

# L'organisation du système de santé français

Béatrice Majnoni d'Intignano

Publié par La Documentation française, Cahiers français, 11 janvier 2005.

Le système de santé français souffre de sa conception et de son évolution historiques qui en font un système dual. D'un côté, depuis sa création par les ordonnances de 1945, il aspire à *l'universalité* propre aux systèmes de Beveridge où les droits sociaux sont liés à la citoyenneté ou au lieu de résidence ; la loi de 1946 prévoyait en effet un régime unique d'assurance maladie ayant vocation à couvrir tous les Français et résidents. La lecture du Rapport Beveridge, publié à Londres en 1942, a pu inspirer cette conception au créateur de notre assurance maladie, Pierre Laroque. D'un autre côté, l'opposition corporatiste à cette unité de principe a fait subsister dès 1946 les régimes spéciaux de fonctionnaires datant des années 1930, puis conduit à créer des régimes autonomes pour les agriculteurs en 1961 et pour les travailleurs indépendants en 1966. Tous ces régimes obéissent aux principes de Bismarck, affirmés dans la loi de 1930 à laquelle se réfèrent les ordonnances de 1945, qui fondent les droits sociaux du travailleur et de ses *ayants droits* sur l'exercice d'une profession. Les caisses de sécurité sociale sont gérées en principe à *parité* par les représentants des employeurs et des travailleurs qui versent les cotisations. La référence populaire au caractère professionnel de notre assurance maladie subsiste : on entend souvent évoquer l'assurance maladie *des travailleurs*, alors que sa généralisation en a fait celle *des Français*..

**Entre universalisme et corporatisme.** L'assurance maladie française reste donc écartelée depuis sa création entre ces principes de Beveridge et de Bismarck. Le premier, principe d'universalisme, voudrait une assurance maladie unique, un égal traitement pour tous, un financement par l'impôt et un contrôle démocratique du Parlement sur les objectifs et les dépenses remboursées. Le second, principe professionnel, confie la gestion à des structures corporatistes, financées par des cotisations liées aux salaires, et dirigées par des partenaires sociaux, en fait les syndicats professionnels et patronaux ; il s'accompagne d'inégalités de traitement liées à l'appartenance à une profession, respecte l'autonomie des caisses de maladie, mais peut conduire à des coalitions d'intérêt et à des déficits récurrents. En effet, l'évolution économique provoque des divergences entre l'évolution du nombre de cotisants et celle du nombre de bénéficiaires. Exemple : les caisses d'agriculteurs devant financer des retraités en nombre croissant alors que le nombre de leurs cotisants décroît. Plusieurs réformes sont allées dans le sens de l'universalisme : en 1990 substitution d'un impôt, la Csg, aux cotisations des assurés ; intégration progressive des non assurés ou de petits régimes au Régime des salariés (cultes, auteurs-compositeurs, étudiants, Vrp...) ; création de la Cmu en 2000 ; ingérence croissante du ministère de la santé dans la gestion et la régulation des dépenses depuis 1990.

Toutefois le principe de la gestion par les partenaires sociaux subsiste, surtout pour les relations avec les médecins de ville, et a été réaffirmé par la réforme de 2004. A cause de cette dualité, la gestion des caisses d'assurance maladie française s'est heurtée à deux difficultés récurrentes : une répartition imprécise des responsabilités entre l'Etat et les partenaires sociaux qui crée une *co-irresponsabilité* ; un dérapage permanent des dépenses publiques. Deux questions restent conflictuelles à ce jour : A qui confier le pouvoir ? Quels moyens financiers consacrer à la santé ?

Notre assurance maladie se situe donc à mi-chemin entre les systèmes nationaux de santé des pays du Nord et du Sud de l'Europe (Irlande à Finlande au Nord et Portugal à Grèce au Sud) et les systèmes professionnels des pays du centre de l'Europe (Allemagne et Autriche) (voir article Polton). Elle respecte les trois principes forgeant le consensus européen : tout citoyen doit avoir une couverture maladie ; la financer en fonction de sa capacité contributive, mais pouvoir accéder aux soins en fonction de ses besoins ; l'Etat doit réguler et contrôler la gestion pour garantir un bon rapport efficacité-coût. Ces principes nous situent aux antipodes de l'organisation américaine, fondée sur l'assurance privée et facultative, qui tolère l'exclusion et les inégalités de droit. Seuls

*Medicare* et *Medicaid* (protégeant les retraités et les indigents) obéissent aux principes européens et pourraient être comparés à notre assurance maladie. Il convient donc de nous référer aux autres pays européens plutôt qu'aux Etats-Unis pour apprécier nos performances.

