

Vers une assurance maladie universelle ?

Les contradictions internes de notre système d'assurance maladie et la confusion des responsabilités suscitent tensions et blocages. Elles renforcent aussi des inégalités sociales et régionales qui ne se réduisent pas. Afin d'offrir une garantie universelle d'accès à des soins de qualité, délivrés dans les meilleures conditions d'efficience possibles, l'Institut Montaigne préconise une nouvelle architecture dont l'objectif est de promouvoir une véritable assurance maladie universelle, s'articulant autour d'un panier de soins et d'un financement universels, et reposant sur une "Contribution sociale généralisée (CSG)-santé" assise sur l'ensemble des revenus des résidents.

Institut Montaigne

18, avenue Matignon – 75008 Paris
Tél. : +33 (0)1 40 75 73 73
Fax : +33 (0)1 40 75 73 70
E-mail : info@institutmontaigne.org



Comment améliorer le travail parlementaire



Institut Montaigne

“Il n'est désir plus naturel que le désir de connaissance”



Vers une assurance maladie universelle ?

Octobre 2002

Créé fin 2000, l'Institut Montaigne regroupe des cadres d'entreprises, des hauts fonctionnaires, des universitaires et des représentants de la société civile issus des horizons les plus divers.

Espace indépendant d'analyse et de réflexion, libre de toute contrainte politique ou économique, l'Institut Montaigne élabore et diffuse des propositions concrètes de long terme sur les grands enjeux auxquels nos sociétés sont confrontées.

Ces propositions résultent d'une méthode d'analyse rigoureuse et critique, qui cherche à s'affranchir des schémas de pensée existants, en s'appuyant notamment sur l'étude d'exemples étrangers pertinents. Une fois arrêtées, ces recommandations sont relayées au sein de l'opinion publique, afin de susciter un débat le plus large possible.

À travers ses groupes de travail, ses conférences mensuelles et son site Internet, l'Institut Montaigne souhaite devenir un acteur autonome et non partisan du débat démocratique.

Comité directeur

Claude Bébéar : *Président*

Alain Mérieux : *Vice-Président*

Henri Lachmann : *Vice-Président et Trésorier*

Bruno Erhard-Steiner : *Délégué général*

Nicolas Baverez : *Économiste, Avocat*

Jacques Bentz : *Président de Tecsi*

Guy Carcassonne : *Professeur de droit public à l'université Paris X-Nanterre*

Marie-Anne Frison Roche : *Professeur de droit à l'Institut d'études politiques de Paris*

Bernard de La Rochefoucauld : *Président des "Parcs et Jardins de France"*

Ezra Suleiman : *Professeur de science politique à l'université de Princeton (États-Unis)*

Les Publications de l'Institut Montaigne

Fruits des travaux et des réflexions des groupes de travail, les publications de l'Institut visent à susciter un débat large et ouvert, en totale indépendance d'esprit :

- **Management public & tolérance zéro**
(novembre 2001)
- **Vers des établissements scolaires autonomes**
(novembre 2001)
- **Enseignement supérieur : aborder la compétition mondiale à armes égales ?**
(novembre 2001)
- **L'homme et le climat⁽¹⁾** *(mars 2002)*
- **La sécurité extérieure de la France face aux nouveaux risques stratégiques** *(mai 2002)*
- **Le modèle sportif français : mutation ou crise ?**
(juillet 2002)
- **L'articulation recherche-innovation**
(septembre 2002)
- **Comment améliorer le travail parlementaire**
(octobre 2002)
- **Vers une assurance maladie universelle ?**
(octobre 2002)

Les publications peuvent être obtenues, sur simple demande, auprès du secrétariat de l'Institut (Tél. : 01 40 75 73 73) et sont également consultables sur le site Internet : www.institutmontaigne.org

Vers une assurance maladie universelle ?

Octobre 2002

S O M M A I R E

Préface5

Propositions9

Introduction.....11

Pourquoi réformer le système de santé et
l'assurance maladie en France ?11

I. Le meilleur système du monde? ...13

1.1. Le meilleur système du monde suscite
tensions et blocages!13

1.2. Des inégalités sociales et régionales qui se
régénèrent18

1.3. Divergences entre l'évolution de la société
française et son système de soins?22

**II. Un nouveau paradigme politique :
du quantitatif au qualitatif29**

2.1. Les concepts30

2.2. Quelles réformes?40

**III. Vers une nouvelle architecture
pour l'assurance maladie.....49**

3.1. Un Haut conseil de la santé50

3.2. Une véritable assurance maladie universelle	52
3.3. Les modes de gestion	57
Conclusion	75
Annexe	77

P R É F A C E

La performance de notre système de santé est encore flatteuse. Le niveau de santé mesuré par l'espérance de vie sans invalidité est de bonne qualité, les conditions d'accès et de confort sont supérieures à celles des pays dotés de systèmes nationaux de santé (Grande-Bretagne, Espagne, Italie) où l'on impose beaucoup plus de contraintes aux patients. Mais, paradoxalement, ce système "performant" est également un système en crise ! Nous observons, et parfois nous subissons, des mouvements de grèves à répétition à l'hôpital public – sages-femmes, infirmières, internes, urgentistes ; nous écoutons presque quotidiennement les doléances et revendications multiples des professionnels libéraux ; nous prenons la mesure de nos lacunes en matière de santé publique, de politique de prévention, de maîtrise des risques sanitaires, tabac, alcool, suicides et accidents. Quant aux responsables politiques, de droite comme de gauche, ils soulignent certes de façon récurrente *"le dérapage des dépenses de santé"*, mais ils restent très courts sur l'analyse de cette croissance et, au-delà de quelques recettes techniques, ils ne dessinent aucune perspective susceptible d'éclairer l'avenir d'un système auquel les Français demeurent très attachés !

Le groupe de travail de l'Institut Montaigne montre que les contradictions internes de notre système d'assurance maladie et la confusion des responsabilités suscitent tensions et blocages et

consolident des inégalités sociales et régionales qui ne se résorbent guère. Il souligne que le statu quo conduit à l'étatisation et que la régionalisation, telle qu'elle est actuellement évoquée, est un leurre ou à défaut un alibi pour maintenir le statu quo ! Afin d'offrir une garantie universelle d'accès à des soins de qualité délivrés dans les meilleures conditions d'efficience possible, il préconise une nouvelle architecture pour transformer nos différents régimes d'assurance maladies obligatoires en une véritable assurance maladie universelle s'articulant autour :

- d'un panier de soins universel définissant les biens et les services de santé admissibles à la prise en charge à 100 % par le régime d'assurance maladie obligatoire pour tous les résidents français ;
- d'un financement universel par une CSG-santé assise sur l'ensemble des revenus des résidents et sortir de la confusion actuelle ou une partie du financement provient de la CSG et l'autre de cotisations assises sur les salaires.

À partir de cette architecture, le groupe de travail analyse deux modes de gestion possibles :

- le "monopsonne efficient et responsable", la Caisse d'assurance maladie universelle, acheteur unique de soins, gérant directement à travers son réseau de caisses la globalité du risque maladie afférent au panier de soins (tant ce qui relève de la médecine ambulatoire que de l'hospitalisation) ;
- la "délégation de gestion du risque à des opé-

rateurs de soins en concurrence", qui repose sur la distinction entre le service public d'assurance maladie défini et garanti par l'État d'une part et d'autre part la gestion de ce service confiée à des opérateurs indépendants.

Le groupe de travail avance que l'introduction de la concurrence, pourvu qu'on veuille bien l'analyser en dehors de schémas idéologiques commodes mais dépassés, permettrait de rompre avec le modèle du payeur aveugle pour évoluer vers un modèle de payeur responsable à même de concilier qualité des soins dispensés et l'optimisation des dépenses de santé.

Après le psychodrame sur la "consultation à 20 euros", le rapport de l'Institut Montaigne a le mérite d'apporter une contribution cohérente, concrète et réaliste, au débat sur l'évolution de notre système d'assurance maladie et plus généralement de celle de notre système de santé.

Que l'ensemble des participants au groupe de travail (en particulier mon collègue Daniel Laurent), venus d'horizons professionnels et intellectuels très divers, en soit chaleureusement remercié.

Claude Le Pen
Professeur à l'université de Paris-Dauphine

- ▶ Mise en œuvre d'une véritable assurance maladie universelle s'articulant autour :
 - d'un panier de soins universels pris en charge à 100 % pour tous les résidents français ;
 - d'un financement universel à travers une CSG déductible assise sur l'ensemble des revenus se substituant aux cotisations actuelles. Pour les salariés, cette cotisation se substituerait aux cotisations patronales et salariales ;

- ▶ Pour les hôpitaux distincts ou pour chaque établissement d'un budget de service public et d'un budget de soins, financement du budget de soins sur la base de coûts par pathologie ;

- ▶ Délégation de la gestion du risque maladie à des opérateurs choisis librement pour les assurés sur la base d'un cahier des charges défini au plan national ;

- ▶ Création d'un Haut conseil de la santé qui proposerait au gouvernement les grandes orientations en matière de politique de santé, notamment dans le domaine de la prévention, de la qualité des soins dispensés et de l'efficacité des dépenses publiques consacrées à la santé.

Pourquoi réformer le système de santé et l'assurance maladie en France ?

La question ne va pas de soi. Les Français entendent des discours contradictoires. D'un côté, on leur dit – en s'abritant derrière l'autorité et le prestige de l'Organisation mondiale de la santé – qu'ils disposent du système le plus *“performant”* au monde, devant même des pays comme la Suède, le Canada ou les Pays-Bas, généralement présentés comme des modèles pour leur niveau sanitaire, leur justice sociale et leur efficacité organisationnelle.

Mais de l'autre côté, ils observent – et parfois subissent – des mouvements de grèves à répétition à l'hôpital public – sages-femmes, infirmières, internes, urgentistes, etc. Ils écoutent presque journalièrement les revendications multiples des professionnels libéraux, et en tout premier lieu des médecins généralistes, ils entendent des responsables politiques de tout bord se plaindre en permanence de l'incontrôlable *“dérapage des dépenses de santé”*, faisant parfois malignement l'amalgame entre celles-ci et les dépenses d'assurance maladie.

D'un côté encore, les difficultés récurrentes rencontrées par les systèmes *“tout État”* comme celui de la Grande-Bretagne, aussi bien que par les systèmes *“tout libéral”* comme aux États-

Unis, les confortent dans l'opinion que notre système mixte nous assure finalement une bonne synthèse "qualité-équité-confort-coût". Mais de l'autre, les Français perçoivent le monde de la santé comme un univers complexe, tout à la fois bloqué sur le plan institutionnel et dérivant sur le plan financier, dominé par des logiques corporatistes et bureaucratiques, peu ouvert sur le malade et l'assuré social, et, en tout état de cause, impossible à réformer, si tant est qu'il faille le faire !

Il faut donc commencer par résoudre ce paradoxe apparent : comment et pourquoi le "meilleur système au monde" peut-il susciter en son sein tant de tensions et de blocages ? Il faut ensuite esquisser, sur la base du constat qui aura ainsi été fait, les voies d'une évolution qui, à partir du concept d'assurance maladie universelle, devra toucher, nous le verrons, non seulement la politique de santé, mais aussi les institutions d'assurance maladie.

LE MEILLEUR SYSTÈME DU MONDE ?

