



Pour un système de santé plus efficace

Les notes du conseil d'analyse économique, n° 8, juillet 2013

Avec une dépense de santé plus élevée que dans nombre de pays développés, les performances françaises en matière de santé sont plutôt bonnes, mais avec des inégalités sociales de santé particulièrement marquées. L'objet de cette Note est de proposer des directions pour améliorer l'efficacité du système de santé dans son ensemble. Trois voies de refonte sont proposées.

En premier lieu, contrairement à la logique actuelle qui consiste à limiter la dépense de la Sécurité sociale par une réduction des taux de remboursement, il convient de définir un « panier de soins solidaire » ayant vocation à être accessible à tous sans barrières financières. Ce panier regrouperait l'ensemble des produits de santé et des actes curatifs ou préventifs, pratiqués en médecine ambulatoire ou à l'hôpital, qui bénéficieraient d'une couverture pour des indications clairement identifiées. Son périmètre serait défini et actualisé de façon systématique et transparente sur la base d'un classement des traitements disponibles selon leurs gains respectifs rapportés à leurs coûts. Les traitements extérieurs à ce panier n'auraient pas vocation à être pris en charge, même partiellement, par la collectivité.

En deuxième lieu, afin d'allouer la dépense en fonction des besoins et d'améliorer l'efficacité des parcours de soins, il conviendrait de doter les agences régionales de santé (ARS) d'une enveloppe financière globale, basée sur les

besoins estimés des populations dont elles ont la charge. Les ARS auraient la faculté de répartir au mieux cette enveloppe entre la médecine ambulatoire, l'hôpital et le médico-social. Elles auraient aussi la maîtrise des conventions et des modalités de rémunérations des professionnels de santé. Mettre les ARS au centre des dispositifs de pilotage permettrait de mieux adapter l'offre de soins aux besoins de chaque région et d'optimiser les moyens sur l'ensemble des modes d'intervention.

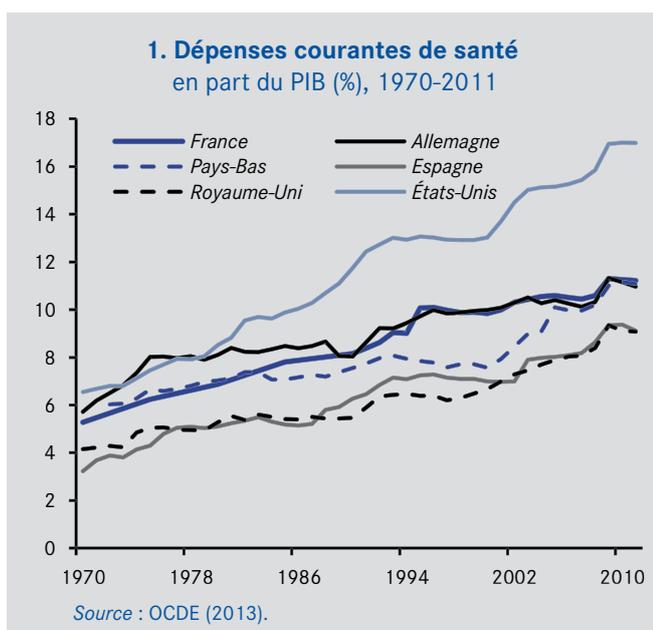
Troisièmement, il est urgent de favoriser la montée en puissance des systèmes d'information en santé. Un investissement décisif est nécessaire pour convaincre les acteurs du système de santé, et notamment les assurés sociaux, de développer le dossier médical personnel. Il est en effet crucial que tous les professionnels de santé produisent et partagent des données de santé, de manière sécurisée pour le patient, afin de coordonner les soins et de limiter les examens superflus. Une information à caractère public doit également être produite et diffusée sur la qualité des soins dispensés par les établissements hospitaliers, les maisons de santé et les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) afin de favoriser la concurrence en qualité et de promouvoir l'égalité dans l'accès à des soins de qualité. Enfin, des indicateurs comparables sur les performances des régions en matière de santé publique, d'inégalités sociales de santé et d'accès aux soins doivent être produits et diffusés largement.

Cette note est publiée sous la responsabilité des auteurs et n'engage que ceux-ci.

^a CNRS et CEPREMAP, membre du CAE ; ^b Université Paris Dauphine, membre du CAE ;

^c École d'économie de Paris, CNRS, EHESS ; ^d OCDE.

Le système de santé français offre une couverture des soins généreuse et stable dans le temps. Environ trois quarts des dépenses de soins sont couverts par la Sécurité sociale et par l'État depuis plusieurs décennies : en 1970 le taux de couverture était de 76,5 % ; il est de 76,8 % en 2011. Cette stabilité de la couverture n'a été possible que grâce à un taux de prélèvement obligatoire continuellement croissant. Les dépenses de santé augmentent en effet plus vite que les autres postes de consommation. La cause principale de cette évolution n'est pas le vieillissement de la population mais les innovations thérapeutiques. De nouveaux produits et de nouvelles procédures apparaissent continuellement, dont la diffusion alimente la croissance des dépenses de santé¹. En France comme dans les autres pays développés, il en résulte une constante augmentation de la part du PIB qui leur est affectée (graphique 1). À l'avenir, les dépenses de soins devraient continuer à progresser plus rapidement que le PIB, avec des gains en santé et en longévité conformes aux attentes de la population. Bien que cette évolution puisse être considérée comme désirable, les tensions sont fortes, particulièrement dans la période actuelle, où il est difficile d'augmenter les prélèvements obligatoires.



La maîtrise des dépenses de santé est un sujet aussi ancien que l'assurance-maladie. Des tentatives de remise en ordre ont eu lieu depuis les années cinquante, associant hausses de prélèvements et baisses de prise en charge. Ces réformes se sont accompagnées de dispositifs compensatoires en direction des plus modestes (la CMU-C offre depuis 2000 une couverture complémentaire gratuite aux personnes à bas revenus)

et des plus malades (les assurés dont la maladie figure dans la liste des affections de longue durée – ALD – bénéficient d'une prise en charge à 100 % pour les soins liés à cette affection). La combinaison de ces dispositifs a pour conséquence que la stabilité de la couverture moyenne recouvre de grandes hétérogénéités au sein des assurés sociaux, avec un taux de couverture relativement faible pour les assurés qui ne bénéficient pas du régime des ALD : en 2010, celui-ci est de 59,7 %². Les divers plans de redressement ont comporté quelques éléments de contrôle administratif de l'offre de soins à travers la démographie médicale, les tarifs ou les budgets hospitaliers. Depuis 1997, un objectif annuel de dépenses de l'assurance-maladie (ONDAM) est voté chaque année par le Parlement, mais il a été très souvent dépassé.

Face à la hausse attendue des dépenses de santé, faut-il continuer à arbitrer entre augmentation des prélèvements obligatoires et dégradation de la couverture des assurés ? Pas nécessairement. À moyen terme, des marges de manœuvre peuvent être trouvées dans les gains d'efficacité.

En France, comme dans beaucoup de pays, le système de santé est un dédale organisationnel et administratif, doublé d'un maquis tarifaire, résultante de l'histoire des conflits entre les très nombreuses parties concernées : assurés sociaux, patients, fournisseurs de soins, Sécurité sociale, institutions de prévoyance, assureurs privés, mutuelles, tutelles publiques locales et centrale. De très nombreux rapports administratifs s'accumulent depuis des années pour examiner des pans spécifiques du système de santé français. L'objet de cette *Note* est de proposer des directions pour améliorer l'efficacité du système pris dans son ensemble. Sujet important, l'organisation de l'assurance-maladie n'est ici abordée qu'à travers la définition du panier de soins et des taux de couverture³.