Aujourd'hui les Français et les résidents doivent obligatoirement s'assurer, selon leur profession, soit au Régime général des travailleurs salariés, Cnamts, qui couvre 85% de la population, finance plus de 90% des dépenses (compte tenu des compensations qu'il verse aux régimes déficitaires) et qui gère divers petits régimes (étudiants, collectivités locales, salariés agricoles...); soit à l'un des régimes de fonctionnaires ou d'entreprises publiques (Sncf, Ratp, Mines...), couvrant 4,6% de la population; soit à la Mutualité sociale agricole, qui regroupe 7% des assurés; soit enfin au régime des travailleurs indépendants (non salariés non agricoles), qui couvre 5% de la population (graphique n°1 L'assurance maladie française). Les droits des adhérents tendent à s'homogénéiser: ceux des travailleurs indépendants rejoignant ceux des salariés depuis 2003. La plupart des régimes spéciaux ne pourraient survivre sans l'aide de l'Etat ou du régime général: exemple celui des agriculteurs. La population ne relevant pas des régimes précédents est couverte par la Cmu, Couverture maladie dite universelle, en réalité un filet de sécurité pour les plus pauvres, géré par le régime général et financé par le budget de l'Etat.

### Insérer graphique n° 1

Enfin, pour pallier le faible taux de remboursement de ces régimes obligatoires, 92% de la population s'assure en outre volontairement auprès d'une Assurance complémentaire, privée, mutuelle ou institution de prévoyance, qui offrent aussi, comme les caisses d'assurance maladie, un contrat à minima aux titulaires de la Cmu. Cette assurance complémentaire pouvant être individuelle ou collective, dans le second cas avec la participation financière de l'employeur.

Cette diversité de régimes introduit une inégalité de droit. Par exemple les régimes de la Sncf, de la Ratp ou des Mines offrent des soins gratuits. Une inégalité cumulative s'instaure aussi subrepticement, à l'articulation des évolutions économiques et de celles de l'Etat providence: les populations les mieux protégées contre le chômage et l'emploi précaire, fonctionnaires ou autres salariés, le sont également pour le financement des soins.

**Du Yalta social à la nouvelle gouvernance.** Après la seconde guerre mondiale, une forme de Yalta social a présidé à la répartition des pouvoirs dans le monde du travail: les syndicats de salariés refusant d'intervenir dans la gestion des entreprises; l'Etat et le patronat s'abstenant de gérer activement la sécurité sociale. A l'assurance maladie, une curieuse coalition d'intérêts a longtemps dominé les relations entre les syndicats professionnels qui géraient l'assurance maladie, en particulier FO, et les syndicats de médecins, leurs partenaires naturels dans la gestion des soins. Chacun ayant ses propres protégés au détriment des intérêts des cotisants et des malades. Le patronat a pu s'inquiéter de l'avenir de l'industrie pharmaceutique; les syndicats professionnels protègent l'emploi dans les hôpitaux; les médecins leurs honoraires; l'Etat a des impératifs d'aménagement du territoire. Ces coalitions agissent donc toujours dans le sens de la dépense. La présidence Cfdt de la Cnamts n'a pas mis fin à ces pratiques. En 2001 deux organisations syndicales ont quitté son conseil d'administration (Medef et Cgpm). Le principe de la *gestion à parité* (*paritarisme*) semblait avoir vécu. On peut se demander en effet quelle légitimité a le patronat pour gérer l'assurance maladie. Certes il paye des cotisations, mais celles-ci financent 60 millions d'assurés alors que les entreprises en emploient 24 millions. Surtout, où sont ses compétences en la matière? Son apport moderne consisterait plutôt à contribuer à une forte croissance économique et aux créations d'emplois pour augmenter les cotisations. La réforme de 2004 consacre son retour au Conseil d'administration de l'assurance maladie. doutons que la situation en soit améliorée. Il y fait figure de caution pour les autres partenaires sociaux. Cette coalition d'intérêt entre gestionnaires et

monde médical a longtemps toléré 1) une hausse incontrôlée des dépenses de santé remboursées sans 2) contrôle de leur qualité.

