

FRÉDÉRIC BIZARD

Enseignant à Sciences Po Paris

■ Cet économiste spécialiste des questions de santé livre une critique féroce des réformes de la complémentaire santé et plaide pour une réforme systémique.

« Généraliser un système déficient est grotesque »

Que pensez-vous du projet de loi de santé et de la généralisation du tiers payant en particulier ?

Cette loi est inconsistante face à sa raison d'être qui est de définir une stratégie nationale de santé. Elle est cependant en continuité avec la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » de Roselyne Bachelot et accélère la tendance à l'étatisation du système de santé en renforçant les pouvoirs de gouvernance des entités technocratiques de l'État que sont les ARS. Quant à la généralisation du tiers payant, j'y suis opposé car je suis favorable à repenser notre modèle de santé pour l'adapter aux enjeux du XXI^e siècle, ce qui suppose de conserver un paiement direct par les patients pour les soins courants. C'est aussi une mesure opportuniste politicienne, pour ne pas dire démagogique, qui affaiblira l'assurance maladie en augmentant les coûts de remboursements et administratifs. Notre modèle a fait la preuve de sa capacité à délivrer une santé équitable, solidaire et de qualité. Sans être parfait, il reste supérieur aux quatre ou cinq autres modèles existants à travers le monde.

En quoi ?

Il répond à notre vision égalitariste de la société. Les Anglais ont comme objectif de faire au mieux, à partir d'un budget déterminé. Les Français ont comme objectif que chacun reçoive ce dont il a besoin, quel que soit son revenu. C'est ce que nous avons obtenu au XX^e siècle, et ce que nous devons continuer à nous fixer comme objectif. Notre système possède cependant une faille: il n'a pas réduit les inégalités sociales de santé, qui se trouvent en amont du système de soins. Il n'a pas été conçu pour cela, n'intègre pas la prévention ne prend pas en compte les autres déterminants de santé, l'environnement et les comportements individuels. Il faut passer d'un système de soins à un système de santé dans toutes les composantes du système, y compris le financement.

Outre la généralisation du tiers payant, François Hollande avait promis, lors du congrès de la Mutualité française en 2012, une « complémentaire santé de qualité pour tous ». Va-t-on dans cette direction ?

Le système de couverture complémentaire est devenu de plus en plus inégalitaire,

inefficace et coûteux. C'est logique puisqu'il n'a pas été conçu pour le rôle qu'on veut lui donner aujourd'hui. Ceux qui en ont le plus besoin, comme les retraités, sont les moins bien servis, tandis que ceux qui en ont le moins besoin, comme le cadre supérieur de 30 ans travaillant dans une grande entreprise, sont surprotégés. Deuxième élément, nous avons un niveau de reste à charge de l'ordre de 9 %, le plus bas au monde avec les Pays-Bas. Nous devrions donc être les mieux protégés au monde. Ce n'est pas ce que montrent les données internationales de renoncement aux soins, dans le secteur dentaire notamment.

La généralisation de la complémentaire santé était censée corriger des inégalités, en couvrant des salariés qui ne l'étaient pas...

Généraliser un système déficient qui couvre déjà 96 % de la population est un objectif grotesque, là encore de nature politicienne. Cela va en fait aggraver les choses. Il y aura un transfert d'assurés de l'individuel vers le collectif qui se traduira par une moindre mutualisation dans les contrats individuels et donc leur renchérissement. Les petites entreprises qui souscriront sous la contrainte un contrat collectif se contenteront de remplir leurs obligations avec des contrats d'entrée de gamme. On voit toutes les limites de l'intervention de l'État

dans la gestion de contrats privés. C'est aussi le cas sur les contrats responsables dont les plafonnements vont instaurer un système à deux vitesses, avec une médecine *premium* réservée aux plus aisés qui pourront assumer des restes à charge élevés ou une surcomplé-

« Le système de couverture complémentaire est devenu de plus en plus inégalitaire, inefficace et coûteux. »

mentaire, et une médecine *low cost* pour la masse. Cette démutualisation du financement des soins courants va désolubiliser une partie de la classe moyenne. Alors que ce n'est pas l'objectif de l'État certes, cette mesure est une vraie régression dans l'égalité d'accès financier aux soins et une réduction de la liberté de choix et de négociation des contrats.

Ces réformes sont donc contre-productives ?

Tout cela a un sens politique. Vous avez la haute fonction publique et une caste de décideurs qui sont persuadés qu'il faut mettre fin au modèle mixte pour tous à la française. Ils sont convaincus que l'on arrivera à un ...

SON PARCOURS

Diplômé du MBA de L'INSEAD, de l'IEP de Paris, de l'École nationale vétérinaire de Maisons-Alfort et de la faculté de médecine de Créteil, Frédéric Bizard est économiste spécialiste des questions sociales et de santé.