Les débats autour de la santé ont un contenu fortement émotionnel car le sujet touche à la maladie et à la mort. Mais ceci ne justifie pas d'éviter les arbitrages, bien au contraire. Faute de critères transparents, les arbitrages sont quand même rendus – ils le sont toujours – avec des critères non formalisés et sans débat.

Un système performant mais peu efficace

Alors que la dépense de santé est plus élevée dans notre pays que dans beaucoup d'autres pays développés, nos performances sont bonnes sans être exceptionnelles. La France

Les auteurs remercient les membres du CAE pour leurs commentaires ainsi que Manon Domingues Dos Santos pour son soutien.

¹ Dormont B. (2009) : *Les dépenses de santé. Une augmentation salutaire ?*, Opuscule du CEPREMAP, Éditions Rue d'Ulm.

² En 2010, 82,4 % des assurés ne bénéficiaient pas du régime des ALD cf. Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (HCAAM) (2012) : *Rapport annuel*.

³ L'assurance-maladie fera l'objet d'une *Note* future du Conseil d'analyse économique. L'organisation de l'hôpital n'est pas non plus abordée en détail dans cette *Note*. En particulier, nous ne traitons pas la question de la tarification à l'activité (T2A), nouveau mode de paiement introduit en 2004. Une description fouillée de la T2A peut être trouvée dans Dormont B. et C. Milcent (2012) : « Comment évaluer la productivité et l'efficacité des hôpitaux publics et privés ? Les enjeux de la convergence tarifaire », *Économie et Statistique*, n° 455-456, pp. 143-173.

est au premier rang européen pour l'espérance de vie des femmes à la naissance, mais plutôt mal placée pour celle des hommes. Pour ces derniers, les résultats sont médiocres en matière de mortalité prématurée et de pathologies liées aux comportements à risques (tabac, alcool). Si la prévalence des maladies cardio-vasculaires et celle des affections chroniques respiratoires sont relativement faibles dans notre pays, la prévalence du cancer est plutôt élevée et la fréquence des accidents du travail et le taux de suicide se situent dans la moyenne haute en Europe⁴. En définitive, la France est dans une position intermédiaire en ce qui concerne l'espérance de vie en bonne santé, à la naissance comme à 65 ans⁵. Concernant la performance médicale proprement dite, une étude de 2012 compare, sur la période 1999-2007, les taux de mortalité en France, en Allemagne, aux États-Unis et au Royaume-Uni en se restreignant aux décès « évitables par des interventions médicales appropriées ». Elle aboutit à un résultat très favorable au système français, mais qui peut être influencé par la faible prévalence des pathologies cardiaques en France⁶.

Des inégalités de santé plus marquées qu'ailleurs

Plusieurs études signalent une contre-performance manifeste de la France pour les inégalités sociales de santé : c'est en France que les écarts de mortalité entre travailleurs manuels et non manuels sont les plus élevés, ce résultat étant attribuable à de fortes différences sociales de mortalité par cirrhose du foie et cancer des voies aéro-digestives⁷. Les inégalités de mortalité prématurées selon l'emploi ou le niveau d'éducation sont également plus importantes en France que dans la plupart des pays d'Europe de l'Ouest⁸. Enfin, au sein de la population âgée de plus de 16 ans, l'impact du revenu sur la santé apparaît plus important en France qu'en Allemagne⁹. L'influence des systèmes de soins sur les inégalités sociales de santé reste controversée. Il est clair cependant que l'organisation de la médecine générale en France n'incite guère aux actions de prévention des consommations à risques. En outre, la faible implantation des généralistes dans les zones rurales périurbaines¹⁰ limite l'accès des populations concernées à des examens de dépistage qui permettraient une prise en charge précoce.

En France, les dépenses de santé sont couvertes à 76,8 % par la Sécurité sociale et l'État et à 13,7 % par les organismes d'assurances complémentaires. Le reste du financement, soit 9,5 % de la dépense, est payé directement par les ménages. Ce taux moyen de paiement direct est l'un des plus bas d'Europe, mais il cache une grande hétérogénéité et n'exclut pas qu'une proportion significative de ménages doive supporter des restes à charge dépassant plusieurs milliers d'euros par an (voir plus bas). Surtout, *quel que soit le payeur initial, ce sont toujours les ménages qui paient in fine*, que ce soit sous la forme de cotisations, de CSG, de prime d'assurance ou de paiement direct. C'est toute la dépense de soins qui pèse sur le budget des ménages : ne chercher à maîtriser que la partie financée par des prélèvements obligatoires n'a pas de sens.

Un système plutôt inefficace

L'hôpital est de loin le plus gros poste de la dépense de soins, dont il représente un peu moins de la moitié, suivi de la médecine de ville (ambulatoire) qui en représente un quart, et des médicaments, qui en représentent un cinquième. Cette représentation cloisonnée des dépenses reflète l'organisation actuelle du pilotage des dépenses. Or il y a d'importants effets de report d'un secteur à l'autre : l'engorgement actuel des urgences hospitalières est clairement identifié comme résultant pour partie des carences de la médecine de ville, où la permanence des soins n'est pas assurée (les gardes de nuit, le week-end ou pendant les vacances) et où l'accès aux soins sans dépassements d'honoraires est loin d'être garanti. Pareillement, une prise en charge inadaptée des maladies chroniques ne contribue pas à prévenir la perte d'autonomie chez la personne âgée et peut conduire à des épisodes hospitaliers coûteux avec des suites invalidantes¹¹. *Le cloisonnement du pilotage nuit à l'efficacité d'ensemble du système de santé*¹². Mais ce n'est pas la seule source d'inefficacité.

En France, la régulation du système s'est focalisée sur la responsabilisation des patients, alors que beaucoup reste à faire du côté de l'offre.

Des tickets modérateurs ont été instaurés dès la création de l'assurance-maladie. Fixés à des niveaux assez élevés (par

⁴ Voir Haut Conseil de la Santé Publique (2012) : *Rapport annuel*.

⁵ Voir Eurostat (2013) : http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-05032013-BP/EN/3-05032013-BP-EN.PDF

⁶ Nolte E. et C.M. McKee (2012) : « In Amenable Mortality –Deaths Avoidable through Health Care– Progress in the US Lags that of Three European Countries », *Health Affairs*, vol. 31, n° 9, pp. 2114-2122.

⁷ Couffignal A., P. Dourgon, P-Y. Geoffard, M. Grignon, F. Jusot, J. Lavis, F. Naudin et D. Polton (2005) : « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen », *Questions d'Économie de la Santé*, n° 92.

⁸ Kunst A.E, F. Groenhouf et J.P. Mackenbach (Groupe de travail de l'Union européenne sur les inégalités socio-économiques de santé) (2000) : « Inégalités sociales de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens » in *Les inégalités sociales de la santé*, Fassin, Grandjean et Kaminski (eds.), La Découverte, Coll. Recherches, pp. 53-68.

⁹ Van Doorslaer E. et X. Koolman (2004) : « Explaining the Differences in Income-Related Health Inequalities across European Countries », *Health Economics*, vol. 13, n° 7, pp. 609-628.

