syndicats

# Systemes d'Assurance Maladie des Nouveaux Pays Membres

PAYS3	DATE DE CREATION	NOM		ORGANISME DE RATTACHEMENT	TICKET MODERATEUR	PAIEMENTS INFORMELS
ESTONIE	1992-1994	Central Sickness Fund	(CSF)	Gestion tripartite + Budget voté par le parlement	NON	NON
HONGRIE	1991	Health Insurance Fund Administration	(HIFA)	Ministère de la Santé	NON	OUI
LETTONIE	1995	State Compulsory Health Insurance Agency	(SCHIA)	Ministère des Affaires Sociales	OUI	47 \$ par visite
LITHUANIE	1997	State Sickness Fund	(SSF)	Premier Ministre	OUI	40 %
POLOGNE	1999	National Health Fund	(NFZ)	Ministère de la Santé	NON	OUI
REPUBLIQUE TCHEQUE	1992	General Health Insurance Fund + 7 régimes	(GHIF)	Gestion tripartite	NON	Faible
SLOVAQUIE	1994	General Health Insurance Cy Common health Insurance Cy + 3 régimes	(GHIC) (CHIC)	Gestion tripartite	OUI	OUI
SLOVENIE	1945-1992	Health Insurance Institute of Slovenia	(HIIS)	Paritarisme + Budget voté par le parlement	OUI	?

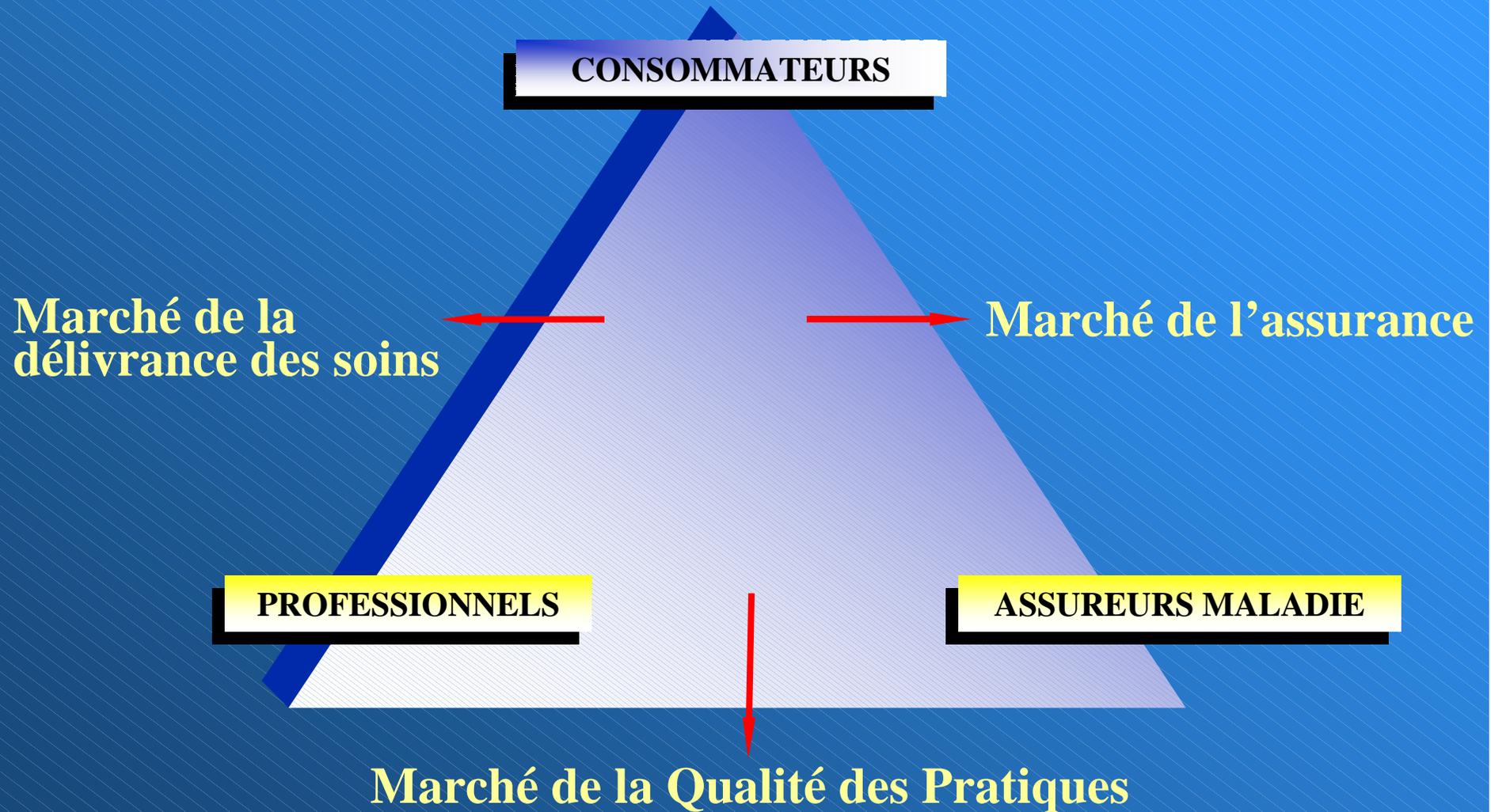
*HiT European observatory on Health Care Systems – WHO Regional Office for Europe*

