

L'esprit des réformes

Béatrice Majnoni d'Intignano

Conférence aux AGF, septembre 2005.

I. Introduction

Je vais évoquer avec vous «l'esprit des réformes». J'ai réfléchi à cette question pendant dix ans, en tant que conseiller économique des Hôpitaux de Paris, et durant dix autres années, comme consultante temporaire de l'OMS au moment des réformes des systèmes de santé des pays de l'Est. Dans notre société, la réforme est permanente. Nous allons parler de la réforme Douste-Blazy qui en annonce déjà une suivante dans la mesure où nous connaissons, de nouveau, un déficit de l'assurance maladie. Qu'est-ce qu'un système de santé ?

Un système de santé implique d'abord des moyens de financement. En France, ces moyens représentent 10 % du PIB, soit des sommes colossales. Un système de santé est ensuite le résultat d'une demande, laquelle s'exprime directement ou par le biais d'entreprises. En réponse à ces besoins, l'offre de soin est portée par les médecins, hôpitaux, etc.

Le financement sert à payer non pas le besoin mais la consommation, soit le produit de prix et de quantités (journées d'hospitalisation, nombre de consultations...). Quand la demande est satisfaite, l'offre de soin se traduit en revenus. Envisager les systèmes de santé et leurs réformes suppose d'avoir à l'esprit que les dépenses de santé se traduisent par des revenus pour les professionnels de santé. Ces revenus correspondent au nombre de professionnels de santé multiplié par leurs salaires ou honoraires.

Ce financement est assuré par la Sécurité sociale, laquelle se désengage, les «assureurs» (assurances, mutuelles, institutions de prévoyance), et les malades.

Dans cette relation entre financement, consommation et revenu, toutes les consommations doivent, *in fine*, être payées. A chaque fois que cette relation évolue d'une façon ou d'une autre, il faut en trouver la contrepartie. Ainsi augmenter les honoraires des généralistes, donc leur revenu, entraîne une augmentation du prix à payer par les malades, laquelle se traduit par une augmentation des cotisations de la Sécurité sociale et par une plus grande prise en charge de la part des assureurs... Une autre solution consiste à maintenir le financement et à diminuer le volume de soin (nombre d'actes, prescriptions). Ces deux options sont fondamentalement différentes. Les réformes visent un équilibre entre les solutions de ce type.

II. Constats

Il n'y a jamais d'équilibre spontané dans la relation entre financement, consommation et revenu. Il est essentiel d'organiser en permanence l'égalité entre l'offre et la demande. Par exemple, face au sentiment actuel d'une pénurie de médecins généralistes, il s'agit de trouver un équilibre entre les attentes de la population et le nombre de généralistes.

Il n'y a pas non plus de «déficit», concept purement comptable, dans la mesure où, d'une façon ou d'une autre, ce déficit doit être financé, même à moyen terme. Ce financement est assuré par un accroissement des cotisations, par l'emprunt (accroissement des cotisations futures), ou par une diminution des taux de remboursement.

Ensuite, ce dispositif est dominé par l'offre.

L'enregistrement est interrompu.

En outre, le progrès technique pousse à la consommation.

Par ailleurs, on observe actuellement une coalition d'intérêts, permanente, entre l'offre et la demande, pour plus de dépenses, au détriment des financeurs (cotisants et, en particulier, contribuables) : la population attend de meilleurs soins, les professionnels désirent plus d'emploi, de revenu.

La nécessaire régulation du dispositif est l'objet des réformes.

