



La fabrique de l'Opinion

L'invité du 14 Bassano

Réforme du système de santé: remettre l'utilisateur à une place centrale

Frédéric Bizard: « Nous sommes passés d'une époque où l'Etat assurait des revenus de remplacement ponctuels à une ère où il s'agit d'assurer des risques longs »

Romprompre avec la méthode de réforme de politique de santé par petites touches, sans cohérence d'ensemble. Et proposer une refonte globale à rebours de la tendance des vingt dernières années consistant à renforcer le rôle de l'État. Telle est l'ambition du dernier livre de l'économiste Frédéric Bizard, *Politique de santé: Réussir le changement* (Dunod, septembre 2015).

Par quoi une réforme devrait-elle commencer?

D'abord par un discours vérité sur le changement radical de notre environnement et la nécessité d'adapter nos systèmes sociaux et économiques au nouveau monde. Nous ne pouvons plus nous contenter de colmater ou tripatouiller les systèmes. Ensuite, une présentation aux Français dans un programme politique de ce projet de réforme, afin de le faire approuver démocratiquement. Enfin, l'intégration de ce programme en un projet de loi global agissant sur l'ensemble des leviers évoqués précédemment. Les deux conditions de succès me paraissent être la vision d'ensemble et la pédagogie!

Le sommaire de votre livre ressemble au plan d'un texte de loi. Faut-il y voir un programme pour 2017?

Je ne cache pas que l'idée à la base de cet ouvrage a été de fournir des solutions plutôt que de dresser un énième constat sur les limites du système de soins français. Par ailleurs, les principes sur lesquels je m'appuie ne se limitent pas au système de santé mais ont vocation à inspirer une réforme globale de la protection sociale en France. Dans le système sanitaire comme dans la retraite ou l'assurance chômage, nous sommes passés d'une époque où l'Etat assurait aux individus des revenus de remplacement pour compenser une perte de revenu ponctuelle ou de courte durée à une ère où il s'agit d'assurer des risques longs pour lesquels il est impensable de ne pas associer l'individu à la gestion du risque. C'est vrai pour la maladie, avec des patients qui vivent désormais plusieurs décennies avec leur pathologie chronique, pour les pensions, avec l'allongement de durée de vie à la retraite, ou pour le chômage. Les deux évolutions majeures sont une gestion active du risque par l'individu et une gestion tout au long du cycle de vie (et non plus après la survenue du risque). Ainsi j'aborde dans l'ouvrage les cinq composantes que devrait comporter un projet de refondation du système de santé: l'organisation, la gouvernance, le financement, les modes de paiement et l'action d'ensemble pour préserver l'état de santé de la population.

Vous fustigez les réseaux de soins des mutualistes mis en place depuis quelques années. Pour quelle raison?



Ces réseaux vont à l'encontre de l'évolution précédemment décrite, puisqu'ils concentrent la gestion du risque sur les soins, après le déclenchement de la maladie. Ils reposent sur trois critères : des prix bas, un volume élevé et la qualité. Mais ces critères sont incompatibles entre eux dans la santé du XXI^e siècle. Les plateformes commerciales, financées par les organismes complémentaires, n'ont aucune compétence pour établir, mesurer et contrôler la qualité. C'est l'institutionnalisation d'une médecine à deux vitesses : la médecine de réseaux pour les moins aisés et la médecine de qualité pour les autres. Aux Etats-Unis, où cette logique a été poussée aussi sur le gros risque, un assureur peut refuser ou dégrader la qualité d'une prise en charge sans s'appuyer sur une justification médicale sérieuse mais simplement sur une logique de coût. C'est une logique inflationniste en dépenses de soins et en coûts administratifs, ce qui renchérit le coût des contrats. C'est ainsi que 50 millions d'Américains ont été exclus de toute couverture santé jusqu'à l'adoption de l'ObamaCare. Les réseaux de soins affaiblissent la liberté de choix et l'indépendance professionnelle des professionnels de santé, deux piliers de notre système de santé. Il faut supprimer le droit à différencier les remboursements pour un même contrat, ce que contient la proposition de loi Fasquelle en cours d'examen à l'Assemblée.

Vous n'êtes d'ailleurs pas très indulgent avec le monde des complémentaires dans son ensemble...