**Des dépenses incontrôlées.** De 1945 à 1996 les dépenses sociales sont restées hors de contrôle du Parlement qui votait *l'impôt* au sens strict par la loi de finance ; *les cotisations sociales* échappant à son contrôle. Une situation en contradiction avec les principes inscrits dans le préambule de la Constitution française voulant que les élus de la nation définissent les dépenses financées par des contributions obligatoires. Quand les prélèvements sociaux ont dépassé le budget de l'Etat, une telle situation est apparue intolérable. La dépense publique de santé atteint aujourd'hui 7,6% du Pib, un ordre de grandeur comparable à celui de la taxe sur la valeur ajoutée (7,2% du Pib). Est-il imaginable que la première échappe au contrôle du Parlement alors que la seconde en relève ? Une réforme de la Constitution et un contrôle par le Parlement ont donc été décidés en 1996 pour y remédier. Mais la réforme introduit un conflit potentiel entre la représentation des assurés sociaux par les députés d'une part et par les syndicats professionnels qui gèrent l'assurance maladie d'autre part. Conflit de compétence auquel la réforme en cours a peu de chances d'apporter des solutions.

**Pour une qualité décriée.** Depuis 1980 une série de rapports convergents a dénoncé les effets désastreux de la non gestion de l'assurance maladie : rapport Béraud sur les erreurs ou les abus de prescriptions, rapports successifs de la Cour des Comptes, rapport Zarifian sur l'usage abusif des médicaments, et dernier en date, rapport du Haut conseil pour l'Assurance maladie en 2004. Les constatations vont de l'usage inapproprié des médicaments et des techniques de soins à la défaillance ou à l'absence de coordination du système de prévention, aux inégalités régionales d'offre et de consommation de soins, en passant par le nombre excessif de cartes d'assuré social... Ces réalités apparaissent en contradiction avec les principes d'égalité devant le droit aux soins et d'excellence affichés par les responsables de l'assurance maladie. Les Français ont longtemps cru disposer du meilleur système de santé au monde, combinant financement collectif et médecine libérale. Le système ainsi géré se révèle coûteux : 10% du Pib en 2003, à comparer à 7,8% au Japon ou 9,5% en Suède pour une qualité équivalente en termes d'états de santé et d'égalité d'accès aux soins. Il présente aussi d'étranges paradoxes. On citera une forte consommation d'antibiotiques associée à un fort taux d'infection hospitalières et à une importante résistance des souches bactériennes aux antibiotiques ; un taux élevé de diffusion du sida ou de mortalité en couches par rapport aux pays étrangers. Et encore la coexistence d'une consommation excédentaire d'anti-cholestérol alors qu'une partie de la population en ayant besoin reste non traitée.

Ces défauts ont longtemps été imputés au partage inapproprié des responsabilités entre l'assurance maladie, responsable des relations avec les médecins de ville, et l'Etat, en charge des relations avec les hôpitaux, les cliniques et l'industrie pharmaceutique. L'Etat a dû s'impliquer dans la gestion et le contrôle des dépenses de santé devant l'inaction de l'assurance maladie et la coalition d'intérêts décrite ci-dessus. Depuis 1990, le ministère de la santé, qu'il appartienne à un gouvernement de gauche ou de droite, a progressivement imposé ou négocié des enveloppes globales de dépense avec chacune des professions de santé : avec le budget global des hôpitaux (dès 1985), puis avec les infirmiers, les cliniques, enfin avec l'industrie pharmaceutique. Ces mesures ont modéré le rythme de croissance de la dépense dans la deuxième moitié des années 1990, mais il a recommencé à dérapier à partir de 2001. Cette évolution a été accentuée par celle de l'économie, rapide à la fin des années 1990 et lent depuis 2001, si on la mesure en % du PIB. Le partage des rôles entre l'Etat et l'assurance maladie traduit l'organisation duale, isolant l'hôpital et le médicament des médecins de ville alors qu'une vision dynamique et intégrant les effets du progrès technique s'impose pour remplacer les traitements hospitaliers par une prise en charge ambulatoire et médicamenteuse, plus légère pour le patient et les finances publiques.