¹⁰ En 2010, le nombre de généralistes en équivalent-temps-plein est de 75 pour 100 000 habitants dans les grands pôles urbains, contre 52 dans les communes rurales situées en périphérie des pôles, cf. Barlet M. M. Coldefy, C. Collinet V. Lucas-Gabrielli (2012) : « L'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », *Questions d'Économie de la Santé*, n° 174.

¹¹ Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (2011) : *Assurance-maladie et perte d'autonomie*, juin.

¹² L'efficacité se définit ici comme la capacité du système à « produire » un niveau de santé maximal pour un budget fixé. Il s'agit d'efficacité dite « productive », distincte de l'efficacité « allocative », relative à la définition du panier de soins (voir plus bas).

exemple 30 % du tarif d'une consultation médicale), ils sont aujourd'hui totalement couverts par les assurances complémentaires. La réforme de 2004 a introduit de nombreux co-paiements : les patients doivent à présent payer un euro par consultation médicale, acte de kinésithérapie, de biologie ou d'imagerie médicale, 18 euros pour les actes d'imagerie médicale dont le tarif remboursable dépasse 120 euros, et 50 centimes d'euro sur chaque boîte de médicaments. Le forfait hospitalier augmente aussi régulièrement. Ces paiements réduisent les dépenses de l'assurance-maladie, mais ne peuvent améliorer la « responsabilisation des patients » : en dehors des consultations de généralistes et de certains spécialistes, qui relèvent d'une demande émanant du patient, tous les biens et services affectés par ces co-paiements sont *prescrits* par les médecins, à qui l'assurance-maladie délègue le pouvoir (en monopole) de décider de ce qui est médicalement nécessaire. Que signifie dans ce cadre la notion de « responsabilisation du patient » ? Est-il souhaitable que les patients renoncent à respecter les prescriptions des médecins pour des raisons financières ? S'il existe un doute sur la pertinence de ces prescriptions, pourquoi demander au patient de faire le tri sur son ordonnance, alors que les autorités en charge des politiques de remboursement peinent à traduire dans des déremboursements effectifs les évaluations des médicaments (encadré 1) ? *Dans le cadre du système français, les co-paiements réduisent la couverture sans améliorer l'efficacité du système.*

Les gains d'efficacité sont à chercher du côté de l'organisation de l'offre de soins, où presque tout reste à faire :

- le paiement à l'acte est omniprésent dans la médecine de ville et l'hospitalisation privée, bien qu'il incite à des comportements d'induction de la demande, source de surconsommation de soins. Cette propriété du paiement à l'acte, établie au niveau théorique, a été vérifiée dans de nombreuses études empiriques, y compris pour la France¹³ ;
- comparée à ses voisins, la France ne manque pas de médecins. Mais leur liberté d'installation conduit à une mauvaise répartition géographique qui est source d'inefficacité à plusieurs titres : dans les régions sur-dotées, les médecins en surnombre ont du mal à réaliser suffisamment de consultations et sont incités à des comportements d'induction de la demande pour améliorer leurs honoraires (car ces derniers dépendent directement du nombre de consultations avec le paiement à l'acte) ; dans les zones sous-dotées, les patients ont du mal à accéder à un médecin ;
- trop de médecins de ville travaillent sur un mode individuel, avec un usage peu efficace de leur temps d'activité : 44 % assurent eux-mêmes leur secrétariat, 22 % leur comptabilité et 14 % entretiennent même les sols de leurs locaux¹⁴ ! ;
- le paiement à l'acte ne favorise pas la médecine préventive. Il constitue un obstacle au partage des tâches entre professionnels de santé et au développement

1. Les incohérences des politiques de remboursement des médicaments

Les conditions de prise en charge des médicaments sont déterminées en fonction d'une évaluation de la Commission de la transparence de la Haute autorité de santé. Celle-ci se prononce en fonction de la balance bénéfiques/risques des médicaments et de la gravité de la maladie traitée. Elle rend un avis sur le « service médical rendu » (SMR) de chaque médicament, qui détermine le taux de remboursement. S'il est jugé « insuffisant », le médicament ne doit pas être inclus dans la liste des produits remboursables ou doit en être exclu dans le cas d'une réévaluation. Si le SMR est jugé « faible », le taux de remboursement doit être fixé à 15 %. Dans les autres cas, il peut être fixé à 30, 65 ou 100 %.

Dans la majorité des cas, les avis de la Commission de la transparence sont suivis et le taux de remboursement est déterminé en fonction de ces évaluations. Mais les délais et de nombreuses incohérences sont à la source de dépenses excessives, voire de décisions contraires à la qualité des soins.

Lorsque la Commission de la transparence a réévalué l'ensemble de la pharmacopée entre 1999 et 2001, elle a recommandé le déremboursement de 835 spécialités. Ces médicaments ont d'abord vu leur taux de remboursement et leur prix diminuer. Puis, la Commission a confirmé ses conclusions pour la majorité d'entre eux en 2005, puis en 2006. Ces médicaments ont été déremboursés par vagues, la dernière ayant eu lieu en 2012, soit *plus de dix ans après le premier avis*. Les médicaments utilisés dans le traitement de la maladie d'Alzheimer et la question du tarif de référence unique sont deux cas d'école que nous discutons plus bas.

- d'une médecine de groupe susceptible d'assumer les missions de permanence des soins. Il est une condition permissive des dépassements d'honoraires, observés surtout pour les spécialistes ;
- le paiement à l'acte ne favorise pas non plus la coordination entre les fournisseurs de soins pour un parcours optimal du patient dans les différentes composantes du système de soins (ville, hôpital et secteur médico-social) ;
- à l'hôpital, des problèmes assez similaires se posent, mais sur un mode différent, car la tarification à l'activité (T2A) introduite par la réforme de 2004, qui ressemble fortement à un paiement à l'acte, s'inscrit dans l'enveloppe fermée définie par l'ONDAM hospitalier, ce qui se traduit par une valeur du point flottant¹⁵. Dans ce cadre, la dépense est globalement maîtrisée, mais il y a une forte incitation, au niveau des établissements hospitaliers, à accroître leur nombre d'actes, ce qui pose la question de la pertinence des soins.

¹³ Delattre E. et B. Dormont (2003) : « Fixed Fees and Physician-Induced Demand: A Panel Data Study on French Physicians », *Health Economics*, vol. 12, n° 9, pp. 741-754.

¹⁴ Jakoubovitch S., M-C. Bournot, É. Cercier, F. Tuffreau (2012) : « Les emplois du temps des médecins généralistes », *Études et Résultats*, n° 797.

¹⁵ Ainsi, le remboursement au titre de la T2A dépend à la fois (positivement) de l'activité de l'établissement et (négativement) de celle de l'ensemble des hôpitaux.

Définir un panier de soins solidaire

Assurer le meilleur niveau de santé possible pour l'ensemble de la population nécessite de réformer le pilotage de l'offre de soins (efficacité « productive »), mais aussi de réfléchir au panier de soins que la société doit collectivement prendre en charge, et plus généralement à la place des dépenses de santé dans les budgets publics (efficacité « allocative »).