# Une Couverture Sociale : Pour Faire Quoi ? Et Régulée Comment ?

- Prélever les ressources
- Mutualiser les risques
- Acheter les soins
- Restructurer l'offre
- Optimiser les pratiques
- Évaluer les résultats

# Régulation par les Prix?

# A Quel niveau Faut-il Ré-introduire un Minimum de Mécanismes Marchands ?

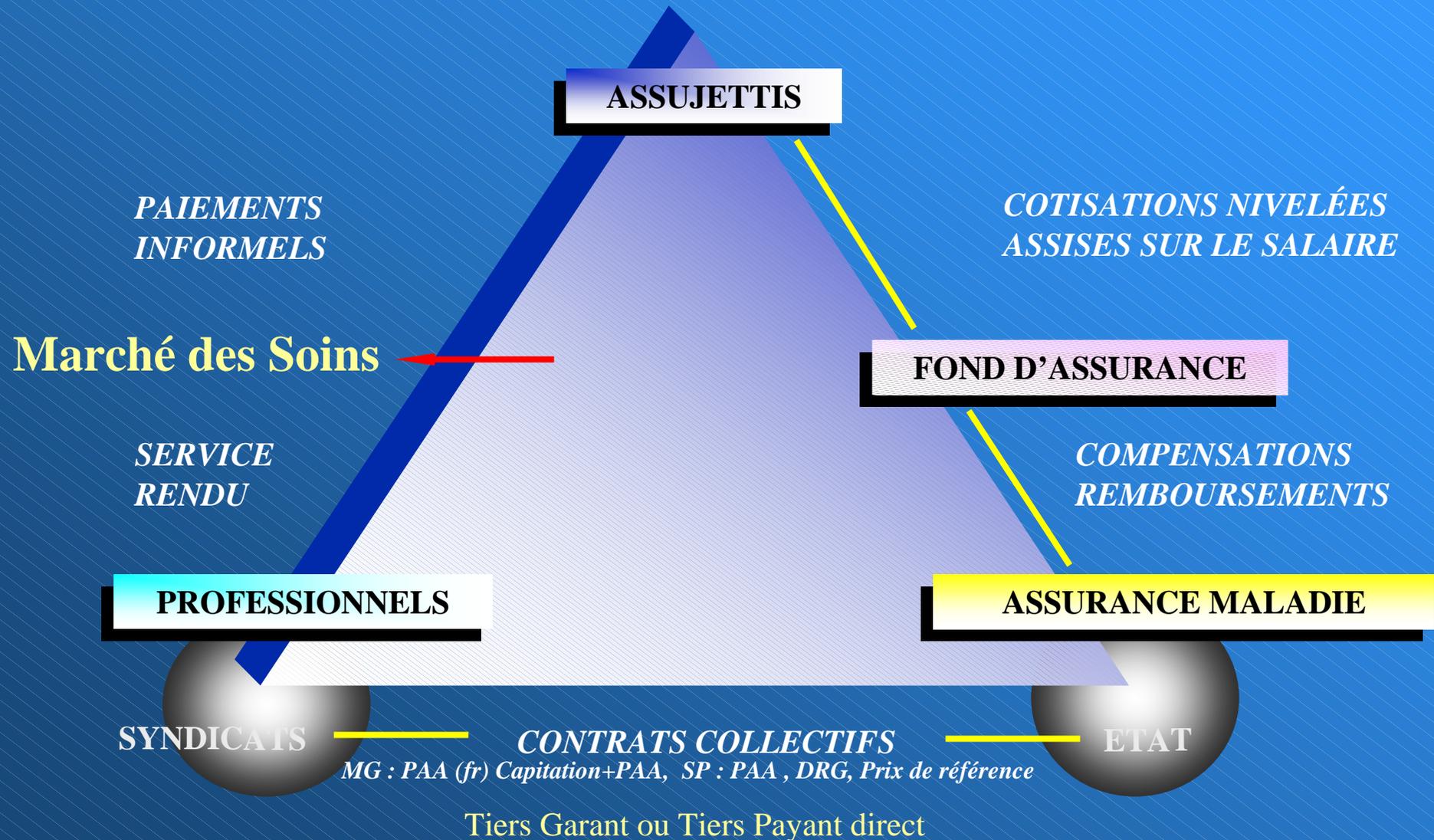


# Les Réponses Diversifiées des Pays Membres

PAYS&	IMPÔTS	COTISATIONS (Plafonnées)	TAUX	PARTAGE	STRUCTURE	CARACTERISTIQUES	PANIER DE BIENS
ALLEMAGNE		OUI (41 850 €)	14,3	50:50	319 Caisses	multiples acheteurs en concurrence	OUI
ESTONIE	OUI 13,5 % Social tax			100:0	1 caisse nationale (17 caisses régionales)	1 seul acheteur	OUI
FRANCE	OUI 5,25	OUI	13,5	95:5	3 caisses nationales	1 seul acheteur	Universel
GRANDE BRETAGNE	OUI 81,5 %	OUI 12,2 % NI			303 Primary care trusts	multiples acheteurs en concurrence	Universel
HONGRIE		OUI	17,3	75:25	1 caisse nationale	1 seul acheteur	Universel
LETTONIE	OUI Social tax	NON	8,5	70:30	1 Caisse nationale (8 caisses régionales)	1 seul acheteur	OUI
LITHUANIE	OUI	OUI	N/A	66:33	1 Caisse nationale	1 seul acheteur	Universel
PAYS-BAS	OUI AWBZ	OUI ZFW (28 188 €)	8,45	80:20	24 Caisses ZfW	multiples acheteurs en concurrence	OUI
POLOGNE		OUI	8	0:100	1 Caisse nationale	1 seul acheteur	Universel
REPUBLIQUE TCHEQUE		OUI (6 fois le SMIC)	13,5	66:33	1 caisse nationale - 7 régimes spéciaux	multiples acheteurs en concurrence	Universel
SLOVAQUIE		OUI	14	72:28	5 health insurance funds GHIC+CHIC+3 régimes spéciaux	multiples acheteurs en concurrence	OUI
SLOVENIE		OUI	13,22	53:47	1 Caisse nationale	1 seul acheteur	OUI

