



## ACADEMIE DES SCIENCES ET LETTRES DE MONTPELLIER

Séance du 23/06/2003  
Conférence n°3829

### LES EVOLUTIONS ECONOMIQUES DU SYSTEME DE SANTE FRANCAIS

*Guy DELANDE*

Au milieu du tumulte médiatico-social lié à la réforme des retraites, deux faits importants relatifs au secteur de la santé ont peut-être échappé à votre attention :

- l'annonce par la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale du déficit de l'Assurance-Maladie « le plus élevé jamais enregistré » soit 9.7 Milliards d'euros (63 Milliards de Francs) pour l'année 2003 auxquels s'ajoutent 6.1 milliards d'euros (40 milliards de Francs) pour 2002.
- le 16 avril 2003, syndicats médicaux (essentiellement de spécialistes) et Assurance-Maladie se sont séparés sur un constat d'échec concernant la négociation d'une nouvelle convention.

Il semble qu'il faille voir dans cette situation plus qu'un épisode supplémentaire dans le long feuilleton de la crise de l'Assurance-Maladie à laquelle le Ministre J. F. MATTEI devrait apporter une réponse au cours des mois à venir grâce à un ensemble de textes réformant la « gouvernance » de notre système de santé. En effet, à la suite de la rupture de ces négociations – rupture motivée par le refus de la CNAM de reconnaître un « espace de liberté tarifaire » qui aboutirait à une généralisation du « secteur 2 » dit à honoraires libres – on assiste à une fronde des spécialistes libéraux qui se traduit soit par un mouvement de déconventionnement, soit par la pratique de tarifs libres et établis en fonction des capacités financières de la clientèle (avec ou sans maintien de jours et heures de consultations à tarif conventionné).

On peut donc craindre, selon l'expression d'un ancien Directeur de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), que « le spectre d'une fin définitive du mécanisme de couverture générale et collective des soins ne soit plus une figure virtuelle » (A. CORDIER).

- Arrivons-nous donc à la veille de la faillite – rendue inévitable par ses contradictions constitutives – du fonctionnement de notre Assurance-Maladie ?
- Entrons-nous dans la phase d'euthanasie active d'un système de santé qui a tenté de concilier les inconciliables – à savoir une liberté quasi-absolue des acteurs avec une solidarité contrainte toujours plus pesante ?

Pour tenter de répondre à ces interrogations, il est nécessaire de retracer de manière cursive :

- I – les grandes évolutions économiques de notre système de santé ;
- II – puis d'évoquer quelques pistes et orientations pour l'avenir.

## **I – LES EVOLUTIONS PASSES ET CONTEMPORAINES**

### ***1 – La croissance libre***

Au sortir de la 2<sup>e</sup> Guerre mondiale, on a procédé, à la mise en place d'un système original associant une liberté très large des producteurs et consommateurs de soins avec un financement collectif traduisant la prise en charge solidaire.

Ce couplage contre-nature, puisqu'il exclut les éléments de contrainte correspondant aussi bien à la régulation décentralisée (la nécessité de payer) qu'à la régulation centralisée (le rationnement), a abouti à un système très prisé par les acteurs puisque sans contrainte, mais particulièrement dispendieux puisque sans cohérence interne.

Son développement s'est opéré sur la base d'un « gaspillage négocié » permettant une évolution exponentielle des dépenses (dont la part dans le PIB est passée de 3 à 10% en 50 ans) et a été autorisé par une phase de croissance économique tout à fait exceptionnelle (les Trente Glorieuses 1945 - 1975).

Durant les années 80, l'équilibre financier global de moyen terme a été maintenu grâce à des plans de redressement dont la recette – toujours la même – consistait en une double action : d'une part, hausse des taux de cotisation (donc des recettes) ; d'autre part, baisse des taux de remboursement ; ce qui a abouti à élargir le champ d'intervention des assurances complémentaires et à créer des difficultés d'accès qui ont ultérieurement nécessité la mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

Mais ces thérapeutiques purement symptomatiques vont se révéler très insuffisantes durant les années 90, compte tenu du ralentissement économique très marqué, alors qu'au plan social, la santé était devenue un bien de consommation gratuit, illimité et indéfiniment remboursable.