Deux niveaux d'arbitrage

Dans une vision globale de la « production de santé », la santé d'une population est affectée, au-delà des soins, par de nombreux déterminants comme l'éducation, l'organisation du travail, les conditions de logement, l'hygiène publique, la qualité de l'environnement, etc. *A priori*, tous ces déterminants doivent être pris en compte pour promouvoir la santé au meilleur coût. Par exemple, la dépense d'éducation peut influencer l'état de santé par un effet direct sur les comportements de santé, mais aussi par des effets indirects de hausse des revenus offrant un meilleur accès aux soins et une amélioration des conditions de vie favorable à la santé¹⁶. Par ailleurs, de même que les soins ne sont pas l'unique déterminant de la santé, l'amélioration de la santé ne peut être l'unique objectif des politiques publiques.

Des arbitrages sont nécessaires à plusieurs niveaux. Le premier concerne la santé et les autres composantes du bien-être ; en principe, il devrait tenir compte des préférences collectives de la population, ou plus précisément d'une agrégation des préférences individuelles hétérogènes¹⁷ ; en pratique cet arbitrage est réalisé au travers des choix budgétaires décidés par la représentation nationale, qui répartit l'effort public entre les différentes missions de l'État et des organismes sociaux. Sous réserve de la discussion effectuée plus loin sur le taux de couverture par la Sécurité sociale, on peut identifier cette étape au vote depuis 1997 de l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie (ONDAM), qui définit le montant prévisionnel des dépenses de l'assurance-maladie.

Le second niveau d'arbitrage est plus directement lié au sujet de cette *Note* : une fois décidé le budget alloué aux soins de santé, comment faire en sorte qu'il soit utilisé au mieux ? Quels soins privilégier ? Quelle répartition entre soins préventifs et soins curatifs ? Comment intégrer les innovations médicales ?

Ces questions touchent à la définition du panier de soins devant être accessible à tous. Bien que les mécanismes d'assurance soient hors du champ de notre analyse il faut rappeler que le financement des soins prend des formes très diverses selon les pays. Certains, comme le Royaume-Uni ou la Norvège, sont dépourvus d'assurance-maladie : la production des services de santé est un service public assumé

par un système national de santé. Dans d'autres pays dont la France, les soins sont payants, le coût afférent étant couvert, dans des proportions variables selon le type de soins, par la Sécurité sociale et les assurances complémentaires. *Quelle que soit l'organisation du financement, toute société doit s'interroger sur le périmètre des soins « solidaires », ayant vocation à être accessibles sans barrière financière à l'ensemble de la population.* Ces soins composent le « panier de soins solidaire », dont il importe de définir au mieux le contour.

Les trois dimensions de la couverture des soins

La répartition du budget collectif consacré aux soins s'articule selon trois axes : taille de la population couverte ; étendue du panier de soins pris en charge ; taux de prise en charge des dépenses. La taille limitée du budget impose de réaliser des arbitrages entre ces trois axes (voir l'exemple présenté en encadré 2).

En France, l'universalité de la couverture maladie publique garantit un accès aux soins à l'ensemble de la population. Mais dans le cadre d'un budget donné, on peut rembourser partiellement un panier étendu (graphique 2, option 1) ou rembourser intégralement un panier plus réduit (graphique 2, option 2). La logique actuelle consiste à s'abstenir de maîtriser le panier de soins remboursés et à baisser progressivement le taux de couverture pour respecter l'ONDAM. L'absence de réflexion systématique sur la composition du panier remboursé conduit à une forte détermination historique du « paysage » hétéroclite des traitements pris en charge et des taux de remboursement (graphique 3) : certains soins indiscutablement utiles, comme les prothèses dentaires ou optiques, sont très mal couverts, et leurs tarifs sont peu ou mal régulés ; des médicaments dont l'efficacité est incertaine ou faible continuent d'être en partie remboursés, au taux réduit de 15 % (encadré 1) ; le remboursement des actes médicaux ne porte que sur le tarif de convention alors que dans certaines régions les dépassements sont quasi-systématiques.

Le « pacte de 1945 » est réputé garantir la solidarité selon le principe : « de chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins ». Il est aujourd'hui sérieusement écorné : la couverture offerte par la Sécurité sociale aux patients qui ne sont pas en affection de longue durée est insuffisante (59,7 %), ce qui fait qu'une assurance complémentaire est une condition nécessaire d'un bon accès aux soins ; en l'absence de mécanisme de plafonnement, la couverture partielle par l'assurance-maladie expose les individus à des restes à charge considérables : le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie a ainsi calculé que le centile supérieur des personnes ayant consommé des soins sur 2008-2010 a connu un reste à charge cumulé dépassant 7 200 euros¹⁸ ; le coût

¹⁶ Cutler D.M. et A. Lleras-Muney (2012) : « Education and Health: Insights from International Comparisons », *NBER Working Papers*, n° 17738.

¹⁷ Fleurbaey M., S. Luchini, E. Schokkaert et C. Van de Voorde (2012) « Évaluation des politiques de santé : pour une prise en compte équitable des intérêts des populations », *Économie et Statistique*, n° 455-456, pp. 11-36.

¹⁸ HCAAM (2012) *op. cit.*

d'achat d'une complémentaire santé peut atteindre 8 % du revenu pour les ménages modestes, ce qui peut sembler prohibitif et conduire à un renoncement à l'assurance, voire aux soins.

Source d'inégalités, ces remboursements partiels complétés par des assurances complémentaires nourrissent aussi l'inefficacité de la dépense. La couverture par les complémentaires annule tout mécanisme de responsabilisation des patients que l'on pourrait viser avec un ticket modérateur. Mais surtout, l'érosion progressive de la couverture par la Sécurité sociale comme outil de régulation budgétaire est une solution de facilité qui désresponsabilise les autorités en charge du pilotage de la dépense. Transférer une partie de la couverture sur les assurances complémentaires n'est pas moins coûteux pour les assurés : cela transfère de la dépense publique sans maîtriser la dépense.

La définition d'un « panier de soins solidaire » est une alternative à la situation actuelle. Ce panier regrouperait l'ensemble des produits de santé et des actes curatifs ou préventifs, pratiqués en médecine ambulatoire ou à l'hôpital, qui bénéficieraient d'une couverture pour des indications clairement identifiées. Pour la tutelle, passer à une organisation garantissant une couverture « solidaire » pour un panier de soins bien défini (voir encadré 3), c'est changer de logique pour cesser de réduire la couverture par la Sécurité sociale sur des dépenses non maîtrisées. C'est donc s'interdire l'outil de régulation budgétaire consistant à réduire le taux de remboursement pour se concentrer sur une définition transparente du panier et s'imposer d'améliorer l'efficacité productive du système au lieu de laisser filer la dépense.

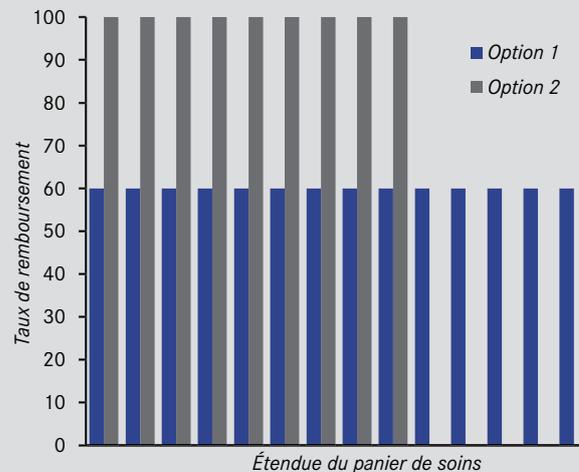
Proposition 1. Définir l'étendue des soins auxquels il est légitime de garantir un accès à l'ensemble de la population ; ajuster le panier de soins au budget consacré aux dépenses de santé ; ne pas utiliser la réduction du taux de remboursement comme outil de régulation budgétaire.