1.1. Le meilleur système du monde suscite tensions et blocages !

L'explication de cette contradiction requiert d'analyser la logique sous-tendant la politique de santé menée en France, notamment depuis le plan Juppé de 1996. Schématiquement, cette logique est la suivante :

- En premier lieu, l'État détermine et fait voter annuellement par le Parlement une enveloppe financière qui couvre toutes les dépenses remboursées par l'assurance maladie obligatoire. Cette enveloppe est fixée à un niveau volontairement serré (entre 2,5 % et 3,6 % de croissance par an entre 1997 et 2002), se situant au-dessous des taux de croissance observés dans le passé ou dans les pays comparables. Les raisons de cette rigueur n'ont rien à voir avec la santé ; elles relèvent de la politique économique générale, de la limitation des déficits publics, de la stabilisation des prélèvements obligatoires, etc.
- Dans le même temps, ces mêmes pouvoirs publics encouragent fortement l'accès aux soins de tous les Français. Les obstacles financiers ont été quasiment démantelés ; l'instauration de la CMU a récemment permis à près de 4 millions de personnes défavorisées d'avoir accès à une protection complémentaire ; la pratique du tiers payant se développe fortement, en particulier

pour les achats de médicaments. Par ailleurs, l'accès au remboursement est, en France, très peu sélectif. Même les médicaments classés par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé comme rendant un service médical "faible ou insuffisant" ont été maintenus par le ministre dans le "périmètre du remboursable". Il n'existe pas ou peu de contrôle qualitatif de l'accès aux soins, que ce soit du côté du médecin ou de celui du patient. De manière générale, les gouvernements répugnent à rendre obligatoire toute mesure qui pourrait un tant soit peu encadrer ou limiter la liberté d'accès des patients, y compris celles qui seraient susceptibles d'améliorer la qualité des soins. On se souvient du fameux carnet de santé, présenté à juste titre comme un dispositif de rationalisation des soins, mais qui a été distribué en pure perte à l'ensemble des assurés sociaux ! On pourrait trouver d'autres exemples : les médicaments génériques n'ont fait l'objet d'aucune campagne de promotion et d'explication digne de ce nom. Peut-on s'étonner que leur part de marché stagne ?

Aussi, on encourage la consommation de soins et on en limite le financement. Ce qu'on appelle "maîtrise des dépenses de santé" n'est qu'un encadrement des ressources financières allouées au secteur. La consommation en volume n'a jamais fait l'objet d'une réelle politique de maîtrise, si ce n'est durant une courte période en 1993-1994,

nous y reviendrons. L'ajustement entre les rythmes de croissance de la demande et du financement se fait de deux manières : par une pression sur les prix dans le secteur ambulatoire (consultations médicales et paramédicales, médicaments) et dans celui de l'hospitalisation privée ; par une forme de rationnement silencieux et peu visible au grand public dans le secteur hospitalier public. Ainsi, le prix de la consultation médicale n'avait pas été réévalué depuis 1998, les prix des médicaments sont parmi les plus bas d'Europe, et les forfaits des cliniques ne leur permettent plus de dégager la moindre rentabilité. À l'hôpital public la contrainte budgétaire se traduit par des files d'attente plus longues et plus nombreuses (notamment aux urgences ou dans les services de radiologie), un rationnement des médicaments les plus innovants et les plus coûteux, et surtout par une dégradation marquée des conditions de travail du personnel médical et non-médical dont les effectifs stagnent et la charge de travail croît. Beaucoup de services hospitaliers doivent avoir recours à des médecins étrangers hors statut, sous-payés et souvent confinés aux tâches et aux astreintes les plus pénibles. Outre le caractère moralement condamnable de ces pratiques, elles permettent de contourner les effets d'un *numerus clausus* qui limite sévèrement le nombre de médecins formés en France et qui empêche des étudiants très motivés d'accéder à un métier qui serait vécu le plus souvent comme une véritable vocation !

Ainsi, dans le même temps, on encourage les Français à consommer plus de soins, y compris ceux dont l'utilité médicale est discutable, et par ailleurs, à travers le plafonnement des dépenses relevant de l'assurance maladie obligatoire, on impose une sévère diète budgétaire au système de santé.

Ainsi s'explique le paradoxe précédent.

La performance globale est flatteuse car le niveau de santé, mesuré par l'espérance de vie sans invalidité, reste élevé en France. Les conditions d'accès et de confort y sont supérieures à celles de pays dotés de systèmes nationaux de santé, où l'on impose beaucoup plus de contraintes aux patients.

« la performance globale est flatteuse car le niveau de santé reste élevé en France »

L'équité y est enfin supérieure et le coût inférieur à ce que l'on observe dans les pays les plus libéraux, notamment les États-Unis. En revanche, les professions de santé, prises entre le marteau des contraintes budgétaires et l'enclume d'un accès aux soins très large et peu sélectif, ont le sentiment de payer, en quelque sorte, le prix de cette performance.

Face à des prix bloqués, les libéraux ne maintiennent leur niveau de vie que par la croissance

de leur activité et l'augmentation du volume des actes. Il en résulte une tendance structurelle au dépassement des budgets, qui semble prendre toujours les pouvoirs publics au dépourvu. Ceux-ci ne savent alors que réciter la litanie des fameux dérapages et renforcer les pressions sur les prix, alimentant ainsi la logique fatale du mécontentement. Ils culpabilisent les professions de santé qui constatent avec amertume qu'on les tient pour responsables de dérèglements dont l'origine, à leurs yeux, tient essentiellement au caractère arbitraire de la budgétisation des dépenses d'assurance maladie. Ce mécanisme interdit en fait de porter un jugement sain et objectif sur l'origine des dépassements : les professions de santé n'étant pas impliquées dans la fixation des objectifs, elles ne peuvent s'en sentir collectivement responsables. Le refus d'un contrôle efficace de l'accès aux soins interdit toute réelle politique de qualité, nécessairement sélective et contraignante.

Cette logique sera difficilement tenable à terme. La consommation de biens et services de santé va continuer à croître en raison du vieillissement de la population, du progrès des connaissances et des techniques médicales ainsi que de l'aspiration générale de la population à un meilleur bien-être physique et mental. La pression sur les professions de santé a ses limites : les grèves à répétition montrent qu'on s'en approche. Il est urgent de penser autrement la politique de santé.

1.2. Des inégalités sociales et régionales qui se régénèrent

La persistance des inégalités sociales et régionales en matière de santé milite dans le même sens. C'est un fait qu'après plus de 50 ans d'existence, la sécurité sociale ne les a pas fait disparaître et que de nouvelles zones d'inégalité se développent et sont susceptibles de s'accroître dans l'avenir.

Ce thème est complexe. Il convient en effet de distinguer différentes formes d'inégalité :

- les inégalités en matière de protection sociale : tous les Français ont-ils une couverture maladie identique ou équivalente ?
- les inégalités en matière de recours aux soins : tous les malades reçoivent-ils les soins appropriés sans autres considérations que celles tenant à leur état de santé ?
- les inégalités en matière d'état de santé : les Français sont-ils égaux devant le risque de la maladie et de la mort ?

À ces inégalités, que les spécialistes qualifient d'horizontales, il faut ajouter les inégalités dites verticales qui visent les conditions de la contribution financière : la charge de la couverture maladie est-elle équitablement répartie en France ? Cette équité contributive est généralement plus faible dans les pays qui financent leurs dépenses

de santé par des cotisations sociales proportionnelles au revenu, que dans ceux qui les financent à travers des impôts progressifs. La France n'échappe pas à la règle.

C'est l'inégalité relative à la couverture maladie qui a essentiellement mobilisé l'effort des pouvoirs publics au cours du siècle écoulé. De la loi sur les assurances sociales d'avril 1930 à la loi sur Couverture maladie universelle (CMU) de 1999, les gouvernements successifs de la République ont progressivement élargi – non sans mal – le cercle des bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire. Les ordonnances de 1945 ont constitué une étape décisive en intégrant les salariés du secteur privé, mais il a fallu attendre les années 70 pour que les agriculteurs d'abord, les professions indépendantes non agricoles ensuite, en bénéficient à leur tour. Et c'est finalement la loi CMU qui a rendu l'assurance maladie réellement universelle, puisque son obtention n'est désormais plus liée au statut professionnel mais à celui de résident sur le territoire national.

Les choses ont été beaucoup plus lentes en ce qui concerne la protection complémentaire obtenue à travers les mutuelles, les assureurs privés ou les institutions de prévoyance. Les 20 % de Français non couverts sont en majorité des personnes défavorisées, pour qui le ticket modérateur représente une réelle barrière économique à

la consommation de soins. C'est manifeste en matière de santé bucco-dentaire. La loi CMU avait comme objectif principal de permettre aux titulaires du RMI et à 6 millions de Français bénéficiant de revenus égaux ou inférieurs au minimum vieillesse de disposer d'une couverture complémentaire gratuite, à travers un mécanisme dont on regrettera toutefois l'extrême complexité.

Mais s'il est une leçon du passé, c'est que ces efforts pour doter la population d'une bonne couverture maladie – obligatoire et complémentaire – ne suffisent nullement à faire disparaître les disparités dans l'accès aux soins, non plus que les inégalités devant la maladie et la mort. Les Français les moins favorisés, même bien couverts sur le plan assurantiel, ont une consommation médicale nettement inférieure à la moyenne et leur état de santé est moins bon. Le taux de mortalité à âge égal varie ainsi du simple au double entre les catégories sociales les plus exposées (les ouvriers) et celles qui le sont le moins (les cadres). Cet écart – l'un des plus importants d'Europe – semble même se creuser, l'espérance de vie progressant plus rapidement dans les milieux favorisés.

De même, les inégalités régionales demeurent très fortes, alors même que par définition la protection sociale est uniforme sur le territoire. À l'intérieur de l'hexagone, il y a cinq ans de différence d'espérance de vie, soit l'équivalent de

20 ans de progression nationale de cette espérance de vie selon les régions et encore plus selon les cantons (10 ans). L'espérance de vie standardisée était de plus de 78 ans, en 1990, dans des départements du Sud-Ouest, comme la Haute-Garonne ou le Gers, contre 74 ans environ dans les départements du Nord ou du Pas-de-Calais : cet écart

«le taux de mortalité à âge égal varie ainsi du simple au double entre les catégories sociales les plus exposées (les ouvriers) et celles qui le sont le moins (les cadres) »

de 4 années est considérable. La répartition de l'offre de soins dans le pays est également très inégale : il y a presque deux fois plus de médecins généralistes dans l'Hérault ou les Alpes-Maritimes (plus de 13 pour 10.000 habitants) que dans l'Ain (7,4), dans la Loire (7,4) ou dans le Rhône (7,5). Pour les médecins spécialistes, l'écart est encore plus grand et va d'un à trois : plus de 15 spécialistes pour 10.000 habitants dans les Bouches-du-Rhône contre moins de 4 dans la Meuse, par exemple.

Il reste donc beaucoup à faire : promouvoir une politique différente, une réelle politique de santé publique qui corrige les déséquilibres régionaux

de l'offre de soins, qui s'attaque aux écarts de mortalité imputables en partie aux conduites à risque (suicides, accidents, tabagisme, etc.), qui mette l'accent sur la qualité des soins, sur la prévention, sur l'éducation sanitaire, qui fasse de l'individu un réel acteur, responsable et informé, de sa santé.

1.3. Divergences entre l'évolution de la société française et son système de soins ?

La société française a vieilli au cours du siècle écoulé (3 mois d'espérance de vie supplémentaire tous les ans) et l'on n'arrive pas aux grands âges sans un cortège de maladies, de handicaps, et d'insuffisances diverses.

De rurale, notre société est devenue urbaine avec des réflexes, des modes de vie et des attentes différentes. Elle connaît, dans son approche de la santé, une révolution identique à celle du 17^e siècle et de l'apparition des Lumières : le passage d'une société de devoir à une société de droit. La loi récente sur les droits du patient officialise cette évolution. Le citoyen patient estime avoir le droit de savoir, le droit d'intervenir sur les soins qu'il reçoit, et même le droit de guérir ! Droits qui deviennent ainsi des devoirs pour les médecins, voire des obligations de résultat ! De plus en plus informé, dans des

conditions parfois discutables, le citoyen patient est donc de plus en plus exigeant, déjà de plus en plus revendicateur et demain de plus en plus procédurier.

Le système de soins, dans le même temps, a bénéficié de progrès techniques considérables : on guérit de plus en plus vite des maladies de plus en plus graves, mais au niveau de son organisation et des paradigmes qui les sous-tendent, il n'a guère évolué.