# Assurance Maladie Obligatoire Sans Libre Choix de l'Organisme Assureur

Estonie, France, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Slovénie

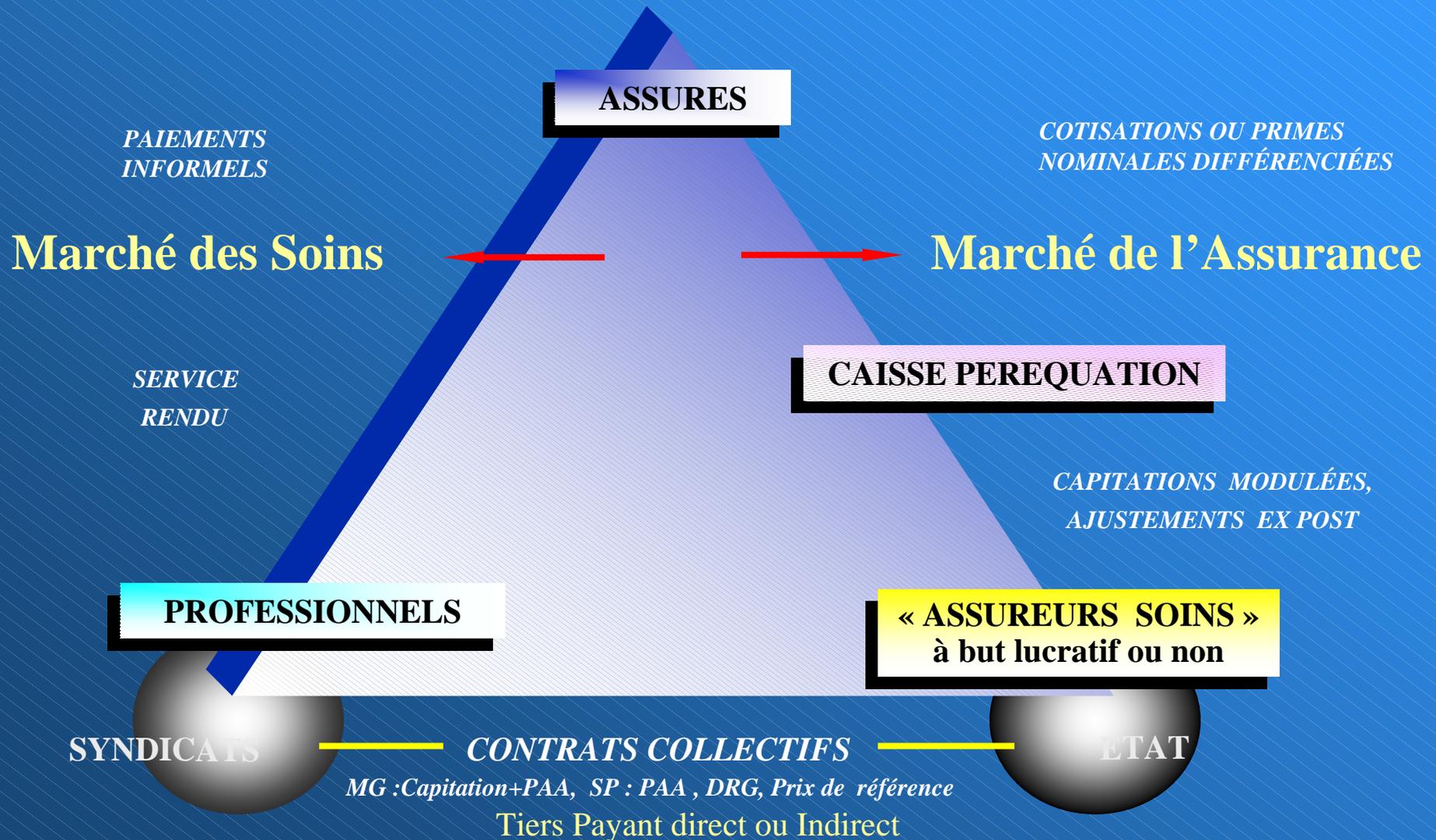


# Le Modèle Corporatiste : L'Impossible Régulation du Marché des Soins

- Le système est non marchand ; il est :
  - soit cartellisé par les parties signataires (*médecine ambulatoire paiement à l'acte: Allemagne, →1993 Estonie → 1998, France 1971→2004 Lettonie→ 1998, Rép. Tchèque 1993→1997, Slovaquie 1993-1994*)
  - soit administré par l'Etat : soins hospitaliers payés à l'acte ou à la journée : *Estonie → 1998 , Rép. Tchèque 1993→1997, Slovénie →1993 à l'acte la valeur du point étant fixé nationalement, après à la journée*
- C'est un système de garantie de prix sans plafonnement de la production. Ex ante, il augmente la probabilité du sinistre en suscitant des comportements pathogènes. Ex post il en majore le coût .

# Assurance Maladie Obligatoire Avec Libre Choix de l'Organisme Assureur

Allemagne (1996) , Pays-Bas(2003) , République Tchèque (1997) , Slovaquie(2004)

