

Quoi de neuf du côté du Medef ?

La vraie transformation du système de soins, qui suppose la mise en place de formes d'activités plus coopératives entre professionnels, a besoin d'un débat public, pas de mécanismes de marché.

Pierre Volovitch, économiste **D**ébut novembre 2010, le « groupe de travail santé » du Medef a rédigé une note. Comme sans doute un peu de provocation ne leur fait pas peur, ils ont donné comme titre à cette note : « Confortons notre système d'assurance maladie ». Le sang de Laurent Mauduit, de *Médiapart*, n'a fait qu'un tour et le 15 décembre, il a publié un article vengeur : « Le plan secret du Medef pour dynamiser la Sécu ». Le problème, c'est qu'il n'y a rien de bien « secret » dans cette note. Bon, mais même s'il n'y a pas de « scoop », n'est-il pas toujours utile d'aller jeter un œil dans les plans de l'adversaire ? Alors, cette note du Medef, qu'est-ce qu'on peut en faire ?

§Protection sociale
§Marché
§Solidarité
§Financement
§Assurances

La résumer ?

Pour le Medef, il faut prendre une AMO (Assurance Maladie Obligatoire – la CNAMts) qui aura en charge le « gros risque » (celui dont les assureurs privés ne veulent pas) et des AMC (Assurances Maladie Complémentaires) qui auront en charge le « petit risque ». Ensuite, faire jouer la concurrence entre les AMC, car la concurrence va nous conduire à l'efficacité (meilleurs soins à un coût moindre grâce à des gains de productivité).

Enfin, encadrer l'activité des professionnels par des contrats, des protocoles. Ces contrats et protocoles étant construits à partir des informations dont dispose l'AMO et qu'elle mettra à disposition des AMC (en toute confidentialité sur les données individuelles).

Bon, la tambouille telle que l'aime le Medef.

La critiquer pour ce qu'elle contient ?

Sur la différenciation AMO, AMC :

- Comment séparer le « gros risque » du « petit risque » dès lors que le « gros risque » c'est souvent un « petit risque » qui n'a pas été pris en charge à temps... ?
- Le financement de l'AMO (lié au revenu, sans prise en compte de l'âge et de la structure familiale) et le financement des AMC (le plus sou-

vent forfaitaire avec prise en compte de l'âge et de la structure familiale) ne sont pas du même type. Il ne s'agit pas de « couvertures » en quelque sorte interchangeables. Dans le cas de l'AMO, il y a un financement redistributif (un peu) entre les hauts revenus et les bas revenus, dans le cas de l'AMC les plus modestes ont plus de mal à se couvrir.

Sur la concurrence :

- En admettant que la concurrence crée des gains de productivité (ce qui reste à démontrer dans le domaine du soin, voir ci-dessous), la concurrence va créer des « coûts de transaction » (il faut faire de la pub, attirer le client, ouvrir des agences sur le terrain...). Quelle assurance a-t-on que les gains liés à la hausse de la productivité seront supérieurs aux dépenses supplémentaires liées à ces « coûts de transaction » ?

« Jusqu'où la libre concurrence ? »

- Le modèle concurrentiel suppose que le client ait une « bonne » connaissance du marché. On sait depuis longtemps que le patient face au professionnel est dans une situation « d'asymétrie d'information » qui interdit tout phénomène concurrentiel.

- La concurrence suppose que les conditions de production du produit puissent être comparées. Tant pour l'hôpital que pour la médecine de ville, les obstacles à cette comparaison sont multiples. Quelle définition et mesure de ce qui est produit ? Quelle possibilité de comparaison des conditions de production (soigner, pour la même pathologie – une fois admis que l'on peut définir une « même pathologie » – une personne jeune, incluse socialement, ou une personne âgée, exclue socialement, est-ce la même chose ?)

- La concurrence, pour exister, suppose qu'il y ait des capacités d'offres en excédent. Si les capacités d'offres sont inférieures à la demande, il n'y a pas de concurrence. Introduire de la concurrence dans le domaine du soin, en particulier dans le domaine hospitalier, suppose donc de disposer de capacités de production excédentaires. Vu le coût de mise en place de capacité