Médecine de ville d'un côté, médecine hospitalière de l'autre, s'observent sans se rencontrer et les discours sur la "fongibilité des enveloppes" ou l'injection de la notion de réseau dans le dispositif par les ordonnances de 1996 n'ont pas changé grand-chose dans les faits. Cependant, peu à peu, on sent se dessiner une réorganisation qui semble inéluctable.

D'un côté un pôle hospitalier, concentré de technologies, au sein duquel des professionnels soignants hyper techniciens, associés à des ingénieurs, serviront des matériels aussi sophistiqués... et coûteux... que ceux utilisés dans le domaine de l'aéronautique, de l'espace... ou de l'armement. Un pet-scan, ou une IRM moderne, coûte aussi cher qu'un petit avion de ligne... Or un airbus est opérationnel en moyenne vingt-deux heures sur vingt-quatre.

Les 10 ou 15 ans qui viennent verront le dispositif hospitalier se concentrer autour de plateaux techniques. Les malades y séjourneront de moins en moins longtemps et en sortiront totalement "expertisés", éventuellement opérés, recousus, mais pas guéris pour autant, avec des traitements de sortie complexes et nécessitant l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels de santé.

De l'autre côté, une médecine de proximité, médecine de ville, généralistes ou spécialistes, éventuellement regroupés en réseaux ou maisons médicales ou SIAD (service de soins infirmiers à domicile), lorsque la coordination de l'activité paramédicale sera nécessaire.

Cette médecine de proximité aujourd'hui se cherche: en effet, la pratique des médecins généralistes n'a plus grand-chose de commun, dans les villes, en particulier, avec celle de leurs prédécesseurs il y a 25 ou 30 ans.

Au fur et à mesure que la médecine s'est technicisée, est devenue plus efficace et plus fiable, l'inquiétude des malades, s'est paradoxalement accrue.

Le médecin généraliste est de plus en plus sollicité pour rassurer, expliquer, convaincre, développer des actes de prévention et d'éducation

pour la santé. Or, son mode de rémunération, adossé essentiellement sur des activités techniques ou cliniques, ne prend pas en compte cette action de santé publique et de cohérence sociale tellement importante... et prenante...!

L'augmentation de la valeur de la consultation, qui n'est qu'un slogan commode et efficace, pose en réalité un problème beaucoup plus profond, lié:

- d'abord à une crise des vocations;
- puis à l'idée qu'à côté de la rémunération à l'acte, la collectivité pourrait rémunérer à la fonction le véritable acteur de santé publique de terrain qu'est le généraliste;
- enfin, à la recherche de spécialités "annexes": homéopathie, acupuncture, phlébologie, sophrologie (on vient de reconnaître l'ostéopathie) ou à la reconversion vers des activités non strictement médicales (conseil, journalisme, économie de la santé).

Entre ces deux pôles, médecine ambulatoire, médecine hospitalière, dont la tendance est à s'autonomiser alors qu'ils devraient se rejoindre (les réseaux de soins de ville, les réseaux ville/hôpital ont été inventés dans ce but) un besoin est en train d'apparaître: celui de structures intermédiaires aujourd'hui de soins de suite et de réadaptation ou de long/moyen séjour qu'il conviendrait plutôt d'intituler soins de réhabilitation.

Le malade, admis demain dans l'hôpital "technologique" évoqué plus haut, sortira après quelques jours, muni d'un traitement complexe, nécessitant souvent la mise en œuvre de techniques lourdes mais ne rendant pas nécessaire pour autant la prolongation du séjour. Il ne sera pas en situation d'être pris en main par la seule médecine de proximité qui n'est pas formée à la mission de coordination des soins.

L'évolution inéluctable du système hospitalier sera caractérisée par la transformation progressive de beaucoup de petits et moyens hôpitaux en établissements de réhabilitation. Les malades y séjourneront jusqu'à ce qu'ils soient suffisamment rétablis, ou malheureusement, si ce rétablissement n'est guère envisageable, seront accompagnés le temps nécessaire et parfois jusqu'au terme de leur vie.

Les prévisionnistes en matière de santé estiment à 250.000 le nombre de lits ou places nécessaires pour ce faire à l'horizon 2015 ou 2020.

Or, outre le fait que la création de 250.000 lits n'est pas une mince affaire budgétairement parlant, un mouvement se crée en France demandant que les soins de réhabilitation soient dispensés, chaque fois que possible, sans perte de chances, au domicile du malade, au plus près de sa famille.

C'est ainsi que les pouvoirs publics ont décidé de favoriser le développement de l'hospitalisation à domicile qui fait intervenir ensemble, les milieux sanitaires, hospitalier ou de ville et les milieux sociaux, nécessaires au maintien à domicile. Beaucoup pensent que l'hospitalisation à domicile préfigure ce que seront les réseaux ville/hôpital. C'est ainsi, également, qu'est en train d'émerger une nouvelle forme d'exercice : la médecine de coordination qui devra être intégrée dans les disciplines universitaires et attirer un certain nombre de médecins aujourd'hui qualifiés de généralistes.

Après avoir constaté (I) que le meilleur système du monde suscite tensions et blocages et engendre des inégalités sociales et régionales, nous présentons maintenant (II) les principaux éléments d'un nouveau modèle avant d'en dériver des propositions concrètes (III).

UN NOUVEAU PARADIGME POLITIQUE : DU QUANTITATIF AU QUALITATIF

Des professionnels démobilisés, des patients déresponsabilisés, une exigence de qualité oubliée, des inégalités persistantes, des évolutions profondes dans la dispense des soins : le changement de politique s'impose⁽¹⁾.

Une politique de santé digne de ce nom doit se donner comme objectif d'offrir une garantie universelle d'accès à des soins de qualité délivrés dans les meilleures conditions d'efficacité possible. Quoiqu'apparemment formulé dans ces termes généraux, ce programme implique en fait un certain nombre de points précis.

D'abord, la garantie d'accès qu'il convient d'offrir à tous les résidents français ne peut couvrir tous les soins. Il importe de définir avec précision et clarté les contours de la solidarité nationale. C'est la problématique dite du "panier de soins" qui s'imposera tôt ou tard.

Elle consiste ensuite à édicter des critères explicites de prise en charge, remplaçant les critères implicites et historiques qui ont encore cours

⁽¹⁾ cf. Bernard Brunhes : *"La France n'a pas de politique de santé mais une politique de l'offre de soins essentiellement construite par un équilibre instable et conflictuel entre les exigences des lobbies professionnels et celles de la contrainte des finances publiques"*.

dans le système de santé français. Tout cela s'oppose à un certain discours politique qui prétend – contre toute évidence – que le rationnement des soins peut être évité moyennant l'élimination de quelques gaspillages, au demeurant limités, dont on rend tour à tour responsables – selon qui parle, à qui il parle et quand il parle! – les médecins, les patients ou la bureaucratie!

2.1. Les concepts

2.1.1. Le panier de soins ? Du discours à la réalité

La problématique du panier de soins s'inscrit dans la logique du *"nouvel universalisme"* prôné par l'OMS. : *"Si des services [de santé] doivent être fournis à tous, il ne peut s'agir de tous les services"*⁽²⁾. C'est tout simplement impossible compte tenu de la multiplicité des besoins et du progrès des techniques.

La vraie question consiste à déterminer quels sont les soins qui doivent faire l'objet d'un financement public et quels sont ceux qui peuvent être laissés à la charge des ménages, sans dommage

⁽²⁾ *Rapport sur la santé dans le monde (2000)*, Organisation mondiale de la santé, Genève, juin 2000.

pour la santé publique et la justice sociale. L'OMS propose de prendre comme critères de délimitation l'efficacité des soins, leur coût et leur acceptabilité sociale. Certains biens et services, actuellement financés par la sécurité sociale, ne remplissent pas ces conditions ; à l'inverse, des soins non pris en charge – et ils sont nombreux – pourraient l'être dans ce cadre. La discussion sur ces critères doit avoir lieu : la clarté et la transparence des choix collectifs y gagneraient.

« la vraie question consiste à déterminer quels sont les soins qui doivent faire l'objet d'un financement public »

2.1.2. La qualité ? Elle s'évalue !

L'accent mis sur la qualité constitue le deuxième pilier de ce programme. La qualité reste dans le système de santé français un thème rhétorique : on en parle beaucoup, on la décrète, mais on ne la définit pas, on ne la mesure pas, on ne la promeut pas ! La qualité en santé peut s'apprécier à partir de deux critères :

- le caractère approprié des soins, compte tenu de l'état du patient et du résultat recherché ;
- la conformité des pratiques à l'état des connaissances médicales. En région Ile-de-France, une

région plutôt favorisée, on estime à 30 % environ le nombre de centres de cardiologie interventionnelle ne répondant pas aux critères de qualité édictés par les sociétés savantes de cardiologues ! La qualification des praticiens et la fréquence des actes y sont inférieures aux normes.

Les travaux américains sur la question distinguent généralement quatre sources de non-qualité :

- les erreurs évitables,
- la sous-utilisation de certains biens et services (par exemple l'existence de patients non dépistés et non traités),
- la sur-utilisation d'autres ressources (par exemple la prescription inutile ou redondante d'actes diagnostics),
- la variabilité des pratiques (le fait que les mêmes patients ne soient pas toujours traités de la même manière).

En France, la non-qualité est trop souvent réduite à la seule sur-utilisation de certains médicaments. Cette vision est restrictive et, à côté de cas avérés de sur-prescriptions, il reste de vastes territoires de maladies sous-traitées, sous-diagnostiquées. Elles pèsent sur la santé publique, et même sur les comptes de la sécurité sociale dans la mesure où elles amènent souvent à traiter en urgence des complications qui auraient pu être évitées par une prise en charge plus précoce.

Des efforts avaient été entrepris en 1993-1994 pour accroître la qualité des soins en France. Des référentiels professionnels obligatoires avaient été publiés pour aider les médecins dans leur pratique quotidienne. Des listes d'actes ou pratiques inutiles ou dangereuses (par exemple certains actes diagnostics redondants ou des associations médicamenteuses risquées) avaient été dressées et les médecins s'étaient conventionnellement engagés à les suivre. La formation médicale continue a été rendue obligatoire – au moins dans les textes

« il reste de vastes territoires de maladies sous-traitées, sous-diagnostiquées »

– et une Agence pour l'évaluation et l'accréditation en santé (l'ANAES) a été créée. Des initiatives ont été prises en matière de coordination des soins et de décloisonnement du

système: une politique d'expérimentation de réseaux de soins intégrant des établissements de santé, des professionnels libéraux, des professionnels paramédicaux, des assureurs ou des industriels, a été lancée à l'occasion du plan Juppé.

Ce vaste mouvement, qui a suscité en son temps des débats passionnés, est finalement tombé en désuétude. Les référentiels professionnels sont en déshérence ; l'obligation de formation continue des médecins n'est pas appliquée ; l'accréditation des hôpitaux et l'évaluation des pratiques médi-

cales n'ont guère progressé. Quant aux réseaux de soins, l'État s'en est désintéressé et ils ne doivent leur survie qu'à l'acharnement des promoteurs sur le terrain et à la conviction de quelques hommes politiques pensant que les réseaux peuvent être des leviers pour faire évoluer le système.

Une politique de qualité est cependant possible et nécessaire. Elle peut même faire consensus dans le monde de la santé. Elle nécessite cependant une réelle volonté politique, un effort méthodologique et la reprise d'un vrai dialogue avec les professions de santé.