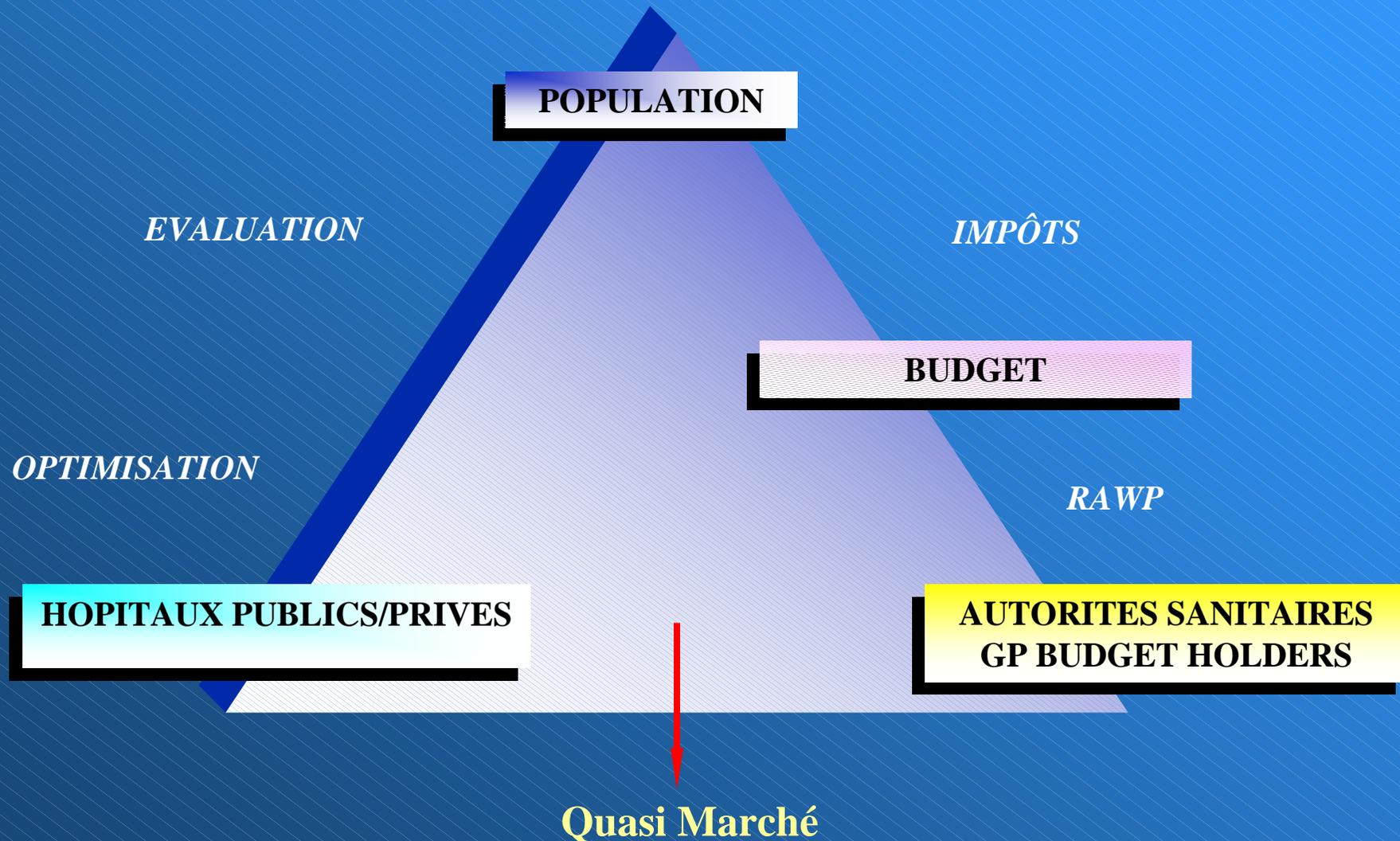


## La Voie « Libérale-Solidariste »

- L'esprit de ces réformes est résolument pro-compétitif. La concurrence est introduite à un double niveau :
  - Concurrence entre les organismes assureurs vis à vis de leur clientèle potentielle,
  - Concurrence entre les prestataires de services vis à vis des organismes assureurs
- Mais en même temps qu'on introduit la concurrence, on maintient la solidarité
  - Par l'instauration de mécanismes de péréquation : All 1993
  - Par la création d'un fond unique de financement pour les recettes du zfw managé par le health insurance board en hollande, par le GHIF en Rép. Tchèque (60 % des fonds en 2000) et par la GHICy en Slovaquie (85 % 2002)