III. Le financement de la santé

1. Les dépenses publiques

Les dépenses de la Sécurité sociale, publiques, sont financées par des prélèvements obligatoires et doivent être limitées. Cette limitation de la dépense publique est inscrite dans le préambule de notre Constitution. Cette dépense publique est définie par la croissance économique. Cette année, la croissance économique étant de l'ordre de 1,5 %, la progression des dépenses de santé ne saurait aller bien au-delà. La France a adopté, après d'autres pays, le principe de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Voté par le Parlement dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale, cet ONDAM définit le montant que le monde médical est autorisé à dépenser en termes de soins remboursés. Cette maîtrise comptable des dépenses de santé a fait l'objet d'un débat éthique. Si les médecins acceptent le principe d'une maîtrise médicalisée, soit le choix de soins efficaces, ils refusent cette maîtrise comptable qui les assigne à respecter une enveloppe globale. Pourtant, une profession ne peut faire fi d'un dispositif légal.

Cette limitation des dépenses publiques est ressentie comme une atteinte à la liberté d'accès aux soins dans la mesure où la dépense publique est porteuse d'égalité. Par conséquent, la dépense publique est forcément régulée par le contrôle du Parlement et du gouvernement.

2. Les dépenses privées

Les dépenses privées, qui progressent très rapidement, sont régulées par le marché : les entreprises ou particuliers choisissent de s'assurer auprès d'une assurance complémentaire. Ce marché n'est pas restreint.

Demander une participation des malades, par le biais du paiement du ticket modérateur de 18 euros, est porteur d'inégalité. En effet, plus ces malades sont pauvres, plus ils le supportent, en pourcentage. La société française ne l'accepte pas. Quand le gouvernement dé-rembourse, on assiste à une forte demande d'assurance pour réduire cette inégalité : 92 % de la population dispose désormais d'une assurance complémentaire.

Etudier le panorama des assurances privées à l'étranger peut nous aider à réfléchir à notre propre dispositif et à son rapport avec le régime général.

Il existe quatre types d'assurances privées sachant que l'assurance privée américaine est très différente des autres. L'assurance maladie américaine est, en principe, une assurance privée. En réalité, c'est un mélange d'assurance publique (de type Sécurité sociale) et d'assurance privée. Les assurances privées prennent en charge, presque exclusivement, la population active, non handicapée et non pauvre. Ces assurances couvrent le « petit risque », c'est-à-dire ce qui est assurable. Les assurances privées américaines couvrent 63 % de la population mais paient 37 % des dépenses de soin. Ce qui n'est pas assurable du point de vue d'un assureur est pris en charge par deux grands systèmes publics : Medicare pour les personnes âgées et les personnes handicapées et Medicaid pour les indigents. 23 % de la population américaine est assurée auprès de l'un de ces deux systèmes, pour 42 % de la dépense.

En Europe, les systèmes publics jouent un rôle beaucoup plus grand. Au Royaume-Uni, les assurances « supplémentaires » financent des soins autres que ceux assurés par le NHS, comme les opérations non urgentes. En Allemagne et aux Pays-Bas, des assurances « substitutives » prennent en charge des populations autres que celles couvertes par la sécurité sociale, en l'occurrence les populations les plus riches. Dans les deux cas, ces assurances assument 12 % des dépenses de soin ou 12 % de la population. En France, les assurances « complémentaires » ont été, jusqu'à présent, très souvent impuissantes dans la mesure où elles remboursent après l'assurance maladie. Elles couvrent 92 % de la population et 13 % des soins. A l'étranger, les assureurs sont en situation de concurrence : ils fixent leurs tarifs, leurs produits et sont très indépendants de l'assurance maladie ou de la sécurité sociale.

En France, les financeurs des dépenses de santé sont : la Sécurité sociale (78 %, part en hausse), les malades (9 %, en baisse), les assurances complémentaires (13 %). S'agissant plus spécifiquement de l'hospitalisation, l'assurance maladie assume 94 % des dépenses. Concernant les honoraires et biens médicaux (médicaments et prothèses), soit plus de la moitié des dépenses de santé, l'assurance maladie

paie environ 65 % et la contribution de l'assurance complémentaire est très importante. Sur les soins dentaires, qui ne représentent que 6 % des dépenses totales, le financement est très particulier : les malades et les complémentaires assument respectivement 30 % et 36 % des dépenses.

