



Coordination et financement. Quel impact sur l'accès aux soins ?

Philippe Batifoulier

CEPN (UMR CNRS 7234), Université Paris 13

Workshop pluridisciplinaire sur la Coordination des Soins de
PROximité

Dijon, 13 juin 2019

Introduction

- Coordination des soins soluble dans les inégalités d'accès aux soins.
- Des défauts de coordination : fluidité de la coordination entre professionnels dépend aussi de couverture du patient
- La santé : un monde de cumul d'inégalités

Responsabilités

- Désengagement de l'AMO :
 - Retrait de la Sécurité sociale sur les soins courants
 - Rac catastrophiques y compris à l'hôpital et 100 % uniquement théorique
- Transfert sur l'AMC
 - Transfert vers AMC structurellement inégalitaire
 - Complémentaire d'entreprise : levier aux inégalités
- L'existence d'un système dual (AMO + AMC)
 - Yalta du risque santé
 - Contexte de pilarisation de la santé

Coordonner les soins et le financement

- Deux tendances de fond
 - Police du marché pour faire remplir des missions de « service public » à l'Assurance Maladie Complémentaire
 - Stratégie de différenciation par l'autonomisation de l'AMC par rapport à l'Assurance Maladie Obligatoire
- Contexte de modification de la relation OCAM/offreurs de soins
 - Gestion du risque via une mise en marché des relations avec les producteurs de soins (professionnels de santé, établissements, etc.)
 - « gouvernance déléguée » d'une partie de la protection maladie via contractualisation dans le cadre de réseaux

Donner consistance à de la solidarité hors AMO: une « police » du marché

- **Assureurs : des « entreprises à mission »**
 - Réintroduction de la solidarité dans l'AMC, de la « sécu » dans les régimes privés
 - Permettre à tous d'accéder à l'AMC tout en reportant la contrainte de soutenabilité budgétaire sur l'entreprise
- **Dispositifs**
 - Dispositifs préférentiels: CMUC, ACS (avec contrats type)
 - Contrats solidaires et responsables : paramétrage économique avec valeurs seuil, cahier des charges, panier minimal de soins
 - Paramétrage des contrats collectifs et lissage des inégalités pour les « outsiders » (retraités/ chômeurs)

Autonomisation de l'AMC vis-à-vis de l'AMO

- **Stratégies de différenciation des assureurs**
 - Discontinuité par rapport à l'AMO et mise à distance de la « complémentarité »
 - Personnalisation de l'assurance et singularisation de l'offre de couverture (pour un individu ou une entreprise)
 - Gestion du capital santé. Pay as you care
- **2 types de dispositifs**
 - Bonifications commerciales: des points ou bons d'achat. Restitution en fin d'année d'une partie de la prime (cadeaux partenaires, franchise cautionnée, assurance comportementale,...)
 - Contrats « non responsables » : tout prendre en charge pour certains publics, y compris les dépassements

Les réseaux de soins: une régulation des parcours de santé

- **Plusieurs logiques à l'oeuvre**
 - Police de marché : maîtriser le RAC/ respect de tarifs plafonds : baisse des prix
 - Autonomisation : RAC autogéré comme argument commercial et édification d'un patient consommateur
- **Relations asymétriques OCAM / offreurs**
 - Intermédiation des plateformes qui gèrent des réseaux de soins pour le compte des OCAM
 - L'adhésion : une question de survie
 - Peu de contre pouvoirs (sauf dentaire). Pouvoir unilatéral de sanction, choix des produits encadrés, etc.
- **Gouvernance déléguée**
 - Orientation des patients vers des professionnels de santé sélectionnés
 - Peu ou pas de contrôle des autorités sanitaires sur la qualité

Conclusion

- **Coordination des soins soluble dans les inégalités de couverture**
- **Evolution du financement du soin peu favorable à une baisse des inégalités**
- **Réseaux de soins opèrent une baisse des prix mais sans réduction des inégalités**

Réplication de la « loi de l'accès inversé »: ceux qui bénéficient des meilleurs réseaux (prix préférentiels, etc.) sont ceux qui en ont le moins besoin