■ **1996-2002 :** Économiste dans le secteur privé aux USA et en Angleterre

■ **Depuis 2003 :** Enseignant à Sciences Po Paris. Économiste conseil en politique de santé

de pays émergents et de stratégie pour diverses institutions publiques et privées.

■ **Juillet 2013 :** Auteur du rapport pour l'Institut Thomas More « *Refonder le modèle social français : Pourquoi ? Comment ?* ».

■ **Juillet 2014 :** Auteur du rapport « *Refonder le système de santé français : 40 propositions pour réformer* ».

■ **Octobre 2015 :** Sortie du livre « *Santé : conduite du changement* », Éditions Dunod.

PHOTOS: LAETITIA DUARTE



... système beaucoup moins cher, en le comparant au système anglais qui coûte 50 Md€ de moins, mais génère des inégalités d'accès aux soins de la population inacceptables pour notre société. Si on va au bout de cette logique d'étatisation du système, c'est extrêmement contre productif pour les opérateurs privés, car ils n'ont plus leur place au cœur du processus, ou alors juste pour financer et soigner une petite partie de la population qui en aura les moyens. Autant je suis critique à l'égard du système actuel de complémentaire santé, autant je suis favorable à conserver une vraie place aux opérateurs privés, à condition qu'ils agissent dans des conditions et dans l'esprit de délégation de service public.

Que préconisez-vous alors ?

J'ai écrit en 2014 pour les pouvoirs publics un rapport sur la refondation du système de santé qui doit sortir sous la forme d'un livre en octobre prochain. Pour adapter notre modèle à l'environnement du XXI^e siècle, cette refondation doit concerner toutes les composantes que sont l'organisation des soins, la gouvernance, le système de financement, les modes de paiement et l'action sur les comportements individuels. Concernant le financement, au lieu du cofinancement actuel par les régimes obligatoires et complémentaires, je propose la mise en place d'un seul financeur public pour un panier de soins solidaire, et un seul financeur privé pour le panier de soins individuel, avec une part de paiement direct par les patients qui en ont les moyens. Un seul financeur par soin rendra le système plus lisible, ce qui permettra aux Français d'être plus actifs et autonomes. C'est une condition incontournable de tout système de protection sociale. Pour les financeurs privés, je propose l'élaboration d'un contrat homogène standard obligatoire de base, avec une mise en concurrence par le prix, une assurance supplémentaire obligatoire.

Que mettez-vous dans ces paniers de soins ?

Il ne m'appartient pas, en tant qu'économiste, de dire avec précision ce qu'il devrait y avoir dans chacun des paniers de soins. C'est à la nouvelle gouvernance, fondée sur une démocratie sociale moderne autour de l'assurance maladie, d'en décider du contenu avec les conseils d'experts comme la HAS. Mais le



« Un seul financeur par soin rendra le système plus lisible, ce qui permettra aux Français d'être plus actifs et autonomes. »

panier de soins obligatoire devra probablement se focaliser sur le gros risque et une partie des services de gestion en amont du risque santé, dont la prévention. Ensuite, pour le panier de soins individuel financé par les opérateurs privés, il doit intégrer ce que la puissance publique estime nécessaire de rendre accessible à tout le monde. Ce qui différencie ces contrats, c'est le prix. Là est l'intérêt d'avoir



des acteurs privés : ils sont mis en concurrence de telle sorte que les plus efficaces ont les prix les plus bas. Un deuxième étage serait constitué de contrats affinitaires, facultatifs, que chacun est libre de souscrire ou pas, et que chaque organisme d'assurance est libre de proposer pour améliorer la qualité de vie et la gestion du risque de ses assurés. Mon système prend en compte ce qu'il est nécessaire de faire mais aussi ce qui est possible et réaliste compte tenu de la situation actuelle.

La concentration des complémentaires santé, qui prend aujourd'hui une nouvelle dimension, peut-elle rendre ce secteur plus efficace ?

Elle me paraît plutôt défensive et motivée surtout pour faire survivre le système actuel, pourtant sans avenir. J'aimerais convaincre les décideurs des organismes complémentaires que nous sommes en fin de cycle et que c'est une réforme systémique, structurelle dont nous avons besoin. Il sera intéressant de voir si la vague actuelle de rapprochements, en particulier celui entre Harmonie Mutuelle et MGEN, sera l'amorce d'un renouveau ou la chronique d'une mort annoncée du mouvement mutualiste dans la santé. Cette dernière serait un réel affaiblissement de la protection sociale de notre pays. Si on laisse le système actuel perdurer et donc périlcliter, on en prend pourtant le chemin.

■ PROPOS RECCUEILLIS PAR LAURE VIEL