2.1.3. Des dépenses de santé croissantes mais efficaces

En ce qui concerne les questions plus proprement économiques, il faut commencer par admettre cette évidence que les dépenses de santé vont continuer à croître en France, comme dans tous les pays développés (10 % du PIB aujourd'hui, 15 % en 2020 ?). Il faut convenir que la règle selon laquelle elles devraient suivre la croissance de la richesse nationale (le produit intérieur brut) n'a aucun fondement théorique ou empirique. Elle ne s'applique dans aucun des grands pays développés. Le processus de développement économique et social n'est pas homothétique : certaines consommations croissent plus rapidement que

la moyenne ; d'autres régressent en termes relatifs, voire absolus. Les biens et services de santé appartiennent typiquement à cette catégorie de "biens supérieurs" dont la consommation augmente, en termes absolus et en termes relatifs, avec l'amélioration du niveau de vie. S'il existe une "loi économique" dans ce domaine, avec une validité quasi universelle, c'est bien celle là !

Cependant, cette croissance qui est largement vouée prend des allures de croissance intégralement subie. Les mécanismes de socialisation de ces

« les dépenses de santé vont continuer à croître en France, comme dans tous les pays développés »

dépenses et la déconnexion entre consommation et financement interdisent en effet de distinguer la part relative de la croissance correspondant à de réels besoins sanitaires et celle imputable à un dysfonctionnement des

mécanismes de régulation. Tout service public à financement collectif suscite cette même interrogation : comment s'assurer que le niveau de prestation correspond effectivement à celui des besoins collectifs ?

Les deux thèmes évoqués précédemment, le "panier de soins" et la politique de qualité, apportent des éléments de réponse. S'ils étaient simul-

tanément mis en œuvre, la collectivité aurait la certitude qu'elle finance des soins qui :

- correspondent à des critères de qualité technique,
- et relèvent explicitement de la solidarité nationale.

Il serait, dès lors, difficile d'invoquer une croissance abusive, des dérives, des dérapages, des gaspillages, etc. La dépense et sa croissance se trouveraient légitimées et la collectivité devrait la

« la politique
de qualité a un
coût qu'il faut
assumer »

financer, fût-ce au prix d'une augmentation des prélèvements obligatoires. Il est tout à fait normal, en revanche, qu'elle hésite

à couvrir des soins dont elle n'est pas certaine qu'ils correspondent aux standards reconnus de qualité ainsi qu'aux exigences de la solidarité !

Dans ce cadre, la maîtrise n'est plus exclusivement financière et la politique économique retrouve son objectif naturel, à savoir la recherche de l'efficacité, la meilleure qualité au meilleur prix. Cet objectif implique que la collectivité puisse clairement décider de financer les soins pertinents en relation avec des intérêts de santé publique.

Cet objectif ne se confond pas avec une recherche exclusive d'économie financière : la politique de

qualité a un coût qu'il faut assumer et on n'en voit les retombées qu'à long terme.

La stratégie d'efficacité implique l'abandon des stratégies de prix au profit d'une approche globale portant sur les prix, les volumes et la qualité des soins. Mais comment mettre en œuvre cette approche ? Le contrat entre les payeurs et les offreurs de soins répond à cette question. Il est l'instrument d'une telle politique.

La politique conventionnelle a longtemps dominé la politique de santé. Elle a été progressivement vidée de son contenu. Les conventions médicales ne fonctionnent plus et les accords-cadres signés avec l'industrie pharmaceutique n'ont plus guère de sens, l'État décrétant des prélèvements financiers unilatéraux, au gré de ses besoins.

De même, le budget global, qui constitue depuis 1985 l'instrument de financement de l'hospitalisation publique – 35 % des dépenses de santé ! – ne fonctionne plus. S'il a pu être à un moment un instrument de rationalisation, il est aujourd'hui un instrument de rationnement, qui menace à court terme la qualité du service public hospitalier. Après avoir réorganisé la logistique hôtelière, après avoir comprimé les dépenses de personnels, beaucoup d'établissements se trouvent aujourd'hui contraints de sacrifier les dépenses d'investissement pour faire face aux dépenses

médicales courantes. C'est tout l'avenir du système hospitalier qui est ainsi compromis.

2.1.4. Les coûts par pathologies : du mythe à la réalité

Le concept d'hôpital se transforme. En 20 ans, la durée moyenne d'hospitalisation dans les établissements publics de court séjour a été pratiquement divisée par deux : de plus de 11 jours en 1980 à moins de 6 en 2000. Ce sont de moins en moins des lieux d'hébergement et de plus en plus des lieux de haute technicité. Celle-ci interdit de voir dans les hôpitaux du futur un simple service de proximité. Mais dans le même temps, on manque d'institutions d'accueil pour les personnes âgées dépendantes, de centres d'aide aux handicapés, etc. Il faut concevoir un maillage du territoire avec des établissements spécialisés et complémentaires, les uns à vocation médicale, les autres orientés davantage vers la prestation médico-sociale, avec des rapprochements et des collaborations privé-public. Ce mouvement de restructuration est en cours. La création des ARH en 1996 l'a favorisé, mais il a commencé tardivement et il progresse encore trop lentement. La poursuite et l'accélération de la restructuration, la réforme des modes de financement et l'amélioration de la qualité des instruments de gestion, sont des priorités nationales.

Il n'existe, par ailleurs, aucune justification sérieuse à l'existence de deux modes de financement : le budget global pour les hôpitaux publics et, pour les cliniques privées, une série très complexe de forfaits (prix de journée, forfait d'entrée, forfait pharmacie, forfait salle d'opération, forfait de prestations, etc.) souvent hétérogènes d'un établissement à l'autre en fonction de considérations locales et historiques. Ces modalités différentes de financement font obstacle à une meilleure coopération du privé et du public.

« on peine à comprendre pourquoi on utilise encore dans ce pays cet instrument rustique qu'est le budget global »

En fait la méthode moderne de financement, la méthode des coûts par pathologie, consiste à allouer aux hôpitaux des sommes forfaitaires correspondant aux types de malades traités. Elle permet de tenir compte de l'activité réelle des établissements tout en les incitant à des gains de productivité. De très nombreux pays ont adopté cette formule. La technique et les instruments sont connus de longue date et ils existent même, à simple fin d'information, en France. On peine à comprendre pourquoi on utilise encore dans ce pays cet instrument rustique qu'est le budget global dénué de toute

vertu restructurante, même s'il a fallu inventer les points ISA (Indicateur Statistique d'Activité), dont la valeur est calculée en fonction des dépenses constatées pour chaque hôpital et service, et non pas en fonction de la qualité ou de la légitimité médicale des soins dispensés.

2.2. Quelles réformes ?

La politique dont les concepts de base viennent d'être présentés, ne peut être menée à bien sans que des réformes structurelles, touchant les institutions d'assurance maladie, soient entreprises. Plusieurs raisons militent en ce sens.

2.2.1. Le *statu quo* conduit à l'étatisation

Le système de santé français connaît depuis quelques années un mouvement incontestable d'étatisation de son mode de gestion et de fonctionnement. Sans être devenu totalement "bévéridgien", il n'est déjà plus tout à fait "bismarkien". On sait que ces systèmes bismarkiens, que l'on trouve dans des pays comme l'Allemagne, les Pays-Bas, la Belgique ou l'Autriche⁽³⁾, se caractérisent principalement par l'existence de caisses

⁽³⁾ Pour une comparaison avec le système des États-Unis, voir en annexe.

d'assurance maladie distinctes de l'État, organisées sur une base professionnelle ou régionale, et par un financement à travers des cotisations sociales obligatoires, assises sur le revenu mais indépendantes de l'impôt.

Trois autres traits sont spécifiques de cette forme d'organisation :

- le pluralisme, avec la coexistence de structures d'offres de soins publiques et privées,
- le choix, avec la possibilité pour l'assuré de choisir ses prestataires de soins et même, dans certains pays, sa caisse d'assurance maladie,
- enfin, l'autonomie des caisses, qui disposent de capacités de gestion plus ou moins larges, notamment vis-à-vis des prestataires.

En France, certaines de ces caractéristiques ont été remises en cause, singulièrement depuis quelques années. Le financement a été en partie fiscalisé par l'intermédiaire de la CSG, qui est davantage une ressource fiscale plus ou moins affectée qu'une cotisation sociale, et qui représente désormais près du tiers des ressources de l'assurance maladie.

Mais surtout, l'autonomie de gestion des caisses a été fortement restreinte. L'État qui avait traditionnellement la responsabilité du secteur hospitalier public a également pris en gestion directe l'hospitalisation privée depuis 1999. Il gère par

ailleurs le secteur pharmaceutique et celui des dispositifs médicaux, en réglementant l'accès au remboursement et les prix. Et si les relations avec le secteur libéral sont officiellement laissées à la compétence des caisses, l'État s'est donné un droit de regard et d'agrément très strict sur tous les accords et conventions passés entre les caisses et les représentants des professions de santé. Il a, par exemple, édicté un "*règlement conventionnel minimum*" dont il a défini le contenu et qui s'applique en cas d'échec des négociations conventionnelles ou en cas de non-agrément de leurs résultats. Les professions de santé ne s'y sont d'ailleurs pas trompées et l'État, à travers le gouvernement, apparaît en première ligne de tous les conflits sociaux de la santé, y compris ceux qui impliquent les professionnels libéraux.

D'ailleurs, si les ordonnances Juppé prévoyaient une délégation contractualisée de responsabilité de l'État envers les caisses, la convention finalement signée par les deux supposés partenaires est une convention d'objectifs et de gestion et non pas une convention d'objectifs et de moyens. On a ainsi augmenté le pouvoir tutélaire de l'État sur les caisses et favorisé la déconcentration plutôt que la décentralisation. Le principe de subsidiarité a été contourné.

Cette évolution, qualifiée d'étatisation rampante, aboutit à vider peu à peu de leur substance et de

leur pouvoir les institutions autonomes du modèle bismarkien au profit de l'État, voire du gouvernement lui-même, à travers les cabinets des départements ministériels en charge du dossier !

La procédure d'agrément des réseaux de soins dérogatoires du plan Juppé, ouverts aux libéraux, illustre cette dérive jusqu'à la caricature. Alors que ces projets avaient été évalués successivement au plan national par la Caisse nationale d'assurance maladie, le Conseil d'orientation des filières et réseaux de soins expérimentaux, la Direction de la sécurité sociale, sans parler des instances locales (Caisse primaire d'assurance maladie, collectivités territoriales, etc.), les cabinets ministériels concernés ont tenu à renégocier eux-mêmes des points mineurs qui avaient pourtant fait l'objet d'un large accord à tous les niveaux, locaux, régionaux et nationaux. Les projets sont retardés, les promoteurs découragés, les évaluateurs désavoués, sans aucun bénéfice collectif : les améliorations sont généralement cosmétiques et sans importance pratique. Il ne s'agit que d'une motion de défiance vis-à-vis des acteurs du système de santé, quels qu'ils soient !

Nombreuses sont aujourd'hui les voix qui réclament un rééquilibrage des centres de décision et le retour à un partage du pouvoir, qui remette l'État à sa place, se situant dans l'esprit des modèles bismarkiens.

2.2.2. La régionalisation, alibi, leurre ?

Pour certains observateurs, le salut pourrait venir d'une décentralisation du système de santé. À leurs yeux, les dysfonctionnements actuels relèvent d'un excès de pouvoir des structures centrales au détriment des centres de décisions locaux. Le "bon" niveau d'administration serait ainsi le niveau régional et ils prônent un transfert de compétence vers des structures locales renforcées, les Agences régionales de santé (ARS), qui, par leur connaissance du terrain, seraient à même de gérer la dépense de santé avec l'efficacité requise.

En fait, depuis plusieurs années, un mouvement de régionalisation s'est amorcé. Des institutions ont été créées⁽⁴⁾ :

- les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) pour coordonner la politique locale des différents régimes et caisses nationales ;
- les Agences régionales d'hospitalisation (ARH), pour exercer une tutelle financière régionale sur les établissements d'hospitalisation publics et privés ;
- les Observatoires régionaux de santé (ORS) pour observer les évolutions épidémiologiques ;

⁽⁴⁾ Mais comme le souligne Rémy Fromentin, président de la Conférence des Directeurs d'URCAM (1998-2001) : *"Quant à la régionalisation, disons tout simplement qu'aucune des institutions régionales créées ou confirmées par les ordonnances n'a pu véritablement venir à bout d'un centralisme méfiant et autoritaire"*.