Expliciter les priorités

La définition du panier de soins solidaire aborde de front la redoutable question de l'explicitation des priorités. Une manière de prioriser les choix est de procéder, dans la mesure du possible, à un classement de l'ensemble des traitements disponibles selon le gain en santé que chacun procure, rapporté à son coût. Plusieurs mesures d'impact sont possibles : elles doivent tenir compte de la réduction de mortalité, de l'amélioration de la qualité de vie et de la réduction des invalidités. Un rapport coût/efficacité est calculé pour chaque traitement envisagé afin de définir des priorités. Le panier de soins sélectionne alors les traitements bénéficiant des meilleurs indicateurs d'efficacité par euro dépensé.

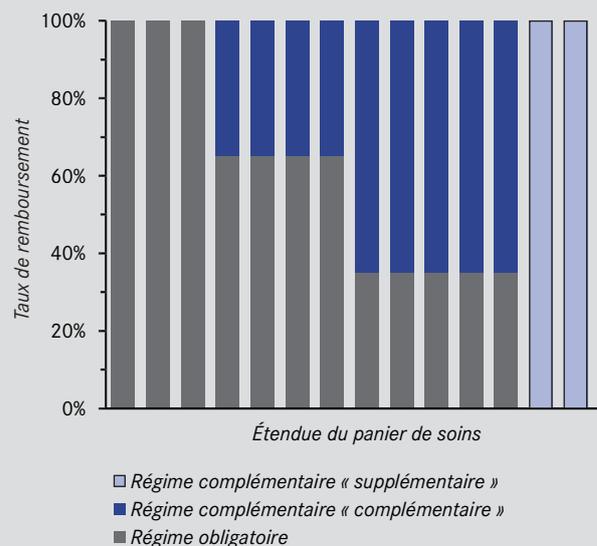
¹⁹ Fleurbaey et al., *op. cit.*

2. Étendue versus taux de remboursement du panier de soins



Source : Auteurs.

3. Répartition actuelle : régime obligatoire/régime complémentaire



Source : Auteurs.

Les avantages et les limites des approches de type coût-efficacité ont été largement étudiés¹⁹. La méthode coût-efficacité basée sur les QALYs (encadré 4) est fortement controversée pour des questions de méthodes. Potentiellement légitime dans ses fondements, cette contestation a été exploitée avec succès par des industriels des produits de santé pour entretenir dans certains pays, dont la France, un rejet durable de toute approche reposant sur des critères de choix généraux et explicites en matière de santé. Or, des critères transparents sont requis lorsqu'il faut réaliser des arbitrages pour définir le panier de soins remboursés. L'évaluation médico-

2. Un exemple d'arbitrage entre taille de la population couverte et étendue du panier de soins

À la fin des années quatre-vingt, une réforme de *Medicaid* dans l'État de l'Oregon visait à étendre la couverture de cette assurance publique à l'ensemble de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté, alors qu'auparavant les critères en place faisaient que seulement 57 % des personnes en dessous de ce seuil étaient éligibles. Il s'agissait donc, à budget constant, d'étendre la couverture à une population plus nombreuse en réduisant le panier de soins remboursés. Dans ce but, un important travail d'identification des soins les plus efficaces a été entrepris, afin de repérer les soins et biens médicaux à couvrir en priorité. Après des discussions extrêmement houleuses, la réforme a été mise en place avec succès : 100 000 personnes de plus ont été couvertes par *Medicaid* et le promoteur de cette réforme a été élu gouverneur de l'État.

Dans le débat, les choix ont été présentés de manière assez brutale : en arrêtant de couvrir les greffes de moelle osseuse, de foie, de pancréas, ou de cœur, soins qui pouvaient concerner environ trente-quatre patients sur deux ans avec des résultats incertains en termes de survie, le programme *Medicaid* pouvait couvrir les soins de 1 500 personnes supplémentaires sur la même période^a. Ce critère de priorisation ne signifie pas que la collectivité ne doit pas prendre en charge certaines transplantations parce que leur efficacité clinique est faible ; elle indique qu'il est préférable de garantir d'abord l'accès aux soins à une population plus grande. Si on est contraint par un budget donné, c'est en définissant une priorité dans l'ensemble des soins disponibles qu'on peut améliorer la santé de la population la plus large possible.

^a Welch H. et E. Larson (1988) : « *Dealing with Limited Resources* », *The New England Journal of Medicine*, vol. 3, n° 3, pp. 171-173.

économique a pris beaucoup de retard en France : il a fallu attendre un décret paru en octobre 2012 pour que son utilisation par la Haute Autorité de Santé soit reconnue pour la primo-inscription des médicaments.

Lorsque l'on rapporte l'efficacité d'un traitement à son coût, il faut être conscient que le coût n'est pas une donnée intangible : il résulte des négociations avec le producteur pour le prix d'un médicament ou des gains d'efficacité dans la délivrance des soins. Obtenir des gains d'efficacité productive permet d'augmenter le panier de soins solidaire à budget donné.

Enfin, ces évaluations doivent être régulièrement actualisées pour permettre l'entrée dans le panier de nouvelles thérapeutiques. Si elles se substituent à d'anciennes thérapeutiques couvrant la même pathologie pour une efficacité rapportée au coût inférieure, ces dernières sortiraient du panier solidaire après une phase de transition médicalement appropriée.

Dès à présent, il importe de rationaliser les décisions concernant les taux de couverture et les prix. Sans parler même de rapport coût-efficacité, il faudrait arrêter de rembourser les médicaments dont l'efficacité n'est plus reconnue. C'est loin d'être le cas en France : pour prendre un exemple, les veinotoniques, dont le service médical rendu avait été jugé insuffisant en 2005, ont bénéficié d'un taux de couverture à 15 % pendant deux ans avant déremboursement total. Outre la dépense inutile liée à la couverture à 15 %, la plupart des complémentaires ont complété le remboursement à hauteur de 85 % : il n'y a donc aucune économie pour les ménages dont les primes d'assurance complémentaires augmentent, sans justification en termes d'efficacité de traitement. L'exemple plus récent des anti-Alzheimer est encore plus édifiant : leur ratio efficacité/effets indésirables ayant été jugé peu intéressant par la Commission de la Transparence, leur taux de remboursement est passé à 15 %. Mais comme la plupart des patients atteints de la maladie d'Alzheimer sont en affection de longue durée, ces traitements restent *de facto* couverts à 100 % par la Sécurité sociale !

3. Couverture du panier de soins solidaire

Selon notre définition, le panier de soins solidaire doit être accessible à tous, sans barrière financière. Trois organisations différentes sont possibles : un système national de soins ; une assurance-maladie universelle couvrant l'intégralité du panier de soins ; un système combinant Sécurité sociale et complémentaires obligatoires. Cette troisième option, la plus proche du système français actuel, nécessiterait une évolution profonde, puisque l'accessibilité pour tous impose de rendre obligatoire l'adhésion à une assurance complémentaire couvrant la part du coût du panier de soins solidaire non prise en charge par l'assurance-maladie publique. La répartition entre la part prise en charge par l'assurance publique et celle couverte par des assurances privées, ces dernières pouvant s'appuyer sur une organisation concurrentielle, resterait alors à déterminer. Mais elles contribueraient, chacune pour une partie, à prendre en charge le coût d'un panier de soins solidaire, auquel l'accès serait universel. *Le taux global de couverture des biens du panier de soins serait proche de 100 %, tandis que les mécanismes d'assurance solidaires ne prendraient en charge aucun bien en dehors du panier de soins*, ceux-ci étant laissés à d'éventuelles assurances supplémentaires. En définitive, le principe est simple : si un soin est utile, il faut le prendre en charge intégralement ; s'il ne l'est pas, il ne faut pas le rembourser. Soulignons qu'un principe de couverture solidaire n'exclut pas la mise en place de franchises ou de co-paiements, non remboursables par des assurances privées, dont l'opportunité doit être appréciée au regard des objectifs de responsabilisation des patients et d'accès aux soins^a.