- Pour que le système fonctionne encore faut il qu'il soit décartellisé

# Systeme National de Santé et Concurrence entre les Producteurs

\* Angleterre 1991, Pays Scandinaves, Lettonie (?)



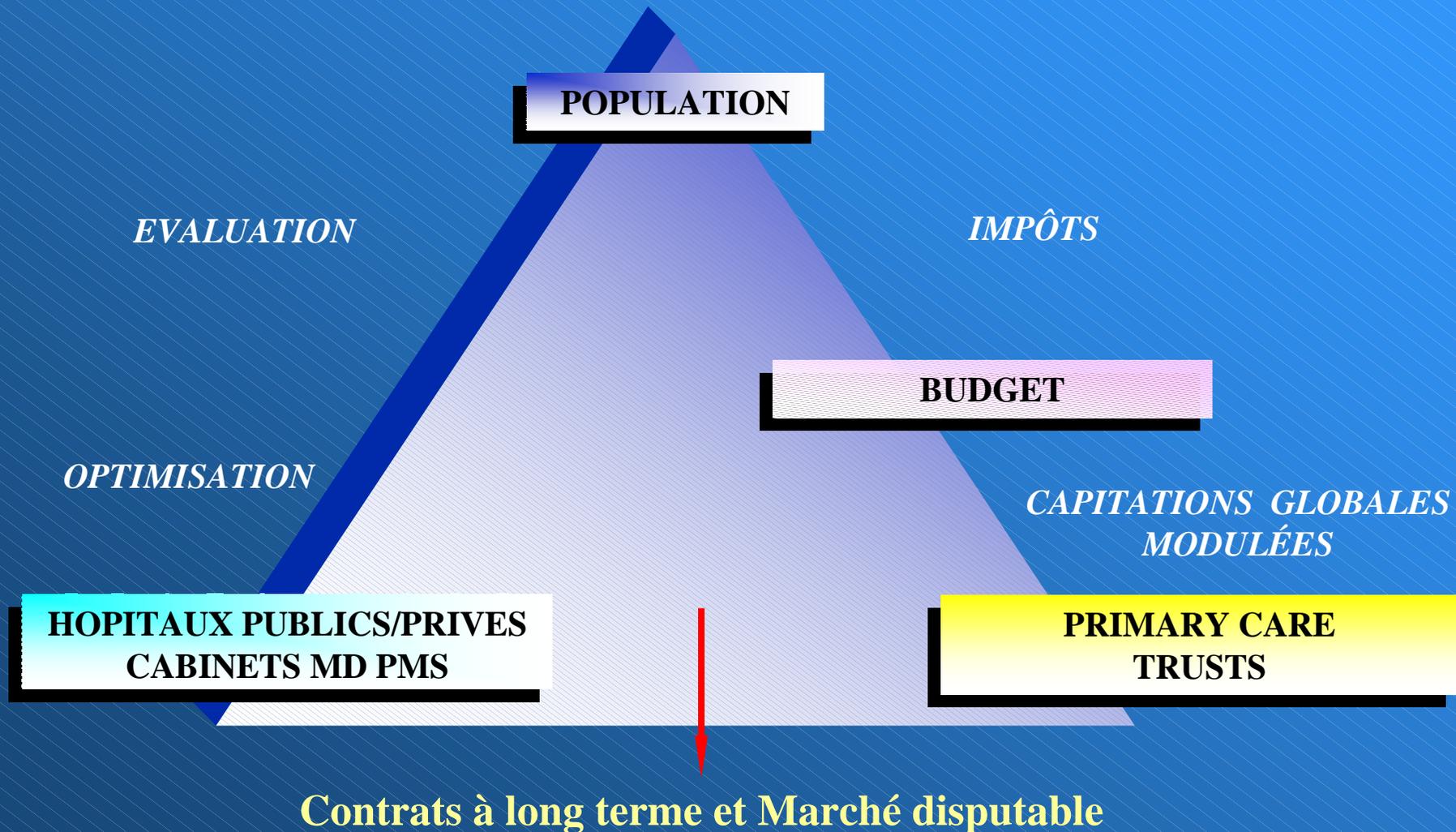
# Le Modèle Social-Démocrate

- La concurrence est un instrument au service de l'efficacité sans privatisation du financement
- Du côté de la demande
  - Les autorités de district financent les hôpitaux et les soins communautaires
  - Les GPs négocient les examens spécialisés et les actes de chirurgie froides
- Du côté de l'offre
  - Mise en concurrence de des hôpitaux en gestion directe, des « hospital trusts » et des hôpitaux à but lucratif
- Entre les offreurs et les demandeurs, 3 types de contrats

