déconnexion ×

Le Monde diplomatique

# Quand le payeur s'éveillera...

par **Victor G. Rodwin**, mars 1984

L'UN des débats essentiels, voire le plus décisif, pour l'avenir des systèmes d'assurance-maladie dans les pays industrialisés concerne l'évolution possible du rôle du payeur des soins médicaux (1).

Par payeur, il faut entendre l'institution principale ou les multiples institutions qui sont chargées de rassembler un financement collectif des dépenses de santé et de le reverser, soit directement au médecin et à l'hôpital (les producteurs de soins médicaux), soit indirectement, par l'intermédiaire d'un remboursement à l'assuré. Jusqu'à présent, en France comme aux Etats-Unis, les organismes payeurs se sont essentiellement comportés comme des « machines à sous » alimentant les producteurs de soins sans politique de santé définie, permettant ainsi le développement du système de santé sans contraintes ni limites apparentes. Peu importe de ce point de vue que l'organisation hospitalière soit largement publique, comme en France, ou privée à but non lucratif, comme aux Etats-Unis : que le financement soit grandement socialisé, comme en France, ou pluraliste (avec la participation importante des assurances privées) comme aux Etats-Unis. La nécessité de contrôler la croissance des dépenses exerce désormais une pression objective sur les organismes payeurs qui risquent de se voir tenus pour responsables, par leurs cotisants, non seulement des remboursements mais aussi de la qualité des services rendus.

Les « payeurs » vont-ils continuer de se contenter d'un rôle presque exclusivement financier, ou bien vont-ils au contraire intervenir beaucoup plus activement dans la gestion même du système de soins? Dans la première hypothèse, les structures actuelles de l'organisation hospitalière ainsi que de la médecine libérale ne pourront qu'avoir tendance à se renforcer. Dans la seconde hypothèse, celle où « le payeur s'éveillerait », les rapports de forces entre médecins et gestionnaires seraient sensiblement modifiés : des transformations importantes dans l'organisation du système de soins, en particulier dans les liens organisationnels entre l'hôpital, les programmes de santé publique et la médecine ambulatoire auraient une beaucoup plus forte probabilité d'intervenir avec succès.

Aux Etats-Unis, on peut déjà repérer les signes avant-coureurs de changements notables dans les relations entre payeurs, gestionnaires et producteurs de soins médicaux. Le système de santé américain est l'archétype d'un système fédéral à caractère largement privé. En l'absence d'un régime national, universel et obligatoire d'assurance-maladie, il existe une extrême diversité de modes de financement et de fourniture de soins. En France, l'Etat finance une part minime des dépenses de santé, puisque la plus grande partie est prise en charge par l'assurance-maladie. Aux Etats-Unis, au contraire, le gouvernement fédéral et les Etats financent environ 40% des dépenses par le biais de deux programmes nationaux - le Medicare (assurance-maladie pour les personnes âgées) et le Medicaid (assurance-maladie pour les pauvres). Alors, qu'en France l'usager assume directement 21% de l'ensemble des dépenses de santé, les consommateurs américains contribuent pour 31% et les systèmes privés d'assurance-maladie pour 29%.

Comparé à la Sécurité sociale française, il est indéniable que le système américain présente un certain « état d'arriération » si l'on considère, par exemple, que 10% de la population des Etats-Unis, soit 22 millions de personnes, ne disposent d'aucune couverture en cas de maladie. Mais, dans la perspective d'élaboration de nouvelles modalités de gestion et de réduction des coûts, son caractère décentralisé, directement responsable devant les usagers et ouvert à l'innovation institutionnelle, présente des avantages. Il a rendu possible des expériences récentes et originales de maîtrise des dépenses.

### Innovations institutionnelles et contraintes économiques

déconnexion ×

DEPUIS quelques années, des compagnies d'assurance-maladie ou des employeurs qui assurent leurs salariés se sont organisés pour négocier des tarifs préférentiels avec des hôpitaux, des groupes de médecins et des Health Maintenance Organizations (HMO).

