

L'économiste de la Santé face à la distinction public-privé

Émile LÉVY

Professeur à l'Université Paris-Dauphine

RÉSUMÉ. — Dans cet article, l'auteur s'interroge sur la pertinence de la distinction public-privé dans le domaine de la **santé**. Si elle paraît utile à un premier niveau de **description du système**, il apparaît très vite que l'analyse requiert que l'on fasse appel aux logiques qui président aux fonctionnements des organisations, aux types de relations (marchandes ou non) qu'elles entretiennent avec leur environnement, à leur mode de financement et aux modes de contrôles auxquels elles sont soumises. La constitution de **formes mixtes**, dont on ne sait plus dire si elles sont publiques ou privées en France et surtout à l'étranger (Royaume-Uni, États-Unis, etc.) pourrait signifier sinon le dépérissement de la frontière entre le public et le privé, du moins le nouveau positionnement de l'État par rapport aux opérateurs dans le champ de la santé.

Pour décrire et analyser le fonctionnement de nos systèmes de santé, la distinction du public et du privé semble incontournable. Dans les typologies utilisées pour des comparaisons internationales, le caractère public ou privé, à la fois du système de financement et de l'appareil de production des soins, sert de critère de différenciation entre les principaux pays développés.

Public et Privé dans les Systèmes de santé et d'assurance maladie : une typologie

- Un financement principalement par l'assurance privée *USA*
d'offreurs de soins principalement privés
- Un financement mixte par des assurances sociales et des *Pays-Bas*
assurances privées avec des offreurs de soins principalement
privés
- Un financement principalement social avec des offreurs de *Belgique, France,*
soins publics et privés *Allemagne,*
Luxembourg

- Un financement par l'impôt et des offreurs de soins *Danemark, Grèce, Irlande, Portugal, Espagne, Suède, Royaume-Uni*
- Un financement égal par l'impôt et les assurances sociales *Italie* avec offreurs de soins principalement publics

Pourtant, force est de reconnaître que la réalité nous offre plus souvent le reflet d'une intrication entre ces deux statuts. Le meilleur exemple en est celui de la démographie médicale.

Nombreux sont les médecins qui pratiquent leur art dans des cabinets libéraux ou dans des cliniques et qui effectuent un service parfois non négligeable dans un hôpital public.

Dès lors, on peut se demander si la distinction reste pertinente pour l'analyse des phénomènes et si l'évolution des organisations qui composent le système n'est pas en train de se situer au delà de cette frontière.

I. — LA PERTINENCE DE LA DISTINCTION PUBLIC-PRIVÉ : UNE APPARENCE.

Elle peut se justifier par les implications très concrètes et les conséquences qu'entraînent le statut public ou privé tant sur le plan de l'activité et de la gestion des organisations concernées que sur la plan du financement des activités sanitaires.