**...Ou Concurrence par la Qualité ?**

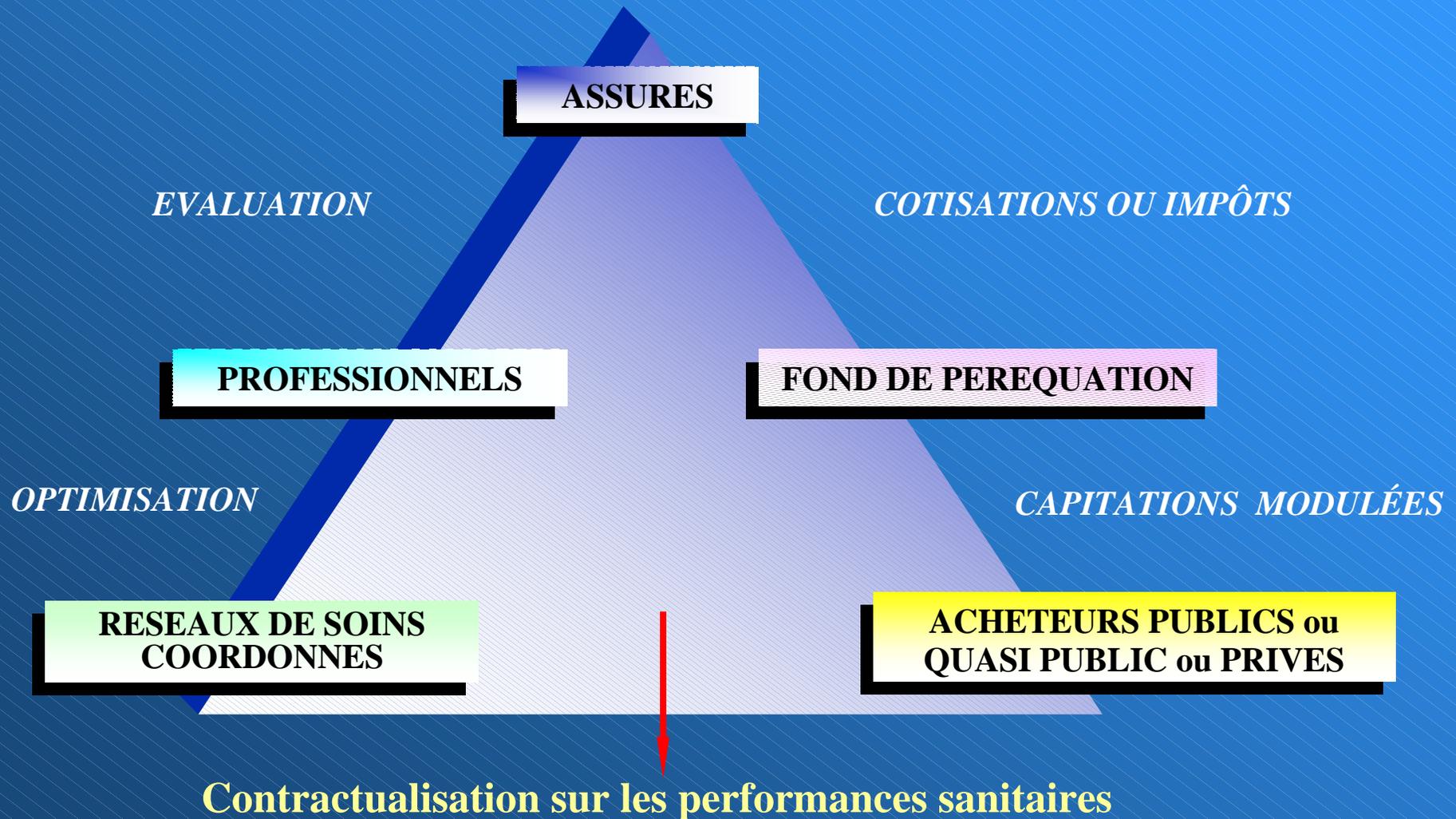
# Systeme National de Santé Auto Régulation et Responsabilité à l'Égard du Patient