^a Geoffard P.-Y. (2006) : *La lancinante question de l'assurance-maladie*, Opuscule du CEPREMAP, Éditions Rue d'Ulm.

Par ailleurs, une même molécule devrait se voir appliquer un seul tarif de remboursement. Lorsqu'une molécule est « générique », la Sécurité sociale paie actuellement plus cher le médicament de marque que le générique, alors qu'il s'agit du même produit, à moins que la molécule ne soit incluse dans un groupe sous « tarif forfaitaire de responsabilité » (TFR). Aujourd'hui, les groupes sous TFR ne représentent que 16 % du marché « généricable », alors qu'ils devraient en couvrir 100 %.

Proposition 2. Développer l'évaluation médico-économique et tenir compte de ses enseignements pour définir de façon transparente le panier de soins solidaire. Dans l'immédiat, bannir les taux de remboursement à 15 % et instaurer un tarif de référence unique pour le remboursement de chaque molécule.

Adapter l'allocation des ressources aux besoins des populations

L'offre de soins doit suivre la carte des besoins

La mise en œuvre des choix de santé selon les priorités définies plus haut doit être adaptée aux besoins de santé de la population. Or ces besoins sont variables sur le territoire,

notamment en raison des caractéristiques socio-économiques des populations. Pourtant, la carte de l'offre de soins ne coïncide pas avec celle des besoins. Pour améliorer l'efficacité productive du système de soins, il faut encourager une meilleure répartition des médecins, mais aussi s'assurer que les médecins travaillent en collaboration plus étroite avec d'autres professionnels de santé, en s'appuyant sur la délégation des tâches. Le développement des maisons de santé permettrait un maillage géographique, une meilleure permanence et une continuité des parcours de soins. L'ouverture 24h/24, dans ces maisons de santé, d'une garde médicale et médico-sociale devrait permettre de désengorger les urgences hospitalières, qui sont actuellement les seuls lieux d'accès permanent aux soins connus par le public.

Les déterminants de la dépense de soins sont multiples : au-delà des besoins des patients, les décisions des offreurs de soins sont également conditionnées par leur impact sur leur propre situation, notamment leur revenu. Le devoir du régulateur est de mettre en place des systèmes de paiement des acteurs de santé qui les incitent à agir dans un sens conforme à l'intérêt général (encadré 5). Dans le cas des médecins, il convient par exemple de définir des systèmes de rémunération qui encouragent la prévention et la délivrance de soins proportionnés aux besoins.

La question de la répartition géographique des médecins et de leur coordination avec d'autres professionnels de santé

4. L'approche coût-efficacité fondée sur les QALY

L'approche coût-efficacité utilise le concept de QALY (*Quality Adjusted Life Years*) pour fonder des arbitrages entre différents traitements permettant d'améliorer la santé. Les gains de santé sont quantifiés en termes d'années de vie gagnées, pondérées par leur qualité : chaque année de vie est pondérée par un coefficient compris entre 0 et 1 exprimant, depuis l'état de parfaite santé correspondant au coefficient 1, toutes les gradations de mal-être croissant jusqu'à la mort correspondant au 0.

Un traitement A, qui coûterait 20 000 euros par patient et permettrait de gagner en moyenne 1 QALY, aura un ratio de 20 000 euros par QALY ; un traitement B, qui coûterait 10 000 euros pour un bénéfice moyen de 0,1 QALY, aurait un ratio de 100 000. Dans cet exemple, on voit qu'avec un budget total de 1 million d'euros, on peut choisir de traiter cinquante patients par le traitement A, ce qui induit un gain total de santé, pour la population, de cinquante années de vie en bonne santé ; alternativement, on peut choisir de traiter 100 patients par le traitement B, mais ce choix ne produirait que dix années de vie en bonne santé. Le traitement A doit donc être préféré au traitement B : son ratio coût-efficacité est plus favorable.

Deux utilisations de ce critère de priorisation sont possibles :

- on peut définir un seuil acceptable de coût par QALY, et inclure dans le panier tous les soins dont le ratio coût-efficacité est inférieur à ce seuil. Dans notre exemple, un seuil de 50 000 euros par QALY impliquerait d'inclure le traitement A mais d'exclure le traitement B ;
- on peut alternativement choisir en fonction du budget disponible. Si les pathologies soignées respectivement par les traitements A et B frappent respectivement vingt et cinquante patients par an, la somme permettant de traiter l'ensemble de la population serait de $20 \times 20\,000 \text{ euros} + 50 \times 10\,000 \text{ euros} = 900\,000 \text{ euros}$. Si l'on décide d'allouer un budget de 1 000 000 euros, tous les traitements doivent être inclus dans le panier de soins ; mais si l'on décide de n'allouer qu'un budget de 500 000 euros, alors seul le traitement A peut être proposé à tous les patients pouvant en bénéficier, et le traitement B ne pourra être proposé qu'à dix patients, alors que cinquante pourraient en bénéficier. Le traitement B ne sera pas proposé sauf cas exceptionnel.

De facto, définir un seuil par QALY ou un budget total sont deux manières alternatives d'améliorer le plus efficacement possible la santé d'une population. Dans tous les cas, il faut définir les traitements à délivrer en priorité. Afin d'assurer sa légitimité, la définition d'un seuil acceptable en termes de coût par année de vie gagnée doit s'appuyer sur un processus transparent, associant de nombreux acteurs de la société ; enfin, il ne doit pas être appliqué mécaniquement, mais constituer une référence permettant d'indiquer les niveaux de coût acceptables, et les coûts manifestement déraisonnables.

est liée aux modes de rémunération. Aujourd'hui, la délégation des tâches médicales se heurte aux effets structurants du paiement à l'acte en médecine ambulatoire, qui incite à une pratique individuelle. Pourtant, le développement des systèmes d'information offre des possibilités considérables d'amélioration de l'organisation des soins. On peut aujourd'hui connaître à un niveau fin les besoins de santé d'une population ; on peut aussi mesurer l'activité d'une structure de soins, même en ambulatoire. Rien n'interdit d'appuyer la rémunération de la structure de soins sur de tels indicateurs.

Certes, la CNAMTS a récemment développé de nombreux paiements qui s'ajoutent au paiement à l'acte proprement dit : un supplément en capitation de 40 euros pour chaque patient en affection de longue durée (ALD) ; des majorations du tarif des consultations pour inciter à l'exercice dans des zones sous dotées et à la pratique en groupe ou pôle de santé ; enfin un paiement à la performance. Depuis janvier 2012, les généralistes peuvent percevoir une rémunération complémentaire en fonction de la réalisation d'objectifs relatifs à l'organisation du cabinet (télétransmission, utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription, synthèse annuelle du dossier médical du patient) et à la qualité de la pratique médicale (suivi des pathologies chroniques, actes de prévention, prescription de génériques). Ces dispositions vont bien dans le sens d'une meilleure efficacité des actes médicaux.