Pour l'analyse de l'activité et de la gestion des institutions de santé

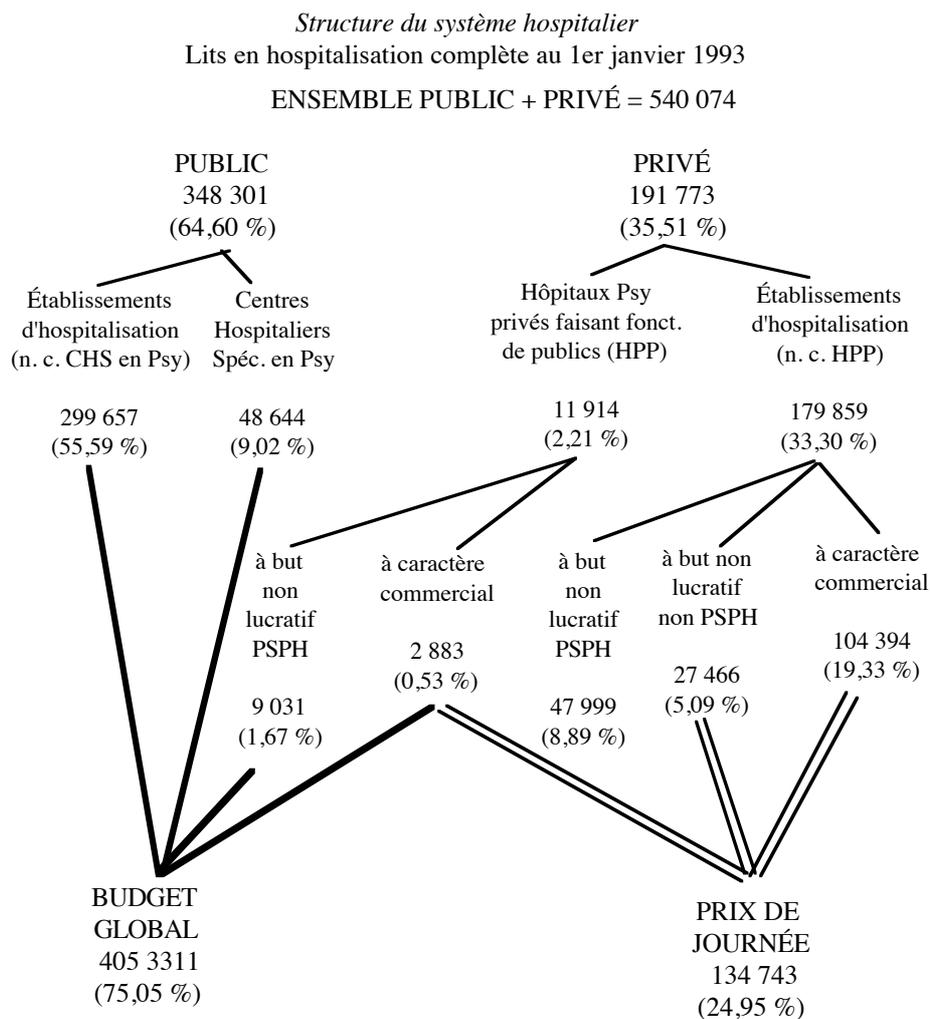
On observe par exemple, que dans notre système hospitalier français, le secteur privé avec 35 % des lits de court séjour, réalise 45 % des entrées et des journées produites et entraîne 25 % des dépenses hospitalières totales.

Ces quelques chiffres permettent de poser certains problèmes sinon de les résoudre. L'hospitalisation privée aurait-elle une plus forte productivité que l'hospitalisation publique ? Serait-elle moins coûteuse que cette dernière ?

Ces questions s'éclairent déjà lorsqu'on démonte le système de comptabilisation des dépenses qui dissocie pour le secteur privé, frais de séjour et honoraires des professionnels, ce qui conduit à sous évaluer les dépenses d'hospitalisation privée.

La lumière se fait plus pénétrante lorsque l'analyse de l'activité opératoire des établissements montre une forte concentration des interventions moyennes (comprises entre K 50 et K 100) pour l'hospitalisation privée et une très large dispersion dans le public.

Ce dernier soumis aux contraintes de service public (ouverture à tous, accueil de l'urgence, permanence des soins) est confronté à un éventail très ouvert de situations pathologiques, tandis que le secteur privé peut choisir de se spécialiser dans certains types d'interventions rentables.



Les schéma ci-dessus illustre l'organisation de secteur de l'hospitalisation selon divers critères.

On distingue :

- le statut juridique : public ou privé et, parmi ces derniers, les privés à caractères commercial et les privés à but non lucratif ;
- la spécialisation : hôpitaux psychiatriques, autres établissements ;
- la mission : établissements participant au service public hospitalier (PSPH), autres établissements ;
- le mode de financement : budget global ou prix de journée.

Ainsi, c'est bien la logique de la rentabilité des établissements à capitaux privés, qui explique la spécialisation dans certaines activités tandis que la logique de l'intérêt public oblige les établissements publics à assumer toutes les missions que nécessitent les besoins de ceux qui s'y présentent. Quant aux autres causes de surcoût des hôpitaux publics, elles tiennent au fait que leurs principaux acteurs se situent dans une logique de développement professionnel et scientifique qui ignore la sensibilité aux coûts et la nécessité d'obtenir le meilleur rendement possible des ressources consommées.

Pour l'analyse du financement des soins et de ses conséquences

Dans ce domaine, les notions de public et de privé ne renvoient pas au statut des agents ou institutions, mais aux mécanismes qui sont utilisés. On parlera de financement public si le mécanisme sollicité est celui d'un détournement des flux financiers (prélèvement obligatoires) par un organisme collectif (État, Sécurité Sociale).

Si en revanche, le financement est volontaire et s'il est assuré soit directement par les particuliers, soit par un mécanisme assurantiel (mutuelles, assurances privées), on parlera de financement privé.

La distinction ainsi entendue permet alors de formuler des jugements en termes d'équité. C'est ainsi que le mode de financement dominant aux U.S.A. aboutit à l'exclusion de 15 % de la population et est généralement considéré comme inéquitable.