**Dépense et déficits.** La question du niveau judicieux de dépenses de santé ne se posait guère jusqu'aux chocs pétroliers. La croissance économique, supérieure à 5% par an, permettait alors de

financer une médecine peu sophistiquée destinée à une population encore jeune. Avec le ralentissement de la croissance potentielle, aujourd'hui située autour de 2 à 2,25%, et la diffusion d'habitudes de consommation de soins plus exigeantes dans une population vieillissante, les dépenses tendent à augmenter plus vite que les recettes y afférentes. Vingt-cinq plans de réforme depuis 1975 n'ont pas réussi à rétablir l'équilibre. Le déficit de l'assurance maladie est devenu une composante majeure du déficit public au sens des engagements européens. Depuis 2001, une dérive structurelle des dépenses de l'assurance maladie s'est installée ; elle contribue de façon importante à la dégradation des finances publiques françaises. Comment concilier en effet une croissance économique de 2 à 2,25% avec une augmentation tendancielle des dépenses de santé de 4 à 6% en volume ? Que faire quand le Pib stagne à + 0,5% comme en 2003 ?

La question de l'ajustement des dépenses de santé aux possibilités économiques et sociales reste mal posée. Elle fut l'objet d'un débat épique entre l'assurance maladie et le corps médical. Deux concepts y furent opposés : 1) celui de *maîtrise comptable* des dépenses de santé et 2) celui de *maîtrise médicalisée*. La première correspond à une enveloppe macro-économique de dépense de soins remboursés ; le corps médical en refuse le principe. La seconde, fondée sur le bon usage des soins, correspond à l'optimisation des soins au niveau micro-économique ; la seule acceptée par les médecins. Au niveau théorique pourtant, maîtrise comptable et médicalisée sont à la fois nécessaires et complémentaires. La première résulte de la rareté des fonds publics et de la légitime confrontation entre les fonctions collectives : santé et éducation ou justice par exemple. La seconde impose un usage rationnel des fonds alloués à la santé : choix des traitements appropriés ou des prothèses au moindre coût. Les opposer n'a donc ni fondement théorique ni légitimité politique. Les deux se sont traduites dans l'organisation du système français.

La réforme de 1996 a créé un Objectif national de dépense de l'assurance maladie (Ondam) défini dans la Loi de financement de la sécurité sociale (Lfss), devenu pluriannuel par la réforme de 2004. La dépense publique, dépense remboursée, se trouve ainsi limitée par la voie démocratique. Il s'agit bien d'une maîtrise comptable au sens où l'entendent les médecins. Elle est conforme à la Constitution et définie par la loi ; on voit donc mal comment le monde médical pourrait continuer à s'y opposer. La réforme constitutionnelle a fait basculer le corps médical d'une éthique déontologique, fondée sur le devoir de faire, vers une éthique téléologique, fondée sur le résultat attendu. La réforme du code de déontologie consacre ce changement. Or, non seulement l'objectif de dépense a été dépassé chaque année depuis 1998 (graphique n° 2 : Ondam : Prévisions et réalisations), mais l'écart se trouve accentué tous les ans par une nouvelle définition de la base de calcul (dite *rebasage*). Cette réforme est restée incomplète pour omettre de comporter les mécanismes de régulation et d'ajustement appropriés en cas de dépassement de l'objectif. Les déficits passés ont été consolidés dans la Cades et leur financement reporté sur les générations futures.