53 % des dépenses de la Sécurité sociale concerne la gestion de l'hôpital. Les soins dentaires ne représentent que 3 % de ses dépenses. A l'inverse, les dépenses d'hospitalisation des mutuelles, assurances et institutions de prévoyances sont très faibles tandis que leurs dépenses en matière de soins dentaire, de médicaments et prothèses sont élevées.

IV. La Sécurité sociale en France

En France, la Sécurité sociale présente de nombreux paradoxes. D'abord, elle n'exerce aucun pouvoir sur la gestion des hôpitaux qui, pourtant, devrait être sa première préoccupation. Ensuite, elle négocie, avec les médecins, qui ne représentent que 20 % de ses dépenses, des conventions qui n'aboutissent jamais. Elle se désintéresse des soins dentaires. Le gouvernement régule, pour le compte de la Sécurité sociale, les hôpitaux, le médicament et joue de plus en plus le rôle de dernier recours lorsque les médecins et l'assurance maladie ne parviennent pas à trouver un terrain d'entente. Par ailleurs, les généralistes interviennent dans les dépenses de santé en touchant des honoraires et par leurs prescriptions. A chaque fois qu'ils perçoivent 100 euros d'honoraires, ils prescrivent, en moyenne, 400 euros de médicaments et prothèses. S'ils réduisaient ces prescriptions de 10 %, on disposerait d'une marge de manœuvre, pour les augmenter, de 40 %. Ce contrat, entre l'assurance maladie et les médecins, aurait du être mis en œuvre depuis fort longtemps. Mais ils ne parviennent pas à s'entendre sur ce dossier. On ne réussit pas à dégager les économies qui pourraient être réalisées sur les prescriptions pour payer davantage les médecins.

Ensuite, la Sécurité sociale fait preuve d'incohérences. D'abord, les prix des services médicaux sont, en France, relativement bas. Pendant longtemps, les prix des médicaments ont été très bas. Ils ne sont élevés que pour les médicaments récents. De même, les honoraires des médecins sont bas. En contrepartie, et pour augmenter le revenu des médecins, le volume de prescriptions en France est élevé. Alors que le gouvernement a maintenu des prix bas, pour éviter la hausse des dépenses de soin, le produit des prix par le volume des prescriptions continue de croître, car le volume des prescriptions dérape. Ensuite, les prix des services médicaux diffèrent. Ainsi, le prix des prothèses varie du simple au double voire davantage. Il en va de même des médicaments, des analyses laboratoires. Cette diversité de prix signifie que l'on n'a pas dégagé suffisamment d'économies d'échelle et qu'il existe d'énormes rentes de situation. Par ailleurs, les honoraires dans le secteur de la santé sont très mal hiérarchisés. Ainsi le revenu d'un radiologue est bien plus élevé que celui d'un chirurgien. Or il n'a ni les mêmes horaires, ni les mêmes responsabilités, ni la même pénibilité de ses tâches. Il n'est pas non plus normal qu'un généraliste de centre-ville gagne plus qu'un généraliste de banlieue ou de zone rurale.

Mettre de l'ordre dans ce dispositif aura un coût très élevé dans la mesure où l'ajustement se fera du bas vers le haut. Par conséquent, tous les facteurs sont réunis pour que l'on assiste à une explosion des dépenses au cours des prochaines années. La réorganisation de notre dispositif est toujours repoussée, ce qui tend à renforcer le sentiment de découragement assez largement partagé.