\* Angleterre 1999-2002-2003

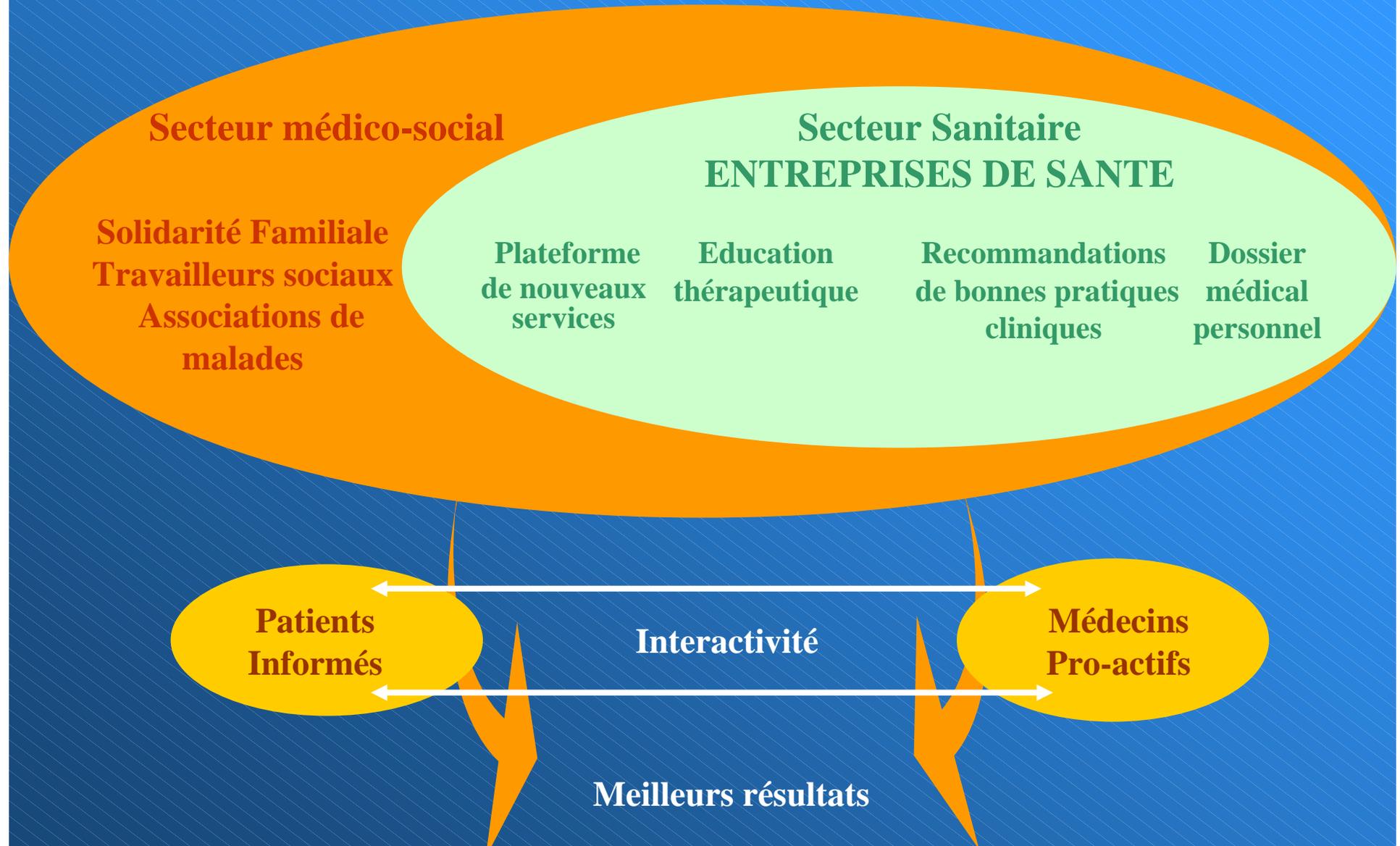


# Couverture Universelle et Mise en Place de Réseaux de Soins

\* *Krakov (Pologne), Hausarztmodel (Francfort sur Main), Diabetes Model (Thuringie), RSC Model (France)  
Verezegyhaz IBM Model (Hongrie)*



# Les Réseaux : Une Autre Idée du Soin



*E.H. Wagner et al. « Organizing Care for Patients with Chronic Illness » The Milbank Quarterly, 1996; 74: 511-544*

# L'Exercice d'une Médecine Plus Globale

Exige la création de  
**R**ecueils d'**I**nformations **C**liniques, **H**umanistes,  
**É**conomiques et **S**ociales en **S**anté  
*dans le cadre de*  
*la pratique médicale quotidienne*

# La Démarche Qualité : Au cœur de la Prise en Charge en Réseaux

RESEAUX DE SOINS

## Cellule Fédérative d'Amélioration de la Qualité

### Missions :

- Eduquer les patients,
- Former les praticiens,
- Partager l'information,
- Evaluer les pratiques,
- Restituer l'information,
- Gérer le risque.