## *2 – La problématique de la maîtrise*

C'est dans ce contexte que le concept de « maîtrise des dépenses de santé » a acquis droit de cité et a été exploré par les économistes dans toute sa complexité.

Mais il reste assez largement refusé par une grande partie du corps social et des professionnels de santé au motif que la santé est un « bien supérieur » dont l'évolution de la consommation serait totalement déconnectée de l'évolution de la richesse nationale, ce qui légitimerait le refus de toute « maîtrise comptable » des dépenses de santé.

Est intervenue alors la seule tentative sérieuse de réforme structurelle de notre système de santé, connue sous le nom « d'Ordonnances Juppé » (1996).

Il s'agissait, essentiellement d'introduire simultanément :

- un degré plus élevé de rationalité collective à travers l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) et l'instauration d'enveloppes budgétaires par catégories de prestataires ;
- des mesures d'amélioration de la cohérence globale grâce notamment aux Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) et à la mise en route d'un processus d'informatisation généralisée de l'activité médicale ;
- des espaces de liberté, d'innovation et d'expérimentation (réseaux de soins, fongibilité des enveloppes).

Mais la mise en œuvre ne fut que partielle et, donc, largement décevante car contrariée par les vicissitudes politiques.

On rappellera néanmoins pourquoi cette maîtrise s'impose toujours et sans doute plus que jamais ; plusieurs facteurs sont à souligner à cet égard :

1 – en l'absence de mécanisme de régulation, toute défaillance conjoncturelle dans la croissance des recettes creuse le déficit de manière insupportable compte tenu de la progression inertielle des dépenses. Accepter sans réaction une telle évolution revient à reporter sur les générations futures le financement d'une dépense actuelle au travers du Remboursement de la Dette Sociale (RDS) par exemple. On pourrait imaginer à cet égard la mise en place d'une Caisse d'amortissement et de lissage des effets des cycles économiques.

2 – Il sera de plus en plus difficile d'échapper à la contrainte financière pesant sur les ressources publiques en raison de l'existence d'engagements européens sur le pacte de stabilité. Il est, de plus, évident que nous sommes confrontés à une crise des fonctions régaliennes de l'Etat : sécurité, éducation, recherche, justice, défense, domaines dans lesquels nous sommes descendus en dessous du niveau convenable de qualité des services publics, ce qui rend inévitable que les arbitrages budgétaires futurs soient moins favorables à la santé.

3 – La non-concordance entre soins et santé est de plus en plus patente. Il faut dissiper le malentendu selon lequel plus on consomme de soins, plus on est en bonne santé, ce qui reste pourtant le message dominant. Si tout est santé, tout n'est pas médecine ce qui implique de nouveaux arbitrages en défaveur du système curatif dont la place est disproportionnée par rapport à ces facteurs importants de la santé que sont l'éducation, l'emploi, les conditions de travail, le logement.

## **II – QUELLES ISSUES PROMOUVOIR ?**

Pour maîtriser les dépenses, pour éviter le démantèlement du système actuel et de sa dimension « solidariste » essentielle, notre démarche nous conduira successivement :

- 1 – à expliciter le schéma qui a la préférence des économistes et qui inspire la plupart des réformes dans les pays développés ;
- 2 – à examiner rapidement les pistes proposées en prélude à la réforme à venir du système français

### ***1 – Faire de l'Etat un garant et non un gérant grâce à la mise en place d'opérateurs en santé***

- Faire de l'Etat un garant signifie qu'il doit avoir la responsabilité de la définition de la politique sanitaire, de la mise en œuvre d'un financement solidaire global et de la détermination du périmètre du panier de soins, ce dernier permettant de rompre le dogme, insoutenable, actuel selon lequel « on fait tout pour tout le monde ».
- Simultanément il est procédé à la mise en place de gérants, c'est-à-dire d'un ensemble d'opérateurs en santé bénéficiant d'une délégation de gestion pour un bassin de population standard.