Je suis favorable à l'intervention de financeurs privés, mais à condition que leur marché soit correctement régulé et organisé pour éviter le système coûteux, inefficace et inégalitaire que nous connaissons. Les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) proposent des offres de contrats incompréhensibles pour l'assuré, qui ne peut donc pas les comparer pour faire jouer la concurrence à son profit. Il faut redéfinir les champs d'intervention des organismes complémentaires. Aujourd'hui, 50% des financements sont dédiés aux tickets modérateurs de ville, qui ne représentent aucun risque pour l'assuré. Pour les autres dépenses sur lesquelles il y a effectivement un risque à porter (les

soins dentaires, les compléments d'honoraires, l'optique), les OCAM cherchent en général à se désengager et remboursent très mal. Ces deux caractéristiques du marché des OC expliquent largement la mauvaise couverture sur les soins courants et les renoncements aux soins qui s'y produisent. Il faut donc redéfinir les champs d'intervention de l'Assurance maladie et des OCAM, avec un seul financeur par type de services et produits et à partir de leurs rôles majeurs actuels. L'assurance maladie deviendrait une assurance santé universelle de base (ASUB) et les OC une Assurance santé universelle supplémentaire (ASUS). Les paniers de soins respectifs des deux assureurs doivent être gérés de façon dynamique pour intégrer l'innovation, celui de l'ASUS serait défini par la loi annuellement. Il est indispensable de créer une agence de régulation de l'ensemble des OCAM, pas simplement financière, mais capable de protéger les droits des assurés en matière commerciale, de non-sélection des risques, de lisibilité des offres... Les droits des assurés sont actuellement bafoués par les OCAM.

Quelles autres mesures proposez-vous ?

Pour adapter le modèle de gestion du risque santé au monde d'aujourd'hui, il faut repenser la stratégie d'ensemble et la décliner dans tout le système. Passer du passif à l'actif, du ponctuel à tout le cycle de vie. C'est une véritable politique de santé à mettre en place et pas seulement une politique de soins. Ceci implique deux axes stratégiques : le maintien en bonne santé de la population et l'accès aux meilleurs soins aux meilleurs coûts. A noter qu'en 2015, nous sommes sur la même stratégie qu'en 1945, l'accès aux

soins avec un objectif premier de volume. Le premier axe implique d'activer l'ensemble des politiques publiques concernées par la santé sur des objectifs sanitaires, de réinvestir des pans entiers de santé publique délaissés depuis des décennies (comme la santé à l'école, au travail) et la prévention individuelle. Le second axe nécessite de coordonner les parcours de soins chroniques (labéliser des centres de coordina-

Economiste de la santé

Frédéric Bizard est enseignant (maître de conférence) à Sciences Po Paris et titulaire du MBA de l'Insead. Docteur en médecine vétérinaire de formation, il s'est spécialisé en économie de la santé. Il dirige Salamati Conseil, société de conseil spécialisée sur les questions de santé publique et de stratégie d'entreprise sur le secteur de la santé.



tion des parcours, créer un contrat thérapeutique entre le soignant et le soigné), diversifier des modes de paiement des professionnels de santé adaptés à leur mission, repenser les modèles hospitaliers en privilégiant la réforme des centres hospitaliers universitaires (les concentrer sur l'excellence). L'ingrédient essentiel de l'évolution de notre système de santé est l'innovation - le numérique et la génomique en priorité - qui transforme les règles de l'économie de la santé. La gestion de l'information médicale et le financement de l'innovation médicale de rupture sont deux exemples de ce que ne sait pas faire le modèle actuel.

Certaines propositions semblent aussi avoir donné lieu à des mesures dans le budget 2016 de la Sécurité sociale, comme la mise en place d'une protection universelle maladie...

Je préconise depuis un certain temps en effet de transférer l'assise de l'ensemble des droits sociaux sur l'individu et sur la base de critères de résidence et non plus sur le travailleur et ses ayants droit. Cette mesure acterait l'évolution de notre système d'un modèle corporatiste vers un modèle universaliste. Cela n'est pas tout à fait la même chose que ce que met en place le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 qui ne prévoit aucune disparition de régimes et qui n'a d'universel que le nom. Nous allons conserver nos 83 opérateurs et nos 14 régimes, et donc l'impact réel de la mesure sera quasi nul pour l'assuré. Je propose plutôt de regrouper au sein du régime général tous les régimes d'assurance maladie, ce qui suppose entre autres de mettre fin à la délégation de gestion de l'assurance maladie assurée par les mutuelles de fonctionnaires. Cette évolution rétablit l'équité des droits sociaux entre hommes et femmes et entre les secteurs professionnels et permet d'économiser plusieurs milliards d'euros si on l'applique à l'ensemble des branches.

Interview Arnaud Lavorel

@arnolavo

« Je suis favorable à l'intervention de financeurs privés, mais à condition que leur marché soit correctement régulé et organisé pour éviter le système coûteux, inefficace et inégalitaire que nous connaissons »