■ Du côté des professionnels, les Unions régionales des médecins libéraux (URML), élues par les médecins eux-mêmes, sont devenues des interlocuteurs des pouvoirs publics et le poids des différents syndicats médicaux se mesure désormais à l'aune des sièges et des présidences qu'ils y détiennent.

« que faut-il
réellement
décentraliser ? »

Cette tendance s'inscrit davantage dans une perspective de déconcentration, que de décentralisation pro-

prement dite. Ce n'est pas la décision en matière de politique de santé qui est transférée au niveau local, mais ses modalités de mise en œuvre dans certains secteurs précis.

Faut-il aller plus loin et envisager une réelle décentralisation, dans l'esprit des lois de 1984, avec transfert de pouvoir à des instances élues, par exemple les conseils régionaux ? D'abord, on notera, qu'à ce jour, les projets de décentralisation restent très imprécis : que faut-il réellement décentraliser ? Le choix des prestations ? Le financement ? Les relations conventionnelles avec les professionnels ? La seule gestion des structures hospitalières et les masses salariales afférentes ? Peut-on envisager des financements locaux avec des cotisations régionales ? Peut-on imaginer que les soins pris en charge varient d'une région à

l'autre? Comment éviter que cette autonomie régionale n'aggrave les inégalités interrégionales ?

Par ailleurs, la décentralisation ne saurait constituer en elle-même un remède aux inégalités interrégionales. Bien au contraire, les exemples internationaux montrent qu'une politique vigoureuse d'atténuation des déséquilibres régionaux peut être menée de façon centrale, comme c'est le cas en Grande-Bretagne. *A contrario*, les pays qui, comme l'Italie ou l'Espagne, décentralisent leur système de santé – dans une perspective fédéraliste qui n'est pas la nôtre – ont beaucoup de mal à maintenir le principe d'une solidarité interrégionale.

Il est enfin illusoire de penser que la régionalisation peut permettre de résoudre les problèmes de fond qu'affronte notre système de santé. Si, comme nous l'avons rappelé, notre système souffre essentiellement des déficiences d'un mode de régulation incapable de gérer la contradiction d'un financement serré et d'un accès large, la décentralisation ne constitue certainement pas une solution, puisque le même type de dérive peut alors parfaitement se reproduire au niveau local.

La réflexion sur le niveau d'administration le plus pertinent, sans être dénuée d'intérêt, est seconde par rapport à celle qui porte sur l'adap-

tation des institutions à la gestion de la qualité, à la contractualisation avec les professions de santé et au développement de services aux assurés sociaux.

Maintenant que nous avons dégagé les traits principaux d'un nouveau paradigme, venons-en à des propositions plus concrètes conformes à l'esprit de celui-ci.

VERS UNE NOUVELLE ARCHITECTURE POUR L'ASSURANCE MALADIE

L'analyse précédente a souligné les incohérences conceptuelles et la confusion des responsabilités qui caractérisent notre système actuel.

Des caisses nationales autonomes, mais un État omniprésent qui exerce sa tutelle sur les hôpitaux publics, fixe le prix des médicaments et négocie à l'occasion directement avec les professions de santé.

Un financement par des cotisations assises sur le travail, mais aussi sur les revenus alors même que désormais, selon la loi, l'appartenance à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie ne repose plus, *in fine*, sur le travail mais sur la résidence sur le sol français.

Un État qui ne se préoccupe guère de santé publique et notamment de prévention et d'éducation sanitaire, comme en témoigne par exemple une médecine scolaire quasiment inexistante, alors que l'apprentissage de règles de "bonne santé", le dépistage et le suivi de certaines maladies chroniques devraient commencer dès l'école maternelle.

Nous proposons donc une nouvelle architecture de l'assurance maladie, véritable composante d'une politique de santé digne de ce nom qui, comme nous le rappelons, doit offrir une garan-

tie d'accès à des soins de qualité délivrés dans les meilleures conditions d'efficacité possible.

Cette nouvelle architecture définit une véritable assurance maladie universelle. Elle s'articule autour de deux concepts : un panier de soins universel et un financement universel. Elle s'inscrit dans un contexte où un Haut conseil de la santé éclaire les choix politiques en matière de santé.

3.1. Un Haut conseil de la santé

Un tel Conseil, qui devrait bénéficier d'une double légitimité, politique et scientifique, aurait pour mission générale de proposer les grandes orientations en matière de politique de santé, notamment dans le domaine de la prévention, de garantir la qualité des soins dispensés et de l'efficacité des dépenses publiques consacrées à la santé.

En particulier, ce Haut conseil reprendrait les missions de l'actuel Haut comité de la santé publique, se prononcerait sur les objectifs des différentes agences de santé, notamment l'ANAES, sur la planification de la démographie médicale (à travers le *numerus clausus* à l'entrée des facultés de médecine), sur des créations d'emplois hospitalo-universitaires qui déterminent à long terme la répartition des spécialités médicales, sur le contenu et l'évolution du panier de soins.

La création d'un tel Conseil a été préconisée par de nombreux experts, notamment Bernard Brunhes que nous citons : *“Pour que les grands choix de politique de santé soient réfléchis et transparents, il faut créer un Haut conseil de la santé, construit sur le modèle d'instances telles que le CSA, l'ART ou le Conseil constitutionnel !”*

Restreint, comprenant 13 membres, ce Haut conseil serait constitué de 4 personnalités du monde scientifique désignées par l'Institut de France, de 4 personnalités désignées par le président de l'Assemblée nationale et le président

« une double légitimité, politique et scientifique »

du Sénat, de 4 membres représentant du Conseil économique et social choisis parmi les représentants des organisations syndicales et patronales. Le président

de ce Haut conseil, une personnalité scientifique, serait désigné par le président de la République.

Doté de moyens d'actions et d'investigations qui le rendraient indépendant du Ministère de la santé, il bénéficierait notamment de l'assistance de la Cour des comptes, des grands corps d'inspection et des médecins conseils de l'assurance maladie actuelle (le plus important cabinet d'audit médical du monde!).

Le Parlement, après consultation du Haut conseil arrêterait notamment les missions d'intérêt général, la définition des services médicaux remboursables (paniers de soins), la fixation des modes de financement, la définition des normes de qualité, la garantie de l'accès universel, la définition des priorités de santé publique, la politique d'éducation et de recherche.

Le Haut conseil adresserait un rapport annuel au président de la République sur l'état de la santé en France.

En revanche, la gestion pratique du système, les relations avec les professionnels de santé, y compris les hôpitaux, ce qu'on appelle la "gestion du risque" (c'est-à-dire la vérification de pertinence des soins) ne saurait relever que de l'assurance maladie. Ce partage des tâches répond à une nécessité logique. Il est illusoire de penser que l'État puisse gérer efficacement le risque maladie de 60 millions d'assurés sociaux.

3.2. Une véritable assurance maladie universelle

On propose donc de faire évoluer notre assurance maladie vers une assurance maladie universelle couvrant tous les résidents français et dont la responsabilité relèverait d'une Caisse

d'assurance maladie universelle bénéficiant d'une véritable autonomie, notamment financière. Tous les résidents de notre pays bénéficieraient ainsi du même régime d'assurance maladie (y compris les parlementaires), ce qui ne ferait que mettre en cohérence les structures avec la réalité. En effet, comme le souligne avec pertinence Jean de Kervasdoué : *“On peut se demander s'il reste à la multiplication des régimes actuels un quelconque fondement, vérifier les droits dont tout le monde dispose ou rembourser des feuilles de soins, alors que le tiers payant permettrait de payer directement les professionnels de santé. Est-ce utile ? Le système actuel est un système du passé”*.

Cette Caisse d'assurance maladie universelle (CAMU) serait administrée par un conseil dont la composition devrait refléter les différentes composantes de la société française et s'inspirer par exemple de celle du Conseil économique et social.

Cette assurance maladie universelle s'articulerait autour de deux concepts :

3.2.1. Un panier de soins universels

Un panier de soins universels : une liste exhaustive définissant les biens et les services de santé (éventuellement en liaison avec une pathologie) admissible à la prise en charge à 100 % par

le régime d'assurance maladie obligatoire pour tous les résidents français. Le contenu de cette liste proposé par le Haut conseil de la santé serait approuvé chaque année par le Parlement. Observons qu'il est possible de définir le panier de soins *a contrario* en explicitant ce qu'il ne contient pas, c'est-à-dire les biens et les services de santé non pris en charge.

Les biens et les services de santé non pris en charge au titre de l'assurance maladie universelle relèveront de l'assurance supplémentaire. Les

«financer d'une manière simple et unique le régime universel »

mutuelles, institutions de prévoyance, compagnies d'assurance, aujourd'hui payeurs aveugles qui interviennent en complément de l'assurance maladie devront devenir de véri-

tables assureurs de risque maladie pour couvrir sur une base facultative et gérer au premier euro du risque supplémentaire afférent à des soins ne figurant pas dans le panier de soins universel.

On peut parfaitement envisager que la couverture d'une partie des risques supplémentaires soit obligatoire (exemple : certaines catégories de soins dentaires, optiques), avec des mécanismes de type CMU/complémentaire actuels, pour les personnes qui ne disposent pas de revenus suffisants pour accé-

der à la fraction obligatoire d'une couverture supplémentaire, ou de crédit d'impôts dans l'esprit des propositions de la mutualité française.

3.2.2. Un financement universel : une CSG-santé

Avec la CMU, comme nous l'avons analysé précédemment, l'accès à l'assurance maladie ne repose plus exclusivement sur l'exercice d'une activité professionnelle mais sur la qualité de résident régulier. Dans ce nouveau contexte, nous proposons de financer d'une manière simple et unique le régime universel, c'est-à-dire la totalité du contenu du panier de soins universel.

Ce financement consisterait dans une CGS-santé déductible, assise sur l'ensemble des revenus. Les salariés percevraient un salaire brut supérieur, égal au salaire actuel augmenté du montant des actuelles cotisations patronales relatives à l'assurance maladie. Pour les salariés, cette CSG-santé se substituerait aussi aux cotisations patronales et salariales.

Sur la base de 2002, le taux de cette CSG, si elle était uniforme, indépendamment de la nature du revenu, serait de l'ordre de 13,4 % (dépenses prévisibles de l'assurance maladie 112,8 milliards d'euros, valeur du point CSG : 8,4 milliards d'euros).

Une CSG uniforme reviendrait de fait à accroître considérablement la contribution des retraités qui passerait de 6 % à 13,4 % ainsi que la contribution des revenus de l'épargne. Dans cette perspective, il serait judicieux de distinguer au sein de la CSG deux composantes :

- une composante relative aux revenus d'activité,
- et une composante relative à l'épargne et aux revenus de remplacement (dont les retraites).

Pour fixer les idées, le *statu quo* reviendrait à un taux de l'ordre de 18 % sur les revenus d'activité – rappelons la majoration des actuelles cotisations maladie patronales – et à un taux de l'ordre de 6 % sur les revenus de l'épargne et des retraites.

Le Parlement voterait le panier de soins universels ainsi que le taux de CSG-santé correspondant aux dépenses prévues au titre de l'assurance universelle.

Le taux de CSG-santé, indicateur lisible, permettrait à tous les citoyens d'apprécier leur contribution à l'assurance maladie universelle en regard de la nature du panier de soins universel.

Ainsi, par l'assurance maladie universelle, il y a égalité d'accès à l'assurance maladie, égalité de droit et à nature de revenu comparable, égalité de contribution.

Pour les salariés, il resterait une assurance relevant de l'entreprise, celle qui concerne aujourd'hui les prestations en espèces (de l'ordre de 5-7 % des dépenses d'assurance maladie des salariés), les accidents du travail, les invalidités ; l'ensemble pourrait être regroupé au sein d'une caisse maladie d'entreprise dont la gestion paritaire serait tout à fait légitime.