L'innovation la plus significative dans le domaine des soins ambulatoires est la pratique des « groupes de pré-paiement ». Ces groupes de médecins, travaillant avec un certain nombre d'hôpitaux, se mettent d'accord pour inscrire une population payant une cotisation forfaitaire dans cette nouvelle organisation. Ils abandonnent alors les modes conventionnels de facturation basés sur les honoraires. La forme la plus connue de ces groupes à prépaiement est la Health Maintenance Organization (HMO) : une HMO fournit à ses adhérents l'accès gratuit à un éventail complet de services pendant toute la durée de leur contrat : les médecins sont rémunérés sur une base salariale avec la possibilité d'obtenir une prime annuelle selon le succès de l'organisation à assurer des taux très bas d'admission à l'hôpital et des durées de séjour très courtes. Il existe aujourd'hui environ 240 HMO aux Etats-Unis, couvrant environ 9 millions de membres, soit à peu près 4 % de la population.

En ce qui concerne le Medicare, depuis le 1er octobre 1983, les hôpitaux américains ne sont plus remboursés en fonction d'un prix de journée mais sur la base d'un coût standard par malade et par type de maladie. Cette idée a été développée à l'origine par les professeurs Fetter, Thompson et Averill à l'université Yale. Il s'agit de 467 groupes de diagnostics homogènes appelés DRG (diagnosis related groups). Ces groupes ont été élaborés en associant des diagnostics et des indicateurs d'activité médicale au coût moyen des soins médicaux produits. Le remboursement par le Medicare à partir des DRG pourrait bouleverser l'industrie hospitalière car ce système renverse les procédures financières traditionnelles qui incitaient à maximaliser le nombre d'admissions et à prolonger la durée de séjour. Avec ce nouveau mécanisme, les hôpitaux seront progressivement contraints de soigner les pathologies au moindre coût dans le cas où ils dépassent les coûts standards fixés, ils devront eux-mêmes couvrir leur déficit alors que, dans le cas inverse, ils pourront conserver en propre les ressources supplémentaires dégagées.

En ce qui concerne le programme Medicaid d'assurance-maladie pour les catégories défavorisées, il est en train d'expérimenter, au niveau de chaque Etat, une formule originale de remboursement. Le Tax Equity and Fiscal Responsibility Act (TEFRA) de 1982 permet une plus grande autonomie dans son administration. Pour la première fois, les Etats ne sont plus contraints de garantir la liberté de choix du médecin à tous les bénéficiaires du Medicaid. Ils leur donnent désormais la possibilité de renoncer à cette liberté et de recevoir, en contrepartie, à l'intérieur d'un groupe limité d'hôpitaux et de médecins, une couverture plus large : par exemple les soins à domicile et les soins dentaires. Les gestionnaires du Medicaid peuvent ainsi mieux utiliser leurs ressources on orientant la médecine vers des systèmes de prise en charge forfaitaires.

Enfin, les payeurs privés, c'est-à-dire les compagnies d'assurance-maladie, commencent à influer indirectement sur la gestion du système de santé. Dans un premier temps, les assurances privées imposent de nouveaux contrôles sur les hôpitaux (pre-admission screening) : suivis systématiques des durées de séjour et analyses de la qualité des soins. Dans un deuxième temps, elles refusent de rembourser un certain nombre de procédures diagnostiques et chirurgicales dans l'hôpital. Par exemple : certaines procédures ne sont remboursées que si elles sont pratiquées à l'hôpital de jour. Dans un troisième temps, les assurances privées passent des contrats sélectifs (selective contracting) avec certains producteurs de soins. Ces hôpitaux et ces médecins accordent des tarifs préférentiels et un droit de contrôle sur leur comportement aux assurances. En échange, les assurances accordent une réduction des cotisations à leur bénéficiaires qui s'adressent à ces groupes désignés de professionnels médicaux.