- de production dans le domaine du soin, mettre en place des capacités excédentaires est-ce une « bonne » solution du point de vue des coûts ?
- La concurrence dans le domaine du soin s'exerce dans une aire géographique limitée. L'hôpital de Strasbourg, pour excellent qu'il soit, n'est pas en concurrence avec celui de Montpellier. Rien n'est dit dans cette note du Medef sur la question de la répartition territoriale.
 - Jusqu'où la libre concurrence ? Pour prendre par exemple la question des domaines de compétence des différentes professions (médecins, infirmières, pharmaciens...). Même la note du Medef n'envisage pas de régler le problème en faisant jouer la concurrence entre eux. On en appelle à la régulation de l'Etat.
 - La prévention n'est abordée qu'à la fin de la note. La prévention ici est confiée aux AMC. Or l'existence d'une concurrence entre AMC suppose que le patient puisse changer d'assureur. Mais à l'inverse, la mise en place d'une politique de prévention par un assureur suppose qu'il puisse penser tirer profit des politiques de prévention qu'il a mises en place. Ce qui suppose que les assurés pour qui il a mis en place ces politiques de prévention n'aillent pas chez le concurrent qui, dès lors, profiterait des efforts de prévention. Alors...

Sur l'amélioration des pratiques :

- Les études (américaines) sur l'amélioration des pratiques dont on dispose démontrent que la voie la plus riche d'amélioration des pratiques est le travail en commun des professionnels. La signature par les professionnels de contrats (individuels) avec des assureurs est-elle un bon moyen d'améliorer les pratiques ?

La critiquer pour ce qu'elle néglige ?

- La dimension « sociale » du soin est évoquée... pour être rapidement évacuée. Réduire la médecine à sa dimension technique est sans doute un des meilleurs moyens de tomber dans des scénarios ridicules. Dans la note, l'accès aux soins pour les vieux dans les régions rurales désertifiées est résolu grâce à la télé-médecine...
- La question des revenus des professionnels (niveaux de revenus, écarts, évolution) n'est jamais traitée. La note n'arrête pas de tourner autour de la question, mais elle n'est jamais traitée de front. Si on transfère des activités des médecins vers les paramédicaux (ce qui pourrait être souhaitable), il faut dire aux médecins quel impact aura ce transfert sur leurs revenus, sauf à se trouver face à une résistance forte. Si on fait des économies en « externalisant » des activités hospitalières, c'est bien parce que les salaires de ces salariés « externalisés », et qui auront perdu la protection du statut de la fonction publique, seront plus bas que

lorsqu'ils étaient hospitaliers...

- La « structuration » des milieux professionnels. Peut-on réorganiser le système de soins, peut-on se lancer dans une politique de contrats (ou de contraintes) avec les professionnels sans avoir négocié avec des acteurs collectifs représentatifs ?

Faire un sort particulier aux arguties sur le financement qui servent de support à cette note ?

- « L'AMO est financée aujourd'hui à 90 % par les actifs et 10 % par les retraités alors que les prestations concernent 60 % des actifs et 40 % des retraités ». Si c'est la répartition « inégale » entre actifs et retraités qui pose problème pour l'Assurance maladie, alors l'assurance vieillesse a de l'inquiétude à se faire ! En effet, cette dernière est quant à elle financée à 100 % par des actifs et les prestations sont versées à 100 % à des retraités ! Plus sérieusement, on peut faire financer plus les retraités (en Allemagne, le taux de cotisation d'assurance maladie des retraités est le même que celui des actifs et les caisses de retraite s'acquittent de la « part patronale »), mais il faut dire ce que l'on fait du niveau des retraites (parce qu'en Allemagne, ce sont évidemment les cotisations de retraite qui financent, via les caisses de retraite, ces cotisations d'assurance maladie...).
- Revenir, bien sûr, sur l'idée que toute hausse des recettes est impossible, en particulier si elle devait reposer sur les entreprises... On aimerait assister aux discussions entre la FFSA (fédération des entreprises de l'Assurance, qui espère des gains du rôle renforcé des Complémentaires) et les Fédérations industrielles du Medef (pour elles les Couvertures complémentaires sont un coût) quand on arrive à ces questions.

Sous le poids du dogme de la « baisse des prélèvements obligatoires », en une période où les politiques et les médias nous bassinent de discours alarmistes sur la « dette », la fraction du Medef qui a des « assurances » à vendre continue à réclamer un retrait de l'Assurance maladie.

Prudentes, les sociétés d'assurance ne demandent pas à tout couvrir. Certains soins de santé, les plus lourds et les plus coûteux, sont « inassurables ». Elles veulent couvrir ce qui peut rapporter sans leur faire courir de trop grands risques. Pour avancer dans ce sens, elles habillent leur argumentation de justifications (sur l'efficacité du système) totalement fantasmagiques.

La vraie transformation du système de soins, qui suppose la mise en place de forme d'activités plus coopératives entre professionnels, a besoin d'un débat public, pas de mécanismes de marché. ■

« Réduire la médecine à sa dimension technique : le meilleur moyen de tomber dans des scénarios ridicules. »