La mission essentielle de ces opérateurs consisterait à assumer la gestion du risque, c'est-à-dire :

- 1 - Identifier les besoins ou facteurs de risques de la population gérée ;
- 2 - Répondre de manière optimale à ces besoins en devenant un acheteur avisé des prestations sanitaires diverses nécessaires.

Ce qui permettrait non seulement d'assurer la liaison entre recettes et dépenses et donc le respect de l'ONDAM, mais également de substituer à une convention nationale, pour le moment introuvable, une contractualisation décentralisée assurant à la fois la résolution des impasses actuelles (géographiques et par spécialités) de la démographie médicale et la rationalisation de structures hospitalières pléthoriques et inadaptées.

## *2 – Les pistes réformatrices évoquées*

- Le Ministre J.F. MATTEI a exprimé à plusieurs reprises l'idée d'individualiser les dépenses liées au vieillissement qui ne relèveraient plus de l'assurance car « le vieillissement n'est pas un accident » ; il s'agirait donc de créer un 5<sup>e</sup> risque (vieillesse-handicap-dépendance) pour les plus de 70-75 ans qui serait financé par l'Etat, les collectivités locales et le secteur privé (cf. système américain où la solidarité ne prend en charge que les personnes âgées et les économiquement faibles). Ce qui permettrait une meilleure maîtrise des dépenses par abandon d'une logique assurantielle au profit d'une logique budgétaire.
- La Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA) préconise essentiellement tout d'abord de recentrer des régimes obligatoires sur leur cœur de métier, notamment les affections de longue durée (ALD) ; ce qui implique de laisser les complémentaires rembourser certains secteurs (optique, dentaire, appareillage, rééducation, divers médicaments) au premier euro. En second lieu, d'appliquer aux professionnels un conventionnement économique beaucoup plus strict et de nouveaux modes de rémunération comportant une part fixe et une part variable (en fonction du résultat), les établissements de soins adoptant, quant à eux, une tarification à la pathologie.

La philosophie générale est, bien entendu, de faire davantage appel à l'assurance volontaire, le patient choisissant les modalités de son contrat en fonction des propositions de l'assureur.

La Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) propose d'agir en faveur d'une meilleure organisation de l'offre de soins permettant une prise en charge globale de proximité et de qualité ainsi

que l'égal accès sur le territoire grâce notamment à un exercice de groupe, aux réseaux, au conventionnement sélectif, au développement de la coordination.

Elle souhaite également l'établissement de nouvelles relations entre Régimes Obligatoires et Régimes Complémentaires : copaiement pour couvrir intégralement les dépenses utiles, mais association des mutuelles à la régulation du système.

## **CONCLUSION**

De par notre âge, nous sommes tous ici des gens d'expérience et vous aurez donc peut-être le sentiment que les perspectives que j'ai esquissées nous plongent en pleine utopie.

J'en conviens aisément mais il ne me paraît guère faire de doute que la situation actuelle – celle d'un système de santé que j'ai par ailleurs qualifié, non pas de libéral, mais de libertaire – dans laquelle une évolution exponentielle et sans contrôle des besoins serait financée à guichet ouvert est non extrapolable dans un contexte d'expansion limitée des ressources.

Dès lors, si l'on veut éviter un développement conséquent des activités de marché et la régression à minima des principes de solidarité auxquels la communauté nationale reste très attachée, il semble bien que nous soyons arrivés à un point de bifurcation comme en témoigne cette opinion du Pr. Didier SICARD, Président du Conseil National d'Ethique : « la médecine française est à la croisée des chemins. Ou elle continue sur la lancée folle de consommation effrénée, irréfléchie, toujours plus chère, toujours plus encombrée et les lendemains seront cruels. Ou il y a une prise de conscience que le malaise des professionnels n'est pas simplement un malaise existentiel mais reflète le malaise d'une société qui sera, à terme, privée de soins nécessaires ».

***Guy DELANDE***