3.3. Les modes de gestion

Dans cette nouvelle architecture, les responsabilités sont clairement définies :

- À l'État sur la base des recommandations du Haut conseil de la santé de fixer les règles et d'arrêter la politique de santé notamment en terme d'assurance maladie universelle (panier de soins, taux de CSG-santé) et d'assurance supplémentaire généralisée, accessible à tous et neutre fiscalement (déduction des primes du revenu imposable et crédit d'impôt) ;

Ceci devrait conduire à deux débats sanctionnés par un vote au Parlement. Le premier permettrait l'adoption d'une "loi de santé publique", le second porterait sur le taux de CSG et les taxes diverses contribuant au financement de l'Assurance maladie universelle.

Il convient, en effet, que les assemblées votent non seulement "combien" comme c'est le cas aujourd'hui, mais aussi "pourquoi faire" et l'adop-

tion de cette loi de santé publique doit être un préalable au vote de la loi de financement de l'Assurance maladie.

- À la Caisse d'assurance maladie universelle de gérer globalement le risque maladie, c'est-à-dire tant ce qui concerne aujourd'hui la médecine ambulatoire que l'hôpital en respectant le cahier des charges défini par l'État et le budget voté par le Parlement (les recettes afférentes au taux de CSG en vigueur).

Dans ce nouveau contexte, il est possible pour la Caisse d'assurance maladie universelle d'envisager plusieurs modes de gestion. Nous en proposons deux :

- le monopsonne efficient ;
- la délégation de gestion du risque à des opérateurs de soins en concurrence.

Au préalable, il convient de préciser le mode de financement des hôpitaux, qui, à notre sens, s'impose quel que soit le mode de gestion choisi.

3.3.1. Le financement des hôpitaux

La gestion globale du risque maladie par la Caisse d'assurance maladie universelle (CAMU) implique des relations contractuelles avec les établissements d'hospitalisation et donc l'unification du mode de financement entre le public et le privé à but lucratif, sur la base des "coûts par pathologie".

La difficulté vient de ce que les établissements n'assurent pas qu'une fonction de délivrance des soins. Ils assument également – du moins certains d'entre eux – des missions de service public telles que l'enseignement, la recherche, l'accueil des urgences, voire l'aménagement du territoire.

La solution passe par la distinction – au niveau de chaque établissement – d'un budget de service public et d'un budget de soins.

Le premier serait négocié auprès des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et financé sur des fonds publics.

« distinction budget de service public et budget de soins » Ce n'est pas à la CAMU de prendre en charge les missions de service public de l'hôpital. Il s'agit de tâches d'intérêt collectif qui doivent donc être prises en charge par la collectivité.

En revanche, quel que soit le mode de gestion choisi, l'acheteur, ou les acheteurs, de soins contribuerait au financement de la partie correspondante du budget hospitalier. Une agence indépendante, relevant du Haut conseil, établirait l'échelle de "coûts par pathologie" qui servirait de référence aux négociations entre l'acheteur (ou les acheteurs) et les institutions hospitalières.

Observons que la Fédération hospitalière de France, dans son projet *L'avenir de l'hospitalisation publique*, délibéré le 4 décembre 2001, préconise une tarification tenant compte de l'activité pour le financement des établissements de santé.

Projet de la Fédération hospitalière de France

(décembre 2001)

**L'avenir de l'hospitalisation publique
(4^e orientation)**

Le financement des établissements de santé, sous forme de dotation globale de financement, doit être réformé progressivement au profit d'une tarification tenant compte de l'activité.

Dans ce cadre, les missions de service public doivent être financées forfaitairement en fonction des missions spécifiques confiées à chaque établissement.

Cette proposition implique une convergence des financements entre le secteur public et le secteur privé, afin d'éviter les distorsions de concurrence entre les deux secteurs, notamment, dans le domaine de la chirurgie.

Les cliniques privées, répondant à des besoins reconnus par les schémas régionaux d'organisation sanitaires, doivent justifier de leur utilité en termes de santé publique, dans le cadre exclusif de la concession de service public.

La fongibilité des enveloppes financières allouées par les pouvoirs publics, notamment au niveau régional, est inhérente à la mise en œuvre de cette proposition.

Extraits

Aux États-Unis, par exemple, une agence publique, la *Health care financing administration* (HFCA) – qui vient de changer de nom et s'appelle désormais *Center for medicare and medicaid services* (CMS) – établit la liste des tarifs hospitaliers pour les 74 millions de personnes qui relèvent des programmes fédéraux (Medicaid pour les personnes défavorisées et Medicare pour les personnes âgées). Ces tarifs sont opposables aux assureurs privés qui assurent la couverture des patients Medicare.

Cette dissociation du budget hospitalier, qui est techniquement réalisable, permettrait de résoudre la contradiction immanente à un processus

d'unification statutaire d'établissements soumis à des contraintes différentes. Certains établissements, par exemple des cliniques privées, ne disposeraient que d'un budget soins. Pour certains hôpitaux publics, les hôpitaux universitaires ou certains hôpitaux locaux, le budget de service public pourrait représenter la majeure partie de leurs ressources.

3.3.2. Le monopsonne efficient et responsable

On maintient le système actuel, le monopsonne, en responsabilisant les acteurs. La Caisse d'assurance maladie universelle, acheteur unique de soins, gèrerait directement à travers son réseau de caisses régionales la globalité du risque maladie afférent au panier de soins universel, c'est-à-dire tant ce qui relève de la médecine ambulatoire que de l'hôpital et des biens médicaux. Les caisses contracteraient avec les hôpitaux et les professions de santé sur la base de conventions générales arrêtées au niveau national avec les professionnels de santé avec des modulations possibles pour tenir compte des spécificités régionales et locales (densité médicale, infrastructure hospitalière, répartition des spécialités, etc.). Le plan proposé, en 1999, par Gilles Johanet avait le mérite de la cohérence et s'inscrivait dans cette

«qui assume le
risque financier?»

assurance maladie universelle, acheteur unique de soins, gèrerait directement à travers son

ligne. La prise en charge des soins hospitaliers par les caisses se ferait, comme nous l'avons vu, sur la base du coût par pathologie.

Dans ce schéma, il s'agit d'une concentration de la gestion. Reste entière la question : qui assume le risque financier ? La Caisse nationale étant en situation de monopsonne, si malgré les régulations qui lui appartient de mettre en place, un déficit est prévisible pour l'année N en toute logique, la CSG-santé de l'année $N+1$ augmenterait par rapport à son évolution naturelle pour résorber ce déficit. In fine, c'est l'ensemble des résidents actuels qui assumerait le risque et serait ainsi responsabilisé à travers l'évolution de leur contribution financière assise sur l'ensemble des revenus. Il appartient au Haut conseil de santé d'apprécier la nature et les causes de ce déficit et de proposer des solutions pour le résorber.

On pourrait envisager d'aller plus loin et de mettre en place une véritable régionalisation. En d'autres termes, la Caisse d'assurance maladie universelle pourrait répartir le budget global entre des caisses régionales (sur la base de critères nationaux), avec des modulations pour rétablir l'équité entre les régions, comme le fait le National Health Service anglais, à charge pour chacune de ces caisses de gérer le risque afférent au panier de soins universel. In fine, dans le cas d'un déficit régional sur l'année N en toute logique les résidents de cette région

devraient acquitter une CSG régionale supplémentaire en complément de la CSG nationale pour l'année $N+1$. Une véritable régionalisation devrait à notre sens relever de Caisses régionales d'assurance universelle avec un financement régional c'est-à-dire avec des taux de CSG variable d'une région à l'autre, c'est un tout autre système guère concevable chez nous.

En revanche, il pourrait y avoir mutualisation des déficits régionaux éventuels au niveau national avec accroissement du taux national de CSG l'année suivante pour intégrer ces déficits. Après analyse des causes et mise en œuvre des correctifs éventuels, la dotation régionale l'année suivante serait modulée.

Ce mode de gestion soulève de nombreuses questions. Comment, par exemple, s'assurer que la répartition des ressources entre les différents postes de soins à l'intérieur du budget national est efficiente ? Comment organiser l'offre de soins entre l'hôpital et la ville, le public et le privé, les soins médicaux et les soins paramédicaux ? Comment s'assurer de la pertinence médicale de la dépense ? La réponse passe par des mécanismes de gestion micro-économiques qui ne peuvent être mis en œuvre que par des opérateurs d'assurance maladie dont c'est la fonction de s'assurer de l'adéquation quantitative et qualitative entre l'offre et la demande de soins.

3.3.3. Délégation de gestion du risque à des opérateurs de soins en concurrence

L'approche institutionnelle préconisée ici est fondée sur la distinction entre le service public d'assurance maladie universel défini et garanti par l'État et la gestion de ce service, confié à des opérateurs indépendants d'assurance maladie agissant dans le cadre d'une délégation de gestion.

Cette option est cohérente avec le diagnostic porté plus haut : elle vise à concilier l'équité et l'efficacité dans la gestion de l'assurance maladie, à rénover les relations avec les professionnels de santé, à privilégier la stratégie de maîtrise des dépenses par la qualité. Elle repose sur le constat qu'une régulation étatique ne peut être, par nature, qu'une régulation macro-économique, incapable de faire face aux nécessités d'une gestion efficace du risque. La philosophie de cette approche n'est pas entièrement nouvelle. On la retrouve partiellement et paradoxalement dans le mécanisme de la CMU complémentaire. Celle-ci a, en effet, mis en place un système de santé parallèle, à usage exclusif des plus démunis, caractérisé par :

- une ouverture de droits sans relation avec le statut professionnel,
- une couverture universelle et intégrale des soins de santé,
- un panier de biens prédéfini par les assureurs

(pour la protection complémentaire),

- un montant de prime forfaitaire, pour la part complémentaire, égal à 1.500 francs par bénéficiaire et par an,
- le libre choix de l'assureur parmi des opérateurs publics, privés et mutualistes d'assurance maladie mis en concurrence pour la partie complémentaire,
- un financement largement fiscalisé à travers la recentralisation des crédits de l'Aide médicale gratuite, confiée aux départements par les lois de décentralisation,
- une modulation (annoncée) des prestations (ou du financement) en fonction du revenu pour les assurés se trouvant au-dessus du seuil fatal de 3.500 francs par personne et par an qui ouvre droit à la Couverture maladie universelle.

Ce sont certains de ces principes qu'on pourrait sans peine généraliser à la protection de base de l'ensemble des Français. La gestion du risque maladie est déléguée à des opérateurs choisis librement par les assurés.

Les opérateurs sont agréés par la CAMU sur la base d'un cahier des charges arrêté par l'État définissant leurs missions. Ils sont placés sous la tutelle du Haut conseil de la santé qui a la charge de vérifier la bonne exécution des cahiers des charges et la qualité des prestations. Les contrats offerts aux assurés sont des contrats viagers, qui ne peuvent être résiliés que par les assurés. La sélection

des risques est interdite, les opérateurs de soins ne peuvent refuser une adhésion au régime universel. Le financement de la partie obligatoire est assuré par un versement forfaitaire par assuré (capitation) versé par la CAMU à l'opérateur. Le montant capité est ajusté pour tenir compte de quelques caractéristiques individuelles qui ont une influence sur le coût des soins, l'âge, le sexe, la région pour absorber les inégalités régionales, éventuellement la classe de risque (les affections longues durée actuelles).

Les opérateurs assument le risque : ils gèrent leur population d'assurés dans le cadre de l'enveloppe fermée qui leur est allouée. C'est le Haut conseil

« la sélection
des risques est
interdite »

qui propose à l'État de réajuster le niveau des forfaits s'il constate que ceux-ci ne permettent plus de financer la

dépense de santé dans de bonnes conditions. Les excédents financiers éventuellement tirés de la gestion du régime universel sont affectés à des opérations directement liées à l'intérêt de la santé des assurés, sous le contrôle du Haut conseil. Enfin, les relations entre les professionnels et les opérateurs sont de nature contractuelle, les opérateurs pouvant constituer des réseaux de professionnels agréés bénéficiant d'avantages, en particulier tarifaires, en échange d'engagements sur la qualité des soins. Ces contrats sont soumis à la

double validation des ordres professionnels, médecins, odontologistes et pharmaciens, et du Haut conseil pour en éliminer les clauses qui pourraient être déontologiquement contestables, par exemple des obligations de résultats ou des modalités d'intéressement aux résultats financiers.