C'est évidemment la hausse rapide des dépenses de soins médicaux, passées de 215 milliards de dollars en 1979 à 322 milliards en 1982, soit une augmentation de 50 % en trois ans pour atteindre 10,5 % du PNB, qui motivent dans le secteur privé de véritables coalitions d'entreprises et d'assurances pour imposer une gestion rigoureuse aux producteurs de soins.

La politique du président Reagan a brutalement modifié l'évolution antérieure vers une augmentation constante de l'offre de soins et de la couverture sociale. Le Congrès a voté une réduction des dépenses

déconnexion ×

pour les grands programmes sociaux comme le Medicare et surtout le Medicaid. Parallèlement, les pouvoirs publics encouragent le dynamisme du secteur de soins privé à but lucratif. De grandes entreprises médicales telles que Hospital Corporation of America, American Medical International et Humana possèdent déjà plus de 15% de tous les lits d'hospitalisation aiguë aux Etats-Unis. Elles acquièrent, à un rythme rapide, des hôpitaux, des centres de chirurgie ambulatoire, des centres pour les urgences, et imposent des critères stricts de productivité à l'ensemble de leur réseau hospitalier. Le secteur public et les secteurs hospitaliers à but non lucratif sont incités à suivre cet exemple : ils développent de nouveaux systèmes informatiques, de nouvelles structures de soins telles que l'hôpital de jour ou les soins à domicile, et des liaisons plus fonctionnelles entre l'hôpital et la médecine ambulatoire.

Dans le domaine de la santé, la politique de l'administration Reagan conduit à des résultats apparemment paradoxaux. Son idéologie libérale favorise en principe la concurrence et la non-intervention de l'Etat. Dans les faits, le souci de réduire la croissance des dépenses n'exclut nullement un renforcement du contrôle bureaucratique « à la française » : par exemple, le remboursement de 6 000 hôpitaux à partir du nouveau système de groupes de diagnostics homogènes va mener à une réglementation particulièrement contraignante des hôpitaux. Le Health Care Financing Administration (HCFA) du gouvernement fédéral a déjà calculé et publié un indicateur qui reflète l'extrême complexité d'une classification des malades bénéficiaires du Medicare traités dans chaque hôpital.

Surtout, la promotion de la concurrence afin de « libérer » les forces du marché vise en réalité à discipliner les producteurs de soins et à les soumettre plus étroitement aux contraintes économiques. C'est le secteur privé à but lucratif qui constitue actuellement la plus grande menace à l'autonomie des médecins. Ce sont les grandes entreprises médicales, soucieuses de s'adapter aux conditions imposées par les organismes payeurs, qui commencent à imposer des normes de production à leurs médecins et à les recruter en fonction de ces critères de productivité.

Le contexte actuel fait cependant du système de santé américain un vaste laboratoire social où se déroulent de multiples expériences, dont l'impact sur la transformation du système de soins sera sans doute aussi important qu'une quelconque grande réforme gouvernementale. Sur la côte Est, les organismes payeurs ont tendance à s'allier entre eux pour faire pression sur les producteurs de soins. Sur la côte Ouest, les payeurs et les producteurs de soins jouent, d'un commun accord, la carte de la concurrence. Dans le New Jersey, tous les organismes payeurs se sont mis d'accord pour rembourser l'ensemble des hôpitaux à partir de leur nombre de malades classés par DRG. Au Maryland, l'industrie hospitalière est réglementée de très près. A New York, certains payeurs se sont récemment entendus pour envoyer tous leurs cotisants dans un nombre limité d'établissements qui ont accepté de pratiquer un large éventail d'actes chirurgicaux et diagnostiques exclusivement en hôpital de jour.