On comprend aussi que dans le système français qui laisse peu de place aux paiements volontaires, ceux-ci se dirigent plus particulièrement vers certains types de soins que couvre mal le financement collectif (prothèses dentaires, lunettes, etc.).

On peut même aller plus loin : le financement privé au sens le plus étroit, est défini par un paiement « ressenti » par son bénéficiaire par opposition aux paiements non ressentis que sont ceux qui passent par la Sécurité Sociale, l'État et même dans une certaine mesure les mutuelles et assurances.

II. — LES INSUFFISANCES DE LA DISTINCTION PUBLIC-PRIVÉ : DU JURIDIQUE À L'ÉCONOMIQUE.

On vient de voir que pour être significative, la distinction entre le public et le privé doit recourir à une requalification de ces deux termes par appel à des logiques sous-jacentes : celle du lucratif et du non lucratif, celle des actes volontaires ou contraints, celle des relations marchandes (vente de produits ou services sur marché) ou non marchandes, etc.

On pressent donc que la complexité et la diversité des organisations qui composent un système de santé comme le nôtre exige une combinaison de tous ces critères, parmi lesquels le statut public ou privé n'offre qu'un éclairage partiel. C'est cette combinaison qui permet de comprendre la réalité qui s'offre à nos yeux sans toujours pouvoir la décrypter.

| | Contrôle privé | | Contrôle public | |
|-----------------------|---|------------------------------------|-------------------------------|---|
| Relations | Marchandes | Non marchandes | Marchandes | Non marchandes |
| But | | | | |
| Intérêts particuliers | Cliniques à but lucratif | Associations Dispensaires | | Mutuelles de fonctionnaires |
| Intérêt général | Clin. ou Hôp. sans but lucratif Cabinets méd. conventionnés. | Ligues diverses Croix Rouge | Lab. pharmaceut. nationalisés | Méd. préventive Hôp. publics Agences régionales |

Si une telle grille permet de substituer à une dichotomie simple opposant par exemple des cliniques privées lucratives à des hôpitaux publics, un continuum de situations plus complexes, tous les classements n'en sont pas opérés pour autant. Où situer les laboratoires pharmaceutiques à capitaux privés mais fortement réglementés par l'État et largement financés par l'argent collectif, qui poursuivent à la fois des intérêts particuliers (profits de chaque firme) et néanmoins l'intérêt général à travers des innovations parfois majeures ?

Entre les biens privés (marchands) et les biens publics (non marchands) les économistes ont ainsi créé une catégorie intermédiaire : celle des biens sous tutelle (de l'État) au motif que, quoique disposant des mêmes caractéristiques que les biens privés, certains biens risquent de faire l'objet de perceptions erronées des consommateurs et doivent être mis sous tutelle publique. Si les drogues en sont l'archétype, les médicaments entrent aussi dans cette catégorie et la très forte réglementation dont ils font l'objet en témoigne.

D'autres notions dérivées de la micro-économie : celle d'effets externes qui caractérisent les biens et services qui ont des effets sur d'autres que leurs producteurs ou leurs consommateurs doivent être mobilisées pour comprendre que la santé soit considérée comme une fonction « collective », ce qui n'implique pas nécessairement un statut public, par opposition aux fonctions dites « productives » (agriculture, industries, services marchands etc.).

Enfin le champ de la santé est trop complexe pour que les problèmes posés par la régulation du système (adaptation des soins offerts aux besoins de la population ; équilibre entre ressources et dépenses, etc.) puissent se satisfaire d'une dichotomie aussi simple que celle du public et du privé.

Cette régulation ne peut être « publique » au sens de planifiée, ou privée au sens d'un recours au marché, que dans des situations extrêmes. La plupart des cas observables notamment en Europe Occidentale semblent ressortir d'un modèle de « délégation » dans lequel l'assurance maladie obligatoire, délègue aux médecins et aux hôpitaux la mission de délivrer le « juste soin » et aux patients celle de mobiliser les professionnels de santé avec discernement et responsabilité. L'analyse de ces contrats plus ou moins tacites avec leurs lacunes, la difficulté d'en vérifier l'exécution, expliquent alors

les dysfonctionnements observés et la nécessité d'inventer de nouvelles formes d'organisation et de nouveaux types de contrats dits « incitatifs ».

III. — LE DÉPASSEMENT DE LA DISTINCTION PUBLIC/PRIVÉ : DES FORMES MIXTES

Notre époque génère des intrications entre des formes (organisations, institutions, mécanismes ou procédures, etc.) publiques et des formes privées et ceci n'est pas l'apanage du seul système de santé.