On peut douter que la réforme de 2004 (voir article Lenoir) améliore la situation. Les Français vont vieillir ; le monde médical souffre d'une grave crise d'identité, d'inégalités de traitement ainsi que de difficultés de recrutement. Tous les ingrédients pouvant contribuer à une forte poussée de la dépense de soins dans un proche avenir apparaissent donc réunis. Une réforme de grande ampleur exige toujours des moyens financiers supplémentaires pour la mettre en œuvre. Exemple : la réforme anglaise de 1991 a conduit à augmenter la dépense de santé de 1% de Pib au cours des années suivantes. Gageons que la réforme de 2004 sera insuffisante pour créer les conditions d'un équilibre financier durable tout en répondant aux attentes pressantes des professionnels de la santé. Les débats difficiles sur le contenu de la nouvelle convention médicale confirment ce point de vue.

### **Insérer graphique n° 2**

La maîtrise médicalisée a été introduite dès 1993, et son principe réaffirmé par les réformes de 1996 puis de 2004. Un principe simple consistant à choisir les traitements ayant fait la preuve de leur efficacité, les solutions les moins coûteuses et à éliminer les gaspillages. Les conditions en sont négociées entre l'Assurance maladie et les professions de santé dans des *Conventions* qui fixent les conditions de rémunération et d'exercice des soignants ainsi que les méthodes de contrôle de leurs actes. Les conventions avec les médecins spécialistes ont été annulées par le Conseil d'Etat et par la Cour de Cassation, privant dès lors l'assurance maladie de tout moyen d'action. Les rapports cités ci-dessus témoignent à l'envi que la maîtrise médicalisée, dont se réclame pourtant le monde médical, est loin d'inspirer la pratique quotidienne. On en lira des exemples édifiants dans celui du Haut conseil.

### Qui finance quoi ?

La généralisation de l'assurance maladie a fait reculer le rôle de l'Etat et des collectivités locales dans le financement des soins depuis 1980 (tableau : Financement des dépenses de santé) ; ce facteur d'augmentation du rôle de la sécurité sociale a été compensé par la réduction du taux de remboursement des honoraires ou des prescriptions, si bien que la part de la sécurité sociale est à peu près constante dans le temps (autour de 75-77 %). La part des mutuelles et des assurances a doublé : de 6,5% à 12 %. La charge diminue un peu pour les ménages (de 13 à 11%). Le rôle respectif des financeurs diffère fortement selon les soins (Graphique n° 3: Qui finance ?). Celui de l'assurance obligatoire est majeur pour l'hospitalisation (plus de 90%), celui des complémentaires est important pour les médicaments et pour les prescriptions (près de 20%); alors que l'hospitalisation est très bien remboursée en moyenne, les honoraires et les prescriptions restent pour une part significative à la charge des malades (respectivement presque 14% et 20%); les soins dentaires étant financés à part égale (un tiers chacun) par l'assurance maladie, les complémentaires et les patients. De cette structure de financement il résulte que les assureurs complémentaires pourraient jouer un rôle significatif vis à vis des professions de santé et dans la gestion du risque puisque les honoraires et les prescriptions représentent respectivement 44,6 et 41% de leurs charges et que leur part de marché va augmenter avec la liberté de certains honoraires et les remboursements de l'assurance maladie (graphique n° 4 Qui paye quoi?). On voit augmenter dans le temps la charge des honoraires, de moins en moins bien remboursés, pour les malades. Alors que les honoraires dentaires se limitent à 2% des dépenses de l'assurance maladie, ils constituent 16,5% des dépenses des complémentaires et 14% de celles des patients ; dans ces conditions, il est normal que la première en néglige la gestion, alors même que les clients des dentistes se sentent mal remboursés, surtout pour les prothèses.

**Tableau : Financement des dépenses de santé, France**

Financement en %	1980	2003
Sécurité sociale	76,5%	76,9%
Etat & collectivités locales	3,7%	1%
Mutuelles,	5,1%	7%
Assurances, Inst. Pr.	1,4%	3%
Malades	13,3%	11%
Total	100	100

Source : Comptes de la santé.