### Organisation :

- Présence d'un **leader médical**,
- **Cercles de qualité** dans les domaines qui posent problèmes rassemblant praticiens et soignants sous l'autorité d'un chef de file

Nouvelles  
Plateformes de  
Services

Régulation libérale des urgences

Maisons de garde médicale

Hôpitaux de jours, Soins à domicile

*Adapté du Rapport d'enquête Inspection Générale des Finances n° 2002-M-023-02*

# Avec de Nouveaux Critères de Jugement

- *Impact Clinique : efficacité observationnelle*
  - Variabilité des pratiques
  - Qualité de l'observance
  - Contrôle et Non contrôle de la maladie
  - Effets de l'éducation et de la formation
- *Impact Humain : bénéfices de vie apportés*
  - Atténuation des symptômes
  - Réduction du handicap fonctionnel
  - Amélioration de la qualité de vie et de la satisfaction
- *Impact Économique : évolution des coûts*

# Ce Que n'est Pas un Réseau de Soins Coordonnés<sup>®</sup> (R.S.C)

- Une organisation de maintien de la santé (HMO)
- Un Secteur ou un Régime professionnel
- Une polyclinique ou un centre de santé

## Ce Qu'il Est

"Le réseau est une **structure** de regroupement des professionnels de santé, **animée par le médecin de famille**, choisi par le malade, qui offre à une population **quantitativement déterminée**, une prise en charge globale, en contrepartie d'un **prix annuel forfaitaire**, financé pour partie par la sécurité sociale et pour partie par l'assuré.

**Le risque financier** – gains ou pertes constatés en fin d'année – y est partagé entre l'organisation et les médecins qui en sont membres. Au-delà d'un certain **seuil**, il est cédé aux organismes promoteurs."

*R Launois . « les Réseaux de soins coordonnés, un projet de réforme du système de soins français » Assemblée générale de l'Association de Genève. The Geneva Paper on Risk Insurance 1987; 12: 345-349*

## Comment Est-il Financé ?

- Chaque réseau fixe **librement le prix** de la prise en charge globale d'un adhérent
- Les Caisses d'Assurance Maladie versent un **Forfait Annuel de Santé** qui varie en fonction de l'âge et du sexe mais dont la valeur est la même pour tous les réseaux
- L'adhérent **paie la différence** entre le prix de la prise en charge et le montant du forfait et il le paie d'avance. Ce qui instaure une **dynamique concurrentielle**.

*R Launois, P Giraud . « les Réseaux de soins , Médecine de demain » ECONOMICA . Paris 1985*

# Intéressement

- Une **contrainte de coût** est introduite au niveau où se forment les décisions,
- Les procédures de **gestion de clientèle** sont modifiées,
- La **responsabilité** des producteurs est clairement établie : les gains ou les pertes constatés en fin d'année sont partagés.

# Solidarité

Le *monopole* de la Sécurité Sociale est *maintenu*.  
Seules les modalités de règlement des prestations sont modifiées.

## TRIPLE SOLIDARITE :

- Solidarité *à l'intérieur* d'une classe de risque, entre les bien portants et les malades
- Solidarité *entre les classes* de risques à l'intérieur du réseau
- Solidarité entre les *riches* et les *pauvres* au niveau collectif

# Les Réseaux: « Ça Existe et Ça Marche »

Résultats de l'Expérimentation GROUPAMA : Dépenses de Consultations du Groupe Témoin et du Groupe Expérimental Avant et Après Expérimentation par Consommant et par An  
(Pyrénées Atlantiques) €

	Groupe Témoin (n=1116)			Groupe Expérimental (n=1373)		
	1999	2000	%	1999	2000	%
MG	151,69	163,73	7,9	135,25	122,11	- 10,1
SP	325,48	293,92	- 9,7	292,55	278,07	- 5
<b>TOTAL</b>	<b>477,17</b>	<b>417,55</b>	<b>- 4,1</b>	<b>428,38</b>	<b>400,80</b>	<b>- 6,6</b>

Source : REES France - Mutualité Sociale Agricole des Pyrénées Atlantiques-Groupama Partenaires Santé

# Structure des Dépenses de Prescriptions des Généralistes Avant et Après Intervention dans le Groupe Témoin et sur le Site Expérimental

(Pyrénées Atlantiques) €

	Groupe Témoin			Groupe Expérimental		
	1999	2000	%	1999	2000	%
Pharmacie	381,43	433,57	13,7	380,67	387,07	1,5
100 %	2,9	2,9	+ 2,9	9,76	8,84	- 11,8
65 %	332,03	377,31	+ 13,6	326,85	338,13	+ 3,4
35 %	46,5	53,20	+ 14,6	44,21	39,79	- 9,9
Auxiliaires			+ 28			- 17
AMI	34,91	46,04	+ 32,1	21,65	17,07	- 21,5
AMK	19,36	23,48	+ 21	21,65	18,9	- 12,5
Autres	68,75	86,29	+ 25,5	74,7	60,67	- 18,8
<b>TOTAL prescriptions</b>	<b>537,84</b>	<b>627,94</b>	<b>+ 16,8</b>	<b>532,5</b>	<b>514,21</b>	<b>- 3,1</b>

Source : REES France - Mutualité Sociale Agricole des Pyrénées Atlantiques

# Conclusion

- Quel que soit le **devenir** de nos systèmes de protection sociale,
- Qu'ils évoluent vers un **service national de santé** ou vers une consolidation de nos systèmes d'**assurance sociale**,
- Au 21<sup>ème</sup> siècle, l'organisation des dispositifs de soins sera inéluctablement **structurée autour des notions**
  - De qualité du service rendu,
  - De l'intérêt de santé publique attendu,
  - De solidarité.