



Robert Launois

CONCURRENCE ET SANTE

1993 n'est plus très loin. Robert Launois analyse les systèmes de santé en vigueur en France, en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas, sans doute les moins mauvais. Tous trois sont peu ou prou à repenser, et si nos voisins en sont, déjà, au stade des réalisations, la France, de son côté, en est à celui des propositions.

La politique française de santé, 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. Mais cette reconstruction ne peut être entreprise sans expliciter les quatre valeurs sur lesquelles elle doit s'appuyer.

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 inassurables. Elle exige donc une mutualisation des risques sur le

plan le plus large auquel on puisse songer : celui de la collectivité considérée dans son ensemble.

La diversité légitime des aspirations 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.

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'efficacité. 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.

Discipliner les forces du marché. Le marché ne peut pas être laissé à sa seule spontanéité, car, à peine créé, il pourrait disparaître sous la pression d'entreprises dominantes. Il appartient donc à la puissance publique de définir les règles du jeu. Cette action de l'Etat, organisant le marché, sans détruire les incitations qu'il comporte, paraît la seule possible.

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 distinguées :

- La concurrence entre les prestataires de soins vis-à-vis de leur clientèle : c'est la dissociation 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 à l'égard de réseaux d'acheteurs multiples et différenciés. C'est le programme actuel du gouvernement britannique.

- 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 néerlandais.

LA SANTE EN QUESTIONS

Concurrence
et santé

Le cas français

Cette 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. Mais 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 :

- 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.

- Enfin, lorsque ce ticket pèse sur le consommateur, il est nécessaire qu'aucun mécanisme compensateur n'en compromette 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 l'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 incitation à s'y opposer.

Si chacun de ces trois 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 perdent les élections suivantes"*.

La voie anglaise

Depuis 1974, l'ensemble des fonctions du National Health Service (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, par certains aspects, 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 et l'appareil sanitaire. La répartition des crédits est toujours opérée au niveau régional, mais les Regional Health Authorities perdent définitivement la direction opérationnelle des services. Celle-ci est confiée soit aux organismes traditionnels (Districts Health Authorities), comités locaux de professionnels de santé (Family Practitioners Committees), soit à de nouvelles structures créées de toutes pièces : les groupements médicaux préfinancés.

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 introduites en 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 cela 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

LA SANTE EN QUESTIONS

Concurrence et santé

santé communautaires (prévention, aide ou soins à domicile). Les crédits mis à la disposition des groupes médicaux préfinancés sont destinés à couvrir à la fois des frais ambulatoires et une partie 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 les payent. C'est le cas pour les examens diagnostiques (ce qui n'est pas surprenant puisque, 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 leurs 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.

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 différenciation 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 que 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".

La solution anglaise 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 qu'un rôle à la marge puisque, si elle devait se développer de façon significative, la hiérarchie des urgences définie dans le cadre collectif pourrait 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 plutôt 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 néerlandais offre en ce domaine de riches enseignements.

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 dis-

LA SANTE EN QUESTIONS

Concurrence et santé

tribution des soins. La réforme qui en résulte est actuellement en 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 néerlandais étaient couverts pour leurs dépenses "exceptionnelles", séjours hospitaliers dépassant 365 jours, placements en maisons de retraite. Cette assurance-dépendance 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, en revanche, trois 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 pas 51 000 guilders (150 000 francs). 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 privées facultatives destinées 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 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 résidante ; elle est déchargée de toute condition d'activité professionnelle passée ou d'apport préalable à la société : c'est "la généralisation absolue" de la protection sociale. 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.

- 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 les adhérents de celui-ci, 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

LA SANTE EN QUESTIONS

Concurrence et santé

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 sécurité.

- 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.

Les projets de réforme britannique et néerlandais reposent sur un financement de soins lié à la personne : le versement par

ETUDES et REFLEXIONS

Concurrence et santé

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, 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 de la 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 actes de 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 britannique l'exclut totalement dans le cadre du NHS, le projet néerlandais le 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.

Robert Launois