### Insérer graphiques n° 3 & 4

**Le rôle ambigu des assurances complémentaires.** L'assurance maladie complémentaire française apparaît hors norme en Europe. Les pays à système universel ont des *assurances supplémentaires* couvrant les soins que l'assurance publique ne fournit pas gratuitement (prothèses non urgentes en

Angleterre). Certains pays à système professionnel ont des *assurances alternatives* couvrant les populations considérées comme favorisées (10% des Allemands). Nos *complémentaires*, en principe facultatives pour le souscripteur, remboursent en complément la partie des soins non remboursée par l'assurance maladie obligatoire et financent certains soins non remboursables selon les contrats. Situation complexe ou coexistent 1) des mutuelles nombreuses, dont beaucoup n'atteignent pas la taille critique requise par les règles de solvabilité, avec des coûts de gestion élevés, régies par le code de la Mutualité ; d'où une accélération des fusions/acquisitions faisant diminuer fortement leur nombre. 2) Des Assurances privées, grandes structures de type capitaliste, régies par le code des Assurances. 3) Des Institutions de prévoyance couvrant surtout la perte de revenu due aux arrêts de maladie, régies par le code de la Sécurité sociale. La situation de ces complémentaires est ambiguë à plusieurs égards. a) Elles ne disposent pas des informations nécessaires à la gestion du risque et ne négocient par les conventions avec les médecins qui définissent les dépenses qu'elles auront à rembourser. Les assureurs et les mutuelles gèrent difficilement des risques diffus par nature et géographiquement dont ils ne maîtrisent pas les coûts. Cette situation de suiveur les rend passifs et peut les paralyser. b) Leur remboursement contribue à neutraliser *l'effet modérateur* de la participation directe des malades au financement des soins (dite ticket modérateur) et contribue à l'inflation des dépenses. La Cmu a introduit une concurrence entre les Caisse primaires d'assurance maladie, autorisées à offrir une complémentaire et les assurances privées ou les mutuelles. Les territoires des régimes obligatoires et complémentaires s'en trouvent brouillés. c) Disposer d'une complémentaire devient subrepticement *obligatoire*, si non en droit, du moins dans l'imaginaire politique et social. La forte demande de la population, la décision d'associer une complémentaire à la Cmu, le crédit d'impôt offert aux titulaires de bas revenus (entre le revenu plafond défini pour l'accès à la Cmu et ce revenu + 15%) pour leur permettre d'y accéder, tout consacre la reconnaissance d'une sorte d'obligation de pouvoir disposer d'une complémentaire facultative. d) Chaque plan de redressement de la sécurité sociale refile aux complémentaires la charge de rembourser les dépenses dont se désengage l'assurance maladie. Ainsi, pour limiter les déficits de la sécurité sociale ou la hausse de la Csg, doivent-elles sans cesse augmenter leurs propres primes. Enfin, la réforme de 2004 ouvre une plage de liberté des honoraires pour les médecins consultés directement. Elle pourrait créer un système à deux étages de remboursement aux malades et de négociation avec les médecins : convention plus exigeante avec l'assurance maladie ; contrats avec les complémentaires définissant la nature, la qualité des soins et le montant des dépassements pris en charge par chaque complémentaire. La réforme de 2004, enfin, a raté l'occasion de laisser les complémentaires gérer totalement certains risques où la sécurité sociale est peu engagée ou qu'elle gère mal, comme les soins dentaires ou les lunettes, à l'image de ce que font d'autres pays européens.

**Sortir de l'amateurisme ?** L'assurance maladie française souffre depuis des lustres des mêmes blocages et difficultés. 1) La lenteur de ses réactions et actions. Il a fallu des années de rapports récurrents pour déclencher une action contre les excès de prescriptions d'antibiotiques et en faveur des médicaments génériques. Vingt ans (1985 à 2007) pour sortir du budget global des hôpitaux en instaurant une tarification à l'activité pourtant recommandée dès 1985 (T2A, prévue pour 2007). Dix ans pour officialiser et organiser le contrôle de la qualité des soins (1993 à 2004). Douze ans de palabres (1993 à 2005) pour instaurer un médecin *référént* puis *traitant*, (version française du *gate keeper* anglo-saxon) qui filtre l'accès aux soins spécialisés et gère un dossier médical, avec les incitations financières appropriées pour inciter la population à en choisir un. 2) Le manque de transparence. Le vocabulaire ésotérique de l'assurance maladie reste inaccessible au citoyen moyen : tarifs opposable, conventionnel, optionnel, que payons-nous à notre médecin ? Pourquoi l'Ondam et les tableaux de bord mensuels de l'assurance maladie sont-ils publiés en valeur nominale plutôt qu'en volume, ce qui permettrait au lecteur de faire le lien avec la Comptabilité nationale ? 3) Les techniques de régulation transposées des pays étrangers le sont avec un tel amateurisme qu'on croirait leurs auteurs soucieux de les faire échouer. Un médecin traitant devrait être rémunéré par une *capitation*, forfait par client inscrit sur sa liste, comme dans les Hmo