À partir de ce schéma, on peut imaginer deux modes de concurrence :

- Une concurrence limitée à des opérateurs nationaux :

Ce mode a été notamment étudié par la CFDT⁽⁵⁾. La gestion du risque serait déléguée à 3 opérateurs nationaux correspondant aux caisses nationales actuelles : CNAMTS, CANAM et Mutualité sociale agricole qui deviendraient indépendantes et en concurrence sur l'ensemble du territoire national et assumeraient aussi de nouvelles missions. Le mode de financement et le cahier des charges seraient celui que nous venons de présenter.

Ces trois opérateurs nationaux devraient assumer les risques financiers. Il conviendrait de définir les modalités de retour à l'équilibre en cas de déficit, réintégration des excédents éventuels des années antérieures, en cas d'absence d'excédent soit mutualisation au niveau national, c'est-à-dire augmentation de la CSG, ce qui n'est pas conforme à l'esprit de la mise en concurrence qui vise à la

⁽⁵⁾ cf. "Assurance maladie : la CFDT teste l'idée d'une concurrence entre caisses de Sécu", *La Tribune*, 15 décembre 2000.

responsabilisation des acteurs ou enfin possibilité de mise en œuvre d'une CSG spécifique à une caisse en plus de la CSG nationale pour rétablir son équilibre financier ;

- Une concurrence ouverte mais tempérée :
Dans ce mode de fonctionnement, les opérateurs qui bénéficieraient de la gestion du risque de la CAMU pourraient être : les caisses primaires d'assurance maladie actuelle, des régimes spéciaux actuels qui pourront s'ouvrir à de nouveaux adhérents (exemple : le régime des mines), les mutuelles 45, les sociétés à forme mutuelle, les institutions de prévoyance, les compagnies d'assurance, des groupements de médecins, des institutions hospitalières, etc.

Comme nous l'avons vu, outre le panier de soins universel, les assurés peuvent souscrire une assurance supplémentaire pour couvrir au premier euro les soins et les services non pris en charge par le panier de soins universel. Dans le contexte d'une concurrence ouverte, différentes configurations sont possibles : les opérateurs de soins agréés à couvrir le panier de soins universel pourront proposer des couvertures supplémentaires, notamment les caisses primaires actuelles et articuler couverture universelle de base et couverture supplémentaire. Bien sûr, des institutions d'assurances pourront proposer des couvertures supplémentaires sans être opérateurs de soins.

► *Pourquoi une organisation concurrentielle ?*

La concurrence organisée et réglementée entre différents opérateurs dans le cadre d'un régime légal d'assurance maladie est un modèle d'organisation qui existe dans des pays qui n'ont rien à céder à la France en matière d'équité sociale et de niveau sanitaire (en Hollande ou en Allemagne par exemple). En France même, il existe déjà une forme d'émulation ou de mimétisme entre assureurs publics et privés, même s'ils n'opèrent

«Un assureur monopoliste ne dispose que de très faibles marges de manœuvre »

pas sur le même marché. Elle porte essentiellement sur les services aux assurés. Si les années récentes ont apporté quelque chose de nouveau au concept d'assurance maladie, c'est bien cette notion de

service, avec un lien entre caisses et assurés ne se limitant pas à la liquidation des dossiers de remboursement. Caisses primaires d'assurance maladie, mutuelles, assureurs, institutions de prévoyance ont développé, un peu partout, chacun dans son domaine, des réseaux de santé, des plates-formes téléphoniques, des centres d'accueil et d'information patients, etc. Ce mouvement reflète un réel déficit traditionnel d'attention portée à l'assuré social. Force est de constater que beaucoup de ces services nouveaux

ont émergé – de manière beaucoup trop timide – sous l'impulsion de ce qu'il faut bien appeler la concurrence, et à l'initiative d'opérateurs privés : le système public n'a été que suiveur.

Mais la principale justification du modèle réside dans l'efficacité de la gestion du risque. Celle-ci nécessite à l'évidence de rompre avec le modèle de "payeur aveugle" pour évoluer vers un modèle de payeur responsable, en charge de l'optimisation des dépenses de santé. Un assureur monopoliste ne dispose que de très faibles marges de manœuvre dans la négociation, dans la mesure où la seule arme qu'il détient est l'arme atomique du déconventionnement. Un assureur concurrentiel dispose en revanche de toute une gamme de moyens puisque l'éventuelle sanction n'a pas le sens d'une interdiction professionnelle.

► *Quel statut pour les opérateurs privés ?*

Dans le modèle de concurrence ouverte, toutes les institutions d'assurance maladie, publique, privée ou mutualiste, voire des groupements de médecins et d'institutions hospitalières, pourraient prétendre à obtenir un agrément comme opérateur du régime légal, à condition d'offrir des garanties techniques de bonne exécution de la mission et d'accepter les termes du cahier des

charges. Il n'existe aucune raison sérieuse – autres que des considérations idéologiques – pour exclure les entreprises privées.

Toutes les institutions seront soumises aux mêmes règles du jeu : la sélection des assurés est interdite, les contrats sont viagers, le financement est socialisé, les garanties de base sont les mêmes pour tous, de même que le forfait de soins par assuré. Comme nous l'avons noté, ce statut devrait, à notre sens, interdire l'appropriation privée des excédents de gestion du régime universel. Ces excédents seraient réinvestis pour conduire des actions de prévention et proposer de nouveaux services aux assurés. Il appartiendrait donc aux assureurs privés de décider s'ils s'engagent ou non dans cette voie et ils peuvent être partagés sur ce sujet. Ce sera leur affaire. Enfin, *last but not least*, ces institutions qui pourraient se réassurer, assureraient la totalité du risque, le budget de la Caisse d'assurance maladie universelle ne serait pas dépassé.

► **Quelles relations avec les professionnels libéraux ?**

Les deux modes de concurrence supposent que des professionnels libéraux souscrivent avec les opérateurs de leurs choix des contrats non exclusifs définissant leur rémunération et leurs obli-

gations, dans le respect des principes du code de déontologie et des dispositions du cahier des charges. Il ne fait guère de doute que les opérateurs seront davantage enclins à vérifier la qualité des soins et le respect des obligations contractuelles que les actuelles caisses publiques. Le modèle est en partie conçu pour cela et peut, pour cette raison, susciter des réserves au sein des professions de santé. Elles y trouveront cependant des contre-parties positives. Le malaise des professions de santé montre d'abord à l'évidence les limites du modèle actuel, qui ne peut servir de référence. Le choix réel est celui d'une contrainte choisie et négociée se substituant à une contrainte subie.

Par ailleurs, la logique de contractualisation – une meilleure rémunération et une patientèle garantie en échange d'engagements de qualité des prestations – est de même nature que celle du "secteur promotionnel" réclamé de longue date par une fraction des syndicats médicaux. Il s'agit, rappelons-le, d'un secteur conventionnel amélioré offrant précisément ce type d'échange rémunération-qualité. Il n'a jamais vu le jour, en partie faute de moyens appropriés de contrôle et de vérification. Enfin, pour les opérateurs, le potentiel d'amélioration de la productivité du secteur de santé réside moins dans la gestion d'une profession en particulier que dans la coordination des soins et notamment dans l'articu-

lation ville-hôpital. Les médecins libéraux n'ont rien à perdre, bien au contraire, à l'amélioration de cette coordination.

Que devient cependant un prestataire qui refuserait de contracter ou qui ne trouverait pas d'opérateur contractant ? Ce cas ne devrait pas être fréquent, les contrats étant en principe ouverts à tous ceux qui en acceptent les clauses, bénéfiques et contraintes. On pourrait toutefois imaginer que les prestataires (et notamment les médecins) qui refuseraient un accord contractuel puissent bénéficier d'un "statut conventionnel minimal" permettant à leurs patients d'être remboursés.

On aurait ainsi trois catégories de prestataires :

- les privés purs, analogues aux actuels médecins non conventionnés,
- ceux qui bénéficient du "statut minimal", avec tarifs réglementés,
- ceux enfin qui contracteraient avec un ou plusieurs opérateurs et bénéficieraient donc des clauses du contrat à la fois sur le plan tarifaire et sur le plan des obligations professionnelles.

C O N C L U S I O N

Finalement, c'est sans aucun doute une des caractéristiques majeures des sociétés modernes : les citoyens expriment simultanément une forte demande de couverture sociale et de solidarité tout en revendiquant une adaptation fine de cette solidarité à leur spécificité et leurs particularités individuelles.

Ce n'est pas une situation totalement nouvelle. La protection sociale française s'est construite sur une contradiction similaire entre une exigence de solidarité nationale et la sauvegarde d'une appartenance corporatiste à un milieu professionnel précis.

Aujourd'hui, la dimension corporatiste s'est affaiblie, d'autant que la structure des professions a changé, que les grandes organisations à statut se sont largement transformées, certaines devenant des entreprises concurrentielles, d'autres disparaissant, et que les formes d'emploi se sont fractionnées. Les trajectoires professionnelles se sont éloignées du modèle d'emploi statutaire, dominant dans les années 50 et 60. La société est plus fluide, plus diverse, tout en restant dominée par une exigence de justice sociale et une forte demande de régulation publique. Nos concitoyens n'opposent cependant plus de manière idéologique le marché et l'État : ils les jugent pragmatiquement à l'aune de leur efficacité relative. Ils dénoncent volontiers les abus ou les

excès de la société marchande mais ils ne croient plus aux grands soirs des nationalisations ou de la planification impérative. Ils ne voient plus de contradictions entre le citoyen et le consommateur, entre la sphère privée et la sphère publique, entre le collectif et l'individuel. Ils veulent en particulier un système de santé qui soit à la fois équitable dans ses prestations et "réactif", comme dit l'OMS, dans ses relations avec les assurés, qui respecte les personnes, prête attention au client, écoute le citoyen. Ils ne veulent plus transiger avec les obligations de compétence et de qualité qu'ils imposent à leur environnement médical et social.

Les propositions esquissées ici n'ont d'autre but que de répondre à cette évolution sociale et politique dans le champ de l'assurance maladie. Elles visent à concilier, mieux que ne le fait l'actuel système – mieux surtout que ne le ferait le système étatisé vers lequel nous conduit l'évolution spontanée des choses – la solidarité, la qualité et l'efficacité.

Assurance maladie : analyse comparée France / États-Unis

Health care in France and the United States: learning from each other

(The Brookings Institution, 2002)

Paul V. Dutton

Associate Professor of European History, Northern Arizona University
Research Fellow, HHS Agency for Healthcare Research and Quality

The health care systems of both France and the U.S. face crises of unprecedented scope. Both countries possess large and growing elderly populations that threaten to push the pace of health care price increases even higher than their already faster-than-inflation rates. Observers in both countries fear that outlays for increasingly expensive medical treatments and technologies will wreak havoc on public spending priorities. In the U.S, unchecked health care inflation will imperil Medicare and Medicaid, spur ever-larger federal budget deficits, and push up the embarrassingly large number of Americans without any medical insurance at all. In France, already insufficient resources have spurred strikes and demonstrations by doctors, while health care price hikes endanger that country's commitment to its European partners to maintain low

budget deficits. A delinquent performance by France could place the entire project of European Monetary Union in peril.

Beyond these impending crises, American and French health care systems share several fundamental principles. Nonetheless, a World Health Organization report published in 2001 found that France has the best overall health care system among the 191 countries surveyed while the U.S. ranked 37th behind virtually all European countries as well as Morocco, Oman, and Costa Rica. Several factors explain the differences in the rankings of France and the United States. The most prominent factor was the large number of Americans whose access to care is limited because of their lack of health insurance—estimates range between 39 and 43 million. Despite this lack of coverage, America still spends far and away the most on its health care system at 13.7 % of GDP while France spends 9.8 %, placing it in the fourth position.