En Californie, région « surmédicalisée », deux lois récentes ont permis de transformer l'organisation de la médecine. Depuis le 1er janvier 1983, la loi AB 799 permet au Medical (le Medicaid californien) de passer des contrats avec les hôpitaux qui abaissent leurs prix et de refuser le remboursement à ses bénéficiaires s'ils se font soigner dans d'autres établissements. Une deuxième loi, AB 3480, permet aux compagnies d'assurances privées de négocier directement des prix de remboursement préférentiels avec les producteurs de soins. Cette seconde loi a stimulé la floraison de nouvelles organisations de soins : les Preferred Provider Organizations (PPO). Celles-ci rassemblent des groupes de médecins et d'hôpitaux qui s'accordent pour respecter les tarifs préférentiels et les contrôles imposés par les assurances (2). La Blue Cross californienne, l'une des principales compagnies privées d'assurance-maladie qui finance les hôpitaux, vient de créer ce qu'elle appelle un Prudent Buyer Plan. Les assurés ont droit à un abattement sur leurs cotisations s'ils s'engagent à se faire soigner par divers PPO.

**Des enseignements pour la France ?**

EN France, depuis les ordonnances de 1967 sur la Sécurité sociale, la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), principal organisme payeur, s'est contentée de jouer un rôle de banquier central pour les producteurs de soins médicaux. Certes, la CNAMTS négocie chaque année une convention avec les médecins ainsi qu'avec les autres professions de santé. Elle alloue également le Fonds d'action sanitaire et sociale, et elle exerce un certain contrôle médical pour sanctionner les abus et

assurer la « qualité des soins ».

déconnexion ×

Mais, pour un observateur extérieur, le partage des responsabilités entre les principaux acteurs du système de santé français reste surprenant. La CNAMTS et ses organismes de base gèrent les cotisations des salariés, financent les dépenses de maladie, mais sans les contrôler. Les tarifs de son principal fournisseur, l'hôpital public, ne sont pas négociables et dépendent de mécanismes sur lesquels elle n'a pratiquement pas de prise.

Le ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale, qui finance une part infime des dépenses de santé, est, lui, chargé d'exercer la tutelle sur les hôpitaux et d'appliquer une lourde réglementation sur l'ensemble du secteur. Enfin, le corps médical ordonne la plus grande partie des dépenses sans être financièrement responsable.

La recherche des moyens d'équilibrer provisoirement le budget de la Sécurité sociale et la composition des conseils d'administration de ses différentes caisses ont suscité beaucoup de préoccupations ces derniers temps en France. S'en tenir à ces seules questions serait manquer l'essentiel pour l'avenir de la politique de santé dans ce pays. Les mesures structurelles indispensables pour assurer l'avenir du système de santé impliquent, selon nous, deux profonds changements (3). Que les intérêts des consommateurs soient effectivement entendus et défendus, alors que ni le patronat ni les syndicats - quels que soient les rapports de forces existant entre eux dans les organismes de Sécurité sociale, - ne peuvent prétendre les représenter pleinement. Que le « payeur », la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés, et ses organismes de base « s'éveillent », c'est-à-dire conquièrent un véritable pouvoir de gestion sur le système de santé.

**Victor G. Rodwin**
Professeur à l'Institute for Health Policy Studies, University of California, San-Francisco; ancien conseiller auprès du directeur de la Caisse nationale d'assurance-maladie (France).

---

(1) Cette idée est développée dans l'ouvrage de V. Rodwin *The Health Planning Predicament : France, Quebec, England and The United States* , University of California Press, Berkeley, 1984.

(2) Joan Trauner, *Preferred Provider Organizations : The california Experiment* Institute for Health Policy Studies, Monograph Series, San Francisco, 1983.

(3) Sur les problèmes fondamentaux du système de santé français, voir J. de Kervasdoue, J. Kimberly et V. Rodwin, *la Santé rationnée : la fin d'un mirage* , Economica, Paris, 1981 ; B. Mainoni d'Intignano et J-C. Stephan, *Hippocrate et les technocrates.* Calmann-Lévy, Paris, 1983 ; *la Santé choisie* , rapport de la préparation du IX$^{e}$ Plan, la Documentation française, Paris, 1983.

Santé | Protection sociale