américains, comme en Angleterre ou aux Pays-Bas. Parlera-t-on enfin de ce mode de rémunération adapté aux généralistes en mettant en œuvre la réforme de 2004 ? La dernière version de la convention, en recul par rapport à celle du *médecin référent*, supprime toute rémunération forfaitaire. L'enveloppe globale destinée à éviter l'effet inflationniste du paiement à l'acte chez les spécialistes doit s'accompagner de *lettres clés flottantes*. En renonçant à utiliser ce mécanisme régulateur *a priori* connu en Allemagne et aux Pays-Bas, pour lui préférer des *sanctions a posteriori*, notre assurance maladie a perdu le contrôle des honoraires des médecins qui pratiquent en nombre croissant la liberté en la matière. 4) La responsabilité régionale pour les questions de santé est éclatée entre les Cram, les Arh, les Ors, les Drass, les préfets et les groupements régionaux de santé publique dont les prérogatives se superposent parfois ou dont les liens sont d'autres fois insuffisants. Les modèles d'organisation régionale et communale des pays du Nord, les régions et districts Anglais, les Länder Allemands auraient pu inspirer la France ; on parle depuis des lustres de futures *régions sanitaires* ; la réforme actuelle laissant subsister cet imbroglio, les blocages en résultant devraient durer. 5) Enfin, les régulateurs protègent les *rentes* et les *inégalités existantes* : dans les hôpitaux, grâce aux différences de dotation globale ; chez les médecins spécialistes grâce à l'adaptation tardive de la cotation des tarifs des actes aux techniques médicales ; par l'usage de matériels techniques obsolètes et amortis ; grâce aux différences de prix pour une qualité équivalente de soins... Certains mécanismes de rémunération, connus pour être inflationnistes (paiement à l'acte des actes techniques sur-cotés et parfois encore prescrits par le producteur) ou inégalitaires (budget global des hôpitaux fondé sur une dotation initiale inégale), sont néanmoins préservés depuis des années. Les inégalités existantes sont admises ; les inconvénients qui pourraient résulter du redéploiement nécessaire pour les résorber sont refusés. (Sur les aspects techniques des rémunérations et incitations financières : voir : Santé et économie en Europe).

L'assurance maladie française a représenté un immense progrès social. Mais aujourd'hui , sa capacité à remplir son rôle de payeur actif reste limitée. La nouvelle gouvernance imaginée par la dernière réforme a peu de chances d'éliminer les conflits de représentation et de responsabilité existant entre l'Etat et la nouvelle Uncam. L'influence des mécanismes de rémunération et de régulation sur les comportements reste sous-estimée. La réforme de 2004 fait confiance à la confiance. Ses effets dépendront de la volonté politique de l'appliquer. L'opposition des nombreux corporatismes, fortifiés par la conception duale du système français et les coalitions d'intérêts, pourrait en provoquer l'échec comme si souvent dans la passé.

### **Pour en savoir plus ...**

#### **Béatrice Majnoni d'Intignano :**

- *Santé et économie en Europe*, Que sais-je ? 2004
- Une réforme superficielle, *Revue Commentaire*, été 2004
- *Economie de la santé*, (avec Philippe Ulmann), Thémis, PUF, 2001

**OCDE** : *Towards High-performing Health systems*, 2004

**Haut conseil pour la réforme de l'Assurance maladie**, rapport, Documentation française, 2004

**Comptes de la santé**, annuel, Drees

**Sigles ?** : Csg, Cmu, Medicare, Medicaid, Cnamts, Medef, Cgpme, Ondam, Lfss, Hmo, Cram, Drass, Arh, Ors, Uncam.