The WHO rankings, however, do not mean that the French system is unequivocally superior to the American. In fact, both systems could profit from an understanding of the other's strengths. Toward that end, this analysis paper compares the health care systems of both countries and assesses how they can learn from each other in order to deal with their impending health care crises.

World Health Report Rankings for France and the United States⁽¹⁾

	France	U.S.
Disability-Adjusted Life Expectancy	3	24
Distribution of Health in the Population	12	32
Fairness in Health Care Financing	6	54
Responsiveness	16	1
Health Care Spending per capita	4	1
Overall Rank	1	37

The Health Care Market

The health care market suffers from several inherent imperfections, which have motivated government intervention in both the United States and France. Many of the very young, chronically ill, and aged could not obtain medical care if it were not for government sponsored assistance or insurance. In order to remedy market imperfections and improve access to quality medical care, governments have generally taken one of two approaches: a national health service or the promotion of health insurance. Great Britain possesses the archetypal national health service (NHS); everyone has access to medical care from providers whose remuneration flows largely from the government budget. Health insurance also socializes the demand for

⁽¹⁾ World Health Organization, World Health Report 2000, Statistical Annex, pp. 152-155, 21 June 2001.

health care by grouping consumers in order to spread risk and cost. Although the U.S. system relies much more heavily on private insurers, health insurance in both France and America is closely tied to one's employer or socio-professional category. This basic similarity is joined by other fundamental principles, especially in regard to the freedom of medical practice and patient choice.

Similarities: The Ideal of Private Medicine

As in the U.S., autonomous physicians dominate ambulatory health care in France. Patient choice of physician, direct access to specialists, patient payment of fees (with subsequent reimbursement), physicians' freedom of diagnosis and prescription, fee for service, and ultra-high levels of medical confidentiality remain well-entrenched features of French medicine. Also like in the U.S., French workers and their employers pay for the bulk of their medical care through premiums assessed on gross wages. French employers and their employees pay wage levies of approximately 20 %; employers contribute 13 % and workers 7 %⁽²⁾.

⁽²⁾ Jean de Kervasdoué, ed., *Le Carnet de santé de la France en 2000* (Paris: Fédération Nationale de la Mutualité Française), 2000, pp. 71-73. A new tax, the Contribution Sociale Généralisée (CSG) has accounted for an increasingly large portion of health insurance payments since 1997 while the traditional insurance premiums have been reduced.

Simple comparisons with U.S. expenditures are difficult because of the wide array of medical insurance plans whose premiums vary considerably according to firm size. Also, U.S. health insurance is priced not as percentage of wages, as in the French case, but in flat dollar premiums. A large employer, such as the state of Arizona, that provides coverage that approximates French medical insurance—pays \$9,348 per year for each enrollee with dependents and leaves \$1,704 per year to the employee. Hence, for a moderate-income earner (\$40,000 annually), medical insurance costs are significantly higher than the French case—approximately 27 % of gross wages⁽³⁾.

In France, insurance premiums flow into one of several quasi-public insurance funds that are jointly administered by employer and employee representatives. These insurance funds negotiate national medical fee schedules with the leading French physician associations. These conventions, as they are called, form the basis of physicians' remuneration. Although over 25 % of French physicians charge fees above the convention rates, their patients' reimbursement—usually 70 % of expenses in ambulatory care—is tied

⁽³⁾ James C. Robinson, "Renewed Emphasis on Consumer Cost Sharing in Health Insurance Benefit Design," *Health Affairs*, 20 March 2002, pp. W139-W154.

to it⁽⁴⁾. Thus, as in the U.S., where private insurers and Medicare employ “normal and customary” fee schedules to determine payments to physicians, French doctors’ fees are ultimately constrained by insurers’ willingness to pay. It was for changes to the convention that French doctors recently rallied successfully in Paris.

France also possesses a significant private not-for-profit and for-profit medical insurance sector (over three hundred companies) that, while competing against each other, work in complementary fashion with the quasi-public insurance funds. Indeed, fully 84 % of the population benefits from supplementary insurance coverage that pays all or part of the medical fees that are uncovered by their health insurance fund. In 1996, these supplementary providers financed 12 % of all health care expenditures while 13 % of what Americans would term deductibles or co-payments was left to households.⁽⁵⁾

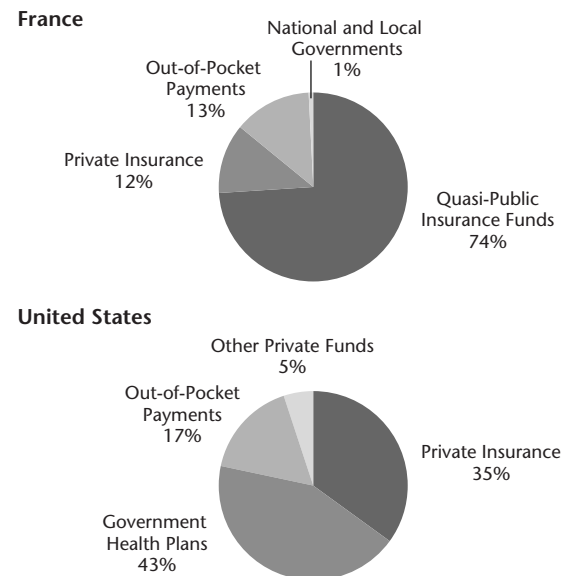
U.S. private insurers account for nearly three times the share of total expenditures than their French counterparts do (35 % versus 12 %) and Americans

⁽⁴⁾ Zeynep Or, OECD, Labour Market and Social Policy Occasional Paper no. 57, “Improving the Performance of Health Care Systems: From Measures to Action (A Review of Experiences in Four OECD Countries),” 25 January 2002, p. 31.

⁽⁵⁾ Jean de Kervasdoué, ed., *Le Carnet de santé de la France en 2000*, note, pp. 89-90.

pay more out of their own pockets than the French (17 % versus 13 %) for personal health care spending. The federal and state governments in the U.S. play a substantial role in health care, mostly through Medicare and Medicaid (43 %). But even this large fraction is dwarfed by France’s quasi-public insurance funds, which account for almost three-quarters of total health care spending.

Distribution of Funding Sources for Personal Health Care



Source: Jean de Kervasdoué, ed. *Le Carnet de santé de la France en 2000*, note, p. 89; Blue Cross Blue Shield Association, *Medical Cost Reference Guide*, p. 30.

Differences: Doctor Pay, Managed Care and Access

Medical practice and health care in France and the United States are also marked by deep differences in hospital practices, efficiency, and access to preventative and curative care. French hospitals lie mostly in the public sector and their physicians, about one third of the country's total, are salaried. As in the U.S., regional medical centers are closely associated with medical education and research, and therefore benefit from the relatively low-paid services of interns and residents.

The French health care system is one of the most expensive in the world and cost containment is an imperative for the government and insurers alike. Yet French costs remain far outpaced by the U.S. France spends \$2,047 per capita on health care compared to America's \$4,095⁽⁶⁾. One of the major factors behind the relative expense of the U.S. system is the higher earnings of health professionals. The average American physician earns over five times the average U.S. wage while the average French physician makes only about two times the average earnings of his or her compatriots. That said, French physicians

⁽⁶⁾ Purchasing Power Parity (PPP) dollars. See Jean de Kervasdoué, ed., *Le Carnet de santé de la France en 2000*, p. 62.

have remained more firmly attached to fee-for-service medicine, albeit at lower rates, than their American colleagues and continue to enjoy a very high level of prescriptive freedom. Their services are prospectively approved for payment through the national conventions and are rarely questioned by insurers. This is in great contrast to the increasingly strict post-service payment reviews that American doctors face from American insurers and Medicare.

The relatively low income of French physicians is allayed by two factors. Practice liability is greatly diminished by a tort-adverse legal system and medical schools, although extremely competitive to enter, are essentially free. Thus, French physicians enter the market with little if any debt and pay much lower malpractice insurance premiums.

Different strengths in efficiency also distinguish the American and French health care systems. The development of managed care providers in the U.S., especially since the late 1980s, resulted in a rapid spread of productivity enhancement measures throughout American health care. The French have been slow to apply such measures. Many French practitioners view the new productivity measures as a threat to their prescriptive freedom and have hampered a thorough implementation. Also, the new techniques require

computerized information gathering and processing systems, an area where French health care lags well behind the U.S.

French medical confidentiality law has also proven a significant impediment to productivity improvements because it constrains the sharing of information between providers and insurers. Finally, French health care consumers are extremely attached to calling directly at a specialist's office. To date, the establishment of gate-keeping primary care doctors has achieved only limited success. (The rapidity with which American HMOs put an end to this practice for millions of Americans without provoking a revolution boggles the French mind.)

At the same time, the French system exhibits enviably low administrative costs: 5% of total expenditures versus 14 % in the U.S. U.S. physician fee increases are increasingly driven by doctors' efforts to recover office personnel and non-physician payroll expenses, which have risen at a compounded annual growth rate of 7.1 % since 1986. These increases far exceed hikes in liability insurance premiums (3.5 %) and medical supplies (1 %) during the same period⁽⁷⁾. Although numerous, French insurance funds adhere to a nation-

⁽⁷⁾ Blue Cross Blue Shield Association, Medical Cost Reference Guide, 2001, p. 19.

ally standardized billing and reimbursement procedure. This practice, along with the fact that physicians' services are pre-approved for payment through the national convention, permits French medical offices to operate with relatively few administrative personnel.

Access constitutes the most striking difference between the American and French health care systems. 16 % of the U.S. population lacks health insurance altogether and many possess insurance with such high deductibles that they forego medical needs for financial reasons⁽⁸⁾. A large number of uninsured puts additional strains on a health care system. In order to recuperate the costs of uncompensated care, providers raise the price of services for the insured, thereby creating a vicious cycle, since higher insurance premiums ultimately lead to more uninsured patients. One needs to return to France of the 1960s to find America's current rate of un-insurance. 99 % of the French population obtained health insurance by 1980, either through the above-mentioned work-related insurance funds, as a dependent of an insured person, or through special

⁽⁸⁾ John Holahan and Mary Beth Pohl, "Changes in Insurance Coverage: 1994-2000 and Beyond, Health Affairs, 3 April 2002. Also see Bradley C. Strunk and Peter J. Cunningham, "Treading Water: Americans Access to Needed Medical Care," Center for Studying Health Care System Change, Tracking Report 1, March 2002, p. 3.

insurance funds for the unemployed. A 2000 law extended coverage to the remaining 1 % who somehow fell between the cracks of these health insurance funds ⁽⁹⁾.

Learning from Each Other

Despite important differences, the American and French systems share several common principles that should allow for a continued exchange in policy approaches. French insurers and state officials should cultivate an inexhaustible appetite for the latest management and technical methods of American managed care providers. French physicians' recent street demonstrations make clear that France's health care system is over-reliant on the blunt instrument of holding down doctors' fees. Meanwhile, American policy makers would do well to take note of France's successes, especially in the reduction of administrative costs of insurance and the country's achievement of universal coverage.

Breakthroughs in medical science and pharmacology have made possible dramatic improvements in health in France and the United States. But those improvements remain in peril without an

effective containment of rising medical costs, especially as populations age and require more and increasingly expensive medical care. Under these stresses, a health care system will depend on the achievement of cost containment, efficiency of delivery, and equity of access. The simultaneous mastery of these three inter-related objectives will be critical to the health and prosperity of all. The U.S. and France each possess wisdom that could aid the other in the challenges that lie ahead.

⁽⁹⁾ Jean de Kervasdoué, ed., *Le Carnet de santé de la France en 2000*, p. 76.

Imprimé en France
Dépôt légal : en cours
ISBN : en cours
Achevé d'imprimer en octobre 2002