Cependant, le paiement à l'acte est encore dominant, avec pour corolaire la pratique individualisée de la médecine. La coopération entre les professionnels de santé, qui s'est un peu développée dans les établissements, n'émerge pas en libéral, faute d'un modèle économique pertinent sur la rémunération des professionnels concernés. L'amélioration des parcours de soins entre la ville, l'hôpital et le médico-social tarde à devenir effective, à cause notamment d'une structuration « en silo » des acteurs concernés, et de la faible puissance financière des agences régionales de santé (ARS). Enfin, les incitations financières à l'installation des médecins dans les zones sous dotées, déjà en place depuis quelques années, n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. Une évaluation récente réalisée pour la France montre qu'elles ne sont probablement pas un outil approprié, compte tenu des préférences des médecins²⁰. Or, c'est au niveau de la prévention et des modalités d'entrée dans le système de santé que se jouent en partie les inégalités sociales de santé. Offrir une garantie d'un bon accès à des soins primaires serait une stratégie essentielle pour les réduire.

Doter les agences régionales de santé des moyens du pilotage de l'offre de soins

Depuis la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (2009), les agences régionales de santé (ARS) sont reconnues comme les acteurs pertinents pour organiser l'accès aux soins et les parcours de soins (encadré 6). Or, elles n'ont pas les moyens

5. Les offreurs de soins et leurs modes de rémunération

Les relations entre le patient, l'offreur de soins et le financeur sont caractérisées par des asymétries d'information. Comme la tutelle observe très imparfaitement l'état de santé du patient, elle n'évalue que de manière imparfaite si les soins prodigués sont justifiés. Dans ce cadre, les modes de paiement doivent rester simples : la rémunération peut dépendre du temps travaillé (salaire), du nombre de patients inscrits (capitation), ou du nombre de consultations (paiement à l'acte). Les mécanismes les plus forfaitaires peuvent induire une qualité des soins insuffisante, voire une sélection des patients et le paiement à l'acte conduire à des actes inutiles. Mais grâce aux technologies de l'information, l'asymétrie d'information est réduite, permettant de mieux rémunérer les soins prodigués dans l'intérêt des patients, selon des indicateurs de qualité des soins et de santé publique.

adéquats pour accomplir cette mission. Les soins qui sont de leur ressort sont financés en enveloppes cloisonnées, dont la définition obéit de surcroît à des logiques différentes, qu'il s'agisse du médico-social, de l'hôpital (ONDAM hospitalier) ou de l'ambulatoire ; le financement de ce dernier suit, non pas les besoins, mais les consommations effectives des patients qui sont remboursés par l'assurance-maladie. En outre, les ARS n'ont de choix d'action que sur une part infime – moins de 2 % – des dépenses qui sont en principe de leur ressort²¹.

Il conviendrait d'allouer à chaque ARS une enveloppe financière correspondant aux besoins estimés de la population dont elle a la charge. Ceci permettrait d'améliorer l'efficacité du système, en rupture avec la situation actuelle, où les remboursements de la Sécurité sociale entérinent ex post la sur-consommation associée à de la demande induite dans les régions sur-dotées en médecins, et la sous-consommation due à des difficultés d'accès aux soins dans les régions sous-dotées. D'une allocation des moyens fondée sur la consommation, on passerait à une allocation fondée sur les besoins. Ce changement de logique implique une maîtrise effective, par les ARS, des financements de l'ensemble des postes, à savoir la médecine ambulatoire, l'hôpital et le médico-social. Enfin les ARS devraient avoir la main sur le pilotage de l'offre de soins, au travers notamment de la maîtrise du conventionnement et des modalités de rémunérations des médecins et des professionnels de santé en général.

Ces conditions sont nécessaires pour impulser un changement réel dans l'organisation des soins vers plus d'efficacité. L'information fine dont peuvent disposer les régions sur les caractéristiques de leur population en termes de morbidité, sur l'existence de déserts médicaux, sur des projets locaux

²⁰ Delattre E. et A-L. Samson (2012) : « Stratégies de localisation des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes ? », *Économie et Statistique*, n° 455-456, pp. 115-142.

²¹ Cour des Comptes (2012) : *Rapport sur la Sécurité sociale*.

de maisons de santé, leur donne une légitimité pour fixer des objectifs sur les installations de professionnels de santé et les conditions de ces installations. Avoir l'autorité sur le conventionnement et les modalités de rémunération permettrait d'encourager un certain type d'organisation (dans une zone particulière, dans une maison suffisamment grande pour garantir une ouverture 24h/24, avec des infirmières spécialisées pour recevoir les patients n'ayant besoin que de soins de routine, avec une assistante sociale pour organiser le suivi d'une personne dépendante à domicile, etc.).

Pour mieux adapter l'offre de soins aux besoins de la population, deux stratégies sont possibles. Dans une version plus administrative, l'ARS se comporterait comme un employeur qui proposerait des postes, assortis de conditions d'exercice et de rémunérations aux professionnels de santé. À l'inverse, dans une version moins dirigiste, l'ARS déléguerait la mission de santé publique à des structures de soins (notamment les maisons de santé) qu'elle financerait par une capitation en fonction du nombre et des caractéristiques des individus sous sa responsabilité, en tenant compte de la qualité de la prise en charge ; liberté ensuite à chaque structure de soins de s'organiser pour remplir au mieux cette mission de santé publique. Il n'y a pas d'obstacle de principe à ce que les ARS choisissent de mettre en place la version plus ou moins dirigiste de cette organisation, ou fassent même coexister ces deux versions dans une même région²².

Jusqu'à présent, les représentants des médecins libéraux se sont montrés hostiles à toute régulation de l'installation, appelée conventionnement sélectif. Pourtant, ce type de régulation existe en France pour les pharmaciens et les infirmières libérales. Il existe aussi pour les médecins libéraux en Allemagne et au Danemark, où des quotas sont fixés en termes de nombre d'habitants par médecin.

Concernant la forme des rémunérations – salariat, paiements à l'acte, à la capitation, ajout de forfaits ou de primes à la performance – les préférences des médecins sont très hétérogènes : certains se montrent radicalement hostiles à tout abandon du paiement à l'acte, d'autres préfèrent un exercice salarié, d'autres encore sont attachés à l'exercice libéral, tout en n'ayant aucune prévention à l'endroit d'autres formes de paiement que le paiement à l'acte. Une organisation décentralisée au niveau régional permettrait de diversifier les paiements en fonction des préférences des acteurs concernés²³.

Que les ARS disposent des enveloppes financières relatives à tous les types de soins est crucial pour l'amélioration des parcours. Il faut une bourse commune pour être « intéressé » par un désengorgement des urgences hospitalières grâce à une amé-

lioration des gardes en maison de santé. Par exemple, dégager des marges de manœuvre financières en prévenant, grâce à un meilleur suivi, les chutes des personnes âgées, peut en retour dégager des ressources pour mieux entourer les personnes dépendantes ou améliorer d'autres éléments de l'offre de soins.