Les stratégies adoptées en France ont été assez curieuses, notamment parce que la France a toujours ignoré les outils, régulations et réformes utilisés à l'étranger. L'ONDAM est le produit d'un prix par une quantité. Or les prix sont fixes et les quantités sont libres, ce qui conduit inévitablement à un dépassement. La France a toujours refusé l'instauration d'un système de prix flottants, comme en Allemagne : si, en fin de période, l'ONDAM est dépassé, alors le prix baisse automatiquement. De plus, les généralistes restent payés à l'acte, ce qui renforce la tendance inflationniste. Au Royaume-Uni ou aux Pays-Bas, ils sont payés à la capitation. De surcroît, le gouvernement et l'assurance maladie ont toujours accordé les hausses d'honoraires avant d'obtenir la baisse des prescriptions.

Les assureurs, les ménages et les entreprises ont, pour leurs membres, des intérêts communs dans la mesure où ils présentent une structure de dépense comparable. Les honoraires des médecins représentent entre 41 % et 48 % de leurs dépenses, contre 15 % à 19 % pour les dentistes et 40 % à 47 % pour les biens médicaux. Puisqu'ils ont des intérêts communs, ils souffrent des paradoxes, incohérences et stratégies inappropriées de l'assurance maladie. Dans ce cadre, ils ont commencé à échanger en vue d'agir.

La réforme Douste-Blazy est censée modifier les comportements et les structures, d'abord en organisant un parcours de soin plus rationnel (médecin traitant, dossier médical, carte santé). Des démarches similaires ont montré leur pertinence à l'étranger. Cette réforme vise ensuite la réorganisation des hôpitaux en 2007 ainsi que la création de deux organismes : l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et l'Union des organismes complémentaires, laquelle pourrait permettre aux assureurs d'intervenir dans la convention.

V. Perspectives

Cette réforme ne devrait pas avoir d'effet avant 2007. En outre, l'assurance maladie va devoir réaliser des investissements colossaux avant de récolter les fruits de cette réforme. Pour cette raison, le déficit va persister. Les pouvoirs publics vont faire porter cette charge aux assureurs.

Il existe pourtant de vastes possibilités de progrès. D'abord, une meilleure information permettrait de responsabiliser les patients. Ensuite, il est possible de rechercher un meilleur rapport efficacité / coût ainsi qu'un meilleur partenariat entre les assureurs et les malades. Enfin, il est souhaitable de mieux anticiper. Ces stratégies sont de type gagnant – gagnant : elles permettent de diminuer le niveau de la dépense, d'obtenir en contrepartie une meilleure qualité, et de diversifier la façon de satisfaire les besoins de santé.

Je prendrai l'exemple des soins dentaires, très mal remboursés et gérés en France et qui suscitent un mécontentement général. Les soins conservateurs (traitement des caries) sont peu rémunérateurs pour les dentistes. En revanche, les prothèses génèrent plus de 40 % de leurs revenus mais sont mal remboursées, ce qui est assez aberrant. Le Danemark a démontré que les enfants ne devaient plus avoir de caries. Les enfants danois sont tous confiés à un dentiste. Les dentistes, plutôt que d'être payés à l'acte sur le traitement des caries, sont rémunérés par des forfaits inversement proportionnels au nombre de caries recensées pour chaque enfant. Le nombre de caries des enfants danois, qui était très supérieur à la moyenne européenne dans les années 80, est aujourd'hui proche de zéro. Cette stratégie mise davantage sur la prévention que sur le soin. Pour leur part, les pouvoirs publics allemands ont confié la prise en charge des soins dentaires aux assureurs, hormis pour certaines populations spécifiques. Certains HMO américains couvrent efficacement les soins dentaires à condition que les assurés acceptent le principe d'une visite annuelle et qu'on leur dispense les soins préconisés par le dentiste.

Il existe donc un potentiel d'amélioration considérable de notre système de soin. Des changements sont attendus. La population a compris qu'elle allait devoir payer plus et va demander aux assureurs de l'aider à trouver des solutions pertinentes. Peu d'assureurs, en France, ont commencé à réfléchir à ces questions. L'esprit des réformes renvoie à la modernité. La santé intéresse toute la population et cela, de plus en plus, notamment d'un point de vue financier.