Toujours est-il que ces formes mixtes, intervenues récemment dans ce système, font franchir un pas supplémentaire dans le dépassement du clivage public/privé.

Trois exemples concrets illustrent ce phénomène

1er exemple : Le Royaume-Uni.

Ce pays est doté depuis la fin de la deuxième guerre mondiale d'un système totalement public : le National Health Service, financé par le budget de l'État.

Dans les réformes introduites en 1989 par le gouvernement de Madame Thatcher, une innovation majeure institue dans ce système des relations internes entre offreurs de soins qualifiés de relations de quasi-marché. En effet, les cabinets de généralistes, rémunérés pour leurs prestations par un système mixte de capitation et de paiement à l'acte, deviennent des « *fundholders* » (détenteurs de fonds). Des budgets par patient inscrit leur sont confiés, qui leur permettent « d'acheter » des soins de spécialistes, des séjours hospitaliers, des médicaments et donc d'en négocier le prix et la qualité, ceci afin d'obtenir d'eux le meilleur rapport qualité/coût pour leurs patients.

Des incitations accompagnent le mécanisme, qui permettent de conserver au profit d'améliorations dans l'équipement des cabinets de généralistes le tiers des sommes économisées.

2e exemple : Les États-Unis.

Le système de santé des U.S.A. est largement dominé par l'assurance et par le statut privé des médecins et d'un nombre important d'hôpitaux.

Mais déjà depuis plusieurs décennies des programmes « publics », Medicare pour les personnes âgées, Medicaid pour les plus démunis, couvrent sur fonds publics de larges fractions de la population.

Quant aux hôpitaux, on observe que ceux qui sont publics font souvent appel à des modes de gestion privés en passant des contrats de sous-traitance avec des sociétés privées. Parallèlement, une forte proportion du secteur privé non lucratif assume des missions d'intérêt public. Enfin, les grandes chaînes de cliniques privées, cotées en bourse, sont pour beaucoup « devenues publiques » puisque leurs actions sont détenues aussi bien par des particuliers que par des investisseurs institutionnels.

Mais c'est surtout la révolution « silencieuse » du Managed Care qui bouleverse les frontières. Les Health Maintenance Organizations (H.M.O.) assurent des soins sur la base d'une cotisation forfaitaire annuelle dans un contexte de compétition par les prix. Ces nouvelles organisations de soins sont mobilisées à la fois par les employeurs directement ou par l'intermédiaire de compagnies d'assurances et par les programmes publics (Medicare et Medicaid) qui leur confient leurs bénéficiaires.

La mutation ainsi opérée est celle d'une prise de contrôle par les payeurs publics ou privés des prestataires de soins qu'ils soient privés ou publics.

3e exemple : La France.

Dès avant la réforme mise en place par le gouvernement Juppé, on pouvait observer un phénomène nouveau qui tranchait avec la guerre de religions longtemps entretenue entre cliniques privées et hôpitaux publics.

En effet, un certain nombre d'opérations de « fusion » entre une clinique et un hôpital étaient engagées, dès lors que la situation locale ne justifiait plus la coexistence de ces deux établissements.

Depuis la réforme et la mise en place récente d'Agences régionales de l'hospitalisation, dont la mission est de « définir et coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources », le mouvement lancé ne pourra que s'accroître dans le sens d'un rapprochement.

D'autant que cette réforme prévoit aussi des groupements de coopération sanitaire, constitués par des établissements de santé publics et privés pour réaliser et gérer des équipements d'intérêt commun.

CONCLUSION

Sur la base de ces exemples et du mixage entre public et privé, on pourrait se risquer à une vision prospective du système de santé des pays développés consistant en un financement collectif (public ?) des dépenses, sous forme d'allocation de ressources à des organismes (privés ?) qui gèreraient au mieux ces fonds en les attribuant à des prestataires ou en délivrant eux-mêmes les soins nécessaires, après avoir précisé, dans des contrats très détaillés, les droits et devoirs de chacun. Ce système de contrats généralisés consacrerait alors, non pas le dépérissement mais le déplacement de la frontière entre l'État et les acteurs privés. Le premier aurait pris acte que sa fonction n'est pas de produire, mais de fixer les règles du jeu, c'est à dire le cadre juridique dans lequel les acteurs doivent fonctionner et de prélever les ressources nécessaires pour assurer la solidarité au sein de notre société.

Place du Maréchal de Lattre de Tassigny
75116 Paris