

ÉCONOMIQUES ■ Chaque mardi

L'Etat veut se désengager de la santé



PAR PIERRE-YVES
GEOFFARD

Il y a quelques semaines, avant de battre rapidement en retraite, la ministre de la Santé émettait l'idée de transférer certaines dépenses de soins, notamment l'optique, vers les complémentaires. Cette annonce ressemblait bien à un ballon d'essai, et peut indiquer la tendance qui caractérisera la future réforme de l'assurance-maladie actuellement en préparation: un transfert accru des dépenses de soins de la Sécurité sociale vers les organismes complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance, assureurs). Pourquoi pas? De nombreux pays s'appuient en effet sur la concurrence entre assureurs pour tenter de fournir une couverture santé la plus efficace possible, celle qui couvrirait, pour tous, les soins de meilleure qualité au meilleur coût. Si le désengagement de l'assurance publique doit se poursuivre en France, il faut mettre en place les régulations adéquates d'un marché concurrentiel de l'assurance-maladie, pour que ce marché puisse produire ses effets bénéfiques. La mise en place de la Sécurité sociale, en 1948, répondait à un objectif principal: améliorer l'accès de tous les travailleurs et de leurs familles au système de soins, et garantir une offre de soins répondant aux besoins. En d'autres termes, augmenter la dépense de soins. Mais en 1948, la médecine était pour l'essentiel incapable de guérir, ses outils diagnostiques et thérapeutiques restaient limités, et souvent peu coûteux. La question du rationnement des soins ne se posait alors pas de manière si cruelle. En soixante ans, le développement des technologies médicales a conduit à l'émergence d'une médecine incroyablement plus

efficace mais aussi bien plus coûteuse. Il faut donc, aujourd'hui, faire des choix: mieux identifier la qualité des soins et leur coût, s'interroger sur la prise en charge des soins peu efficaces, réfléchir à l'organisation du système qui conduirait à une meilleure efficacité. L'Etat n'est pas forcément le mieux placé pour mettre en place ces choix: tout d'abord parce que l'on ne sait pas toujours ce qu'il convient de faire; mais, surtout, l'Etat ne parvient pas à agir durablement et efficacement sur l'offre de soins. Cette incapacité est manifeste dans les récentes réformes de l'assurance-maladie, qui tentent une régulation uniquement focalisée sur la demande de soins (franchises, parcours de soins...) sans s'attaquer au mode de rémunération des médecins de ville, dont on connaît pourtant les nombreux effets délétères. Devant ce constat d'incapacité à agir, la tentation est grande pour l'Etat de déléguer la prise en charge des soins à des opérateurs privés. En espérant que la concurrence produise ce qu'elle sait faire de mieux: la multiplicité des opérateurs peut conduire à de nombreuses expérimentations d'idées nouvelles. Le jeu vertueux de la concurrence sanctionnerait alors les mauvaises idées et favoriserait les bonnes, garantissant que seules soient durables les mesures qui améliorent la qualité des soins au meilleur coût.

Premier point: s'engager dans une telle voie nécessite de transférer aux complémentaires les outils permettant d'agir sur l'offre de soins: information détaillée sur la dépense, contractualisation sélective avec les professionnels de santé, accréditation, évaluation de la qualité des soins, évolution des modes de rémunération. Sans ces outils, les complémentaires se contenteraient de rembourser des soins à l'aveugle, et cela, la Sécurité sociale sait faire. Second point: s'appuyer davantage sur les complémentaires impose de

garantir l'universalité de la couverture. Actuellement, les différents dispositifs d'aide à l'acquisition d'une complémentaire ne sont pas encore parvenus à réduire fortement la part (7 à 8%) des personnes assurées uniquement auprès de la Sécurité sociale. Troisième élément: à part les Etats-Unis, tous les pays s'appuyant sur une organisation concurrentielle de l'assurance-maladie régulent fortement ce marché. Des mécanismes de compensation des risques entre assureurs visent à rémunérer, hors marché, les assureurs couvrant des populations en moins bonne santé (par exemple, une clientèle plus âgée), en taxant ceux qui couvrent des populations en meilleure santé. Ces mécanismes visent à compenser les différences de coût de couverture pour des person-

S'appuyer davantage sur les complémentaires impose de leur transférer les outils permettant d'agir sur l'offre de soins, de garantir l'universalité de la couverture et d'établir des mécanismes de compensation des risques.

nes de «niveaux de risque» différents, et permettent alors d'exiger des assureurs privés qu'ils offrent le même contrat, au même prix, à tous les assurés potentiels. Une telle régulation est indispensable pour éviter les stratégies de sélection des risques, par lesquelles certains assureurs chercheraient à attirer les «bons clients» et à rejeter «les mauvais». Transfert de la régulation de l'offre de soins aux complémentaires, universalité de la couverture complémentaire, mécanismes de compensation des risques... Bien au-delà du ballon d'essai sur la prise en charge des dépenses d'optique, on ne parle pas d'une réforme, on parle d'une révolution.

Pierre-Yves Geoffard est chercheur au CNRS.