La taille des régions étant considérable, chacune peut créer en son sein des pôles de décision en matière d'offre de soins qui couvrent des bassins de population de taille plus réduite, mais qui détiendraient toujours le pouvoir de décision financier et organisationnel pour les soins ambulatoires, hospitaliers et le médico-social. Dans les *Primary Care Trusts* en Angleterre au début des années 2000, 303 centres de décision avaient la responsabilité de l'organisation et de la délivrance de tout type de soins pour 160 000 personnes environ. En France, les ARS pourraient s'appuyer sur les bassins de santé, unités géographiques qu'elles peuvent reconfigurer en territoires de santé depuis la loi HPST.

Par ailleurs, l'ARS devra piloter, dans la perspective de l'amélioration des parcours de soins, la fixation des enveloppes globales rémunérant pour chaque hôpital les missions d'intérêt général (enseignement et recherche, Samu, centre anti-poison, équipes mobiles pour des soins palliatifs ou la gériatrie, etc.).

Enfin, la régionalisation ne doit pas limiter la mobilité interrégionale des patients. À l'image des chambres de compensation entre systèmes de santé pour la mobilité dans l'espace européen, une région peut en indemniser une autre pour les soins consommés par ses résidents.

Proposition 3. Les ARS doivent disposer de l'ensemble des budgets disponibles pour financer et coordonner les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et le médico-social. Elles doivent pouvoir piloter l'offre de soins, avec la maîtrise du conventionnement et des modalités de rémunérations des professionnels de santé.

Développer les systèmes d'information

Désormais matures, les technologies numériques offrent la possibilité de constituer des outils puissants et sûrs au service de la performance du système de soins : dossier personnel informatisé, d'une part, pour que chaque professionnel de santé prenne connaissance des données médicales de son patient lors du premier contact avec lui ; information sur

²² Dans les pays où l'assurance-maladie est organisée sur le mode d'une concurrence régulée entre de multiples caisses, les assureurs développent des stratégies de contractualisations avec les offreurs de soins pour gagner en efficacité dans la délivrance des soins.

²³ Dans le cas des dépassements d'honoraires, les discussions actuelles butent, entre autres, sur l'argument selon lequel le prix de l'immobilier dans de grandes villes comme Paris, Lyon et Marseille justifie des honoraires supérieurs. Il est clair qu'une autorité régionale a plus de latitude pour évaluer la pertinence de cet argument et en tenir compte, qu'une négociation centralisée. Suite à la convention médicale de l'automne 2012, la CNAMTS cherche avec quelques difficultés à nuancer le seuil définissant un taux de dépassement excessif en fonction de critères géographiques.

6. Les agences régionales de santé

La mise en place des agences régionales de santé (ARS) s'est inscrite dans le cadre de la révision générale des politiques publiques. Créées par la loi dite « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) du 21 juillet 2009, les vingt-six agences régionales de santé ont pour missions de faciliter l'accès aux soins et de décloisonner les soins de ville et ceux dispensés à l'hôpital, afin d'améliorer le parcours de santé des patients. Selon un rapport récent de la Cour des comptes^a, la création des ARS peut constituer une réforme structurelle majeure du pilotage du système de santé en renforçant son ancrage territorial et en remédiant à son éclatement administratif. Mais les ARS sont loin de détenir les moyens de leurs missions : sur le plan institutionnel, elles sont placées sous une tutelle nationale étroite peu conforme à leur statut d'établissements publics. La direction générale de l'offre de soins continue de traiter directement de dossiers concernant certains établissements de santé et d'octroyer des crédits conservés au niveau national, ce qui nuit à leur autorité. Des actions complémentaires entre les ARS et les organismes locaux d'assurance-maladie peinent à se mettre en place, faute d'accès aux systèmes d'information de la CNAMTS. Enfin, les ARS disposent de leviers financiers sans rapport avec leurs missions : leurs choix d'actions portent sur moins de 2 % des dépenses qu'elles sont censées piloter, dépenses dont les financements en enveloppes distinctes créent un cloisonnement en contradiction avec une approche transversale de l'offre de soins.

^a Cour des comptes (2012) : *Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale*, septembre.

la qualité des soins dispensés, d'autre part, pour orienter les patients et créer les conditions d'une observation de la performance en matière de santé publique des différentes régions.

Développer ainsi l'information est nécessairement coûteux et n'engendre pas d'économies instantanées. Mais c'est un investissement pour améliorer significativement la qualité des soins et l'efficacité du système. Les patients ont par exemple tout intérêt à éviter des examens redondants, lourds, voire douloureux. La lutte contre les inégalités d'accès aux soins de qualité est aussi en jeu. Tout comme pour le système éducatif, la qualité du service public diffère d'un établissement à l'autre, et savoir où se faire soigner et où ne pas se faire soigner est une information très précieuse notamment en cas de maladie grave – une information aujourd'hui détenue informellement par une minorité. En d'autres termes, le défaut d'information constitue souvent, bien plus que la barrière financière, un fac-

teur d'inégalités, qui peut être réduit par la diffusion publique d'informations sur la qualité des soins.

C'est au niveau national que l'organisation des systèmes d'information doit être établie²⁴. Les informations à recueillir sont de nature privée et protégée pour le dossier médical personnel. Elles ont au contraire vocation à être publiques et diffusées largement en ce qui concerne les indicateurs de performance des fournisseurs de soins et des entités de décision (ARS, ou centres plus petits).

Généraliser le dossier médical personnel

Depuis qu'il a été lancé par la loi de 2004 sur l'assurance-maladie, le dossier médical personnel (DMP)²⁵ est un chantier permanent. Relancé en 2010, il n'a été ouvert que pour 300 000 personnes environ, avec des informations très lacunaires, alors qu'il devrait déjà décrire les trajectoires de soins de tous les assurés sociaux. Difficultés techniques, mauvaise volonté des professionnels libéraux ou méfiance des patients, les raisons du retard accumulé ne sont pas clairement établies. Il est urgent de faire les investissements nécessaires pour convaincre tous les acteurs du système de santé d'adopter cet outil au service de la qualité et de l'efficacité des soins.

Diffuser l'information sur la qualité des soins

Une information à caractère public doit être produite et diffusée sur la qualité des soins dispensés par les établissements hospitaliers, les maisons de santé ou les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Certes, une information publique sur les hôpitaux est déjà diffusée *via la plate-forme d'informations sur les établissements de santé*²⁶. Ce site publie, pour chaque établissement, des indicateurs de lutte contre les maladies nosocomiales et de qualité de l'accueil du patient (prise en charge de la douleur, communication avec le patient, travail en équipe en oncologie, etc.). Mais il n'offre pas d'information, par activité, sur la performance médicale, ce qui conduit les Français à acheter en masse les palmarès hospitaliers publiés par la presse. Ces palmarès utilisent des indicateurs dont la pertinence n'a pas été validée par des instances reconnues, mais ils présentent l'intérêt d'offrir un catalogue d'hôpitaux classés pour leurs performances dans des soins précis (accouchements, chirurgie de la cataracte, prothèse de hanche, du genou, etc.). Le succès éditorial considérable de ces palmarès montre l'intensité de la demande d'information sur la qualité des soins de la part du public.

²⁴ C'est déjà le cas dans leur conception actuelle.

²⁵ Le DMP est un dossier informatisé reprenant tout le passé et l'actualité médicale du patient, afin de mettre à disposition des professionnels de santé, avec l'accord préalable du patient, des informations médicales en provenance d'autres professionnels de santé : antécédents médicaux, résultats de laboratoire d'analyses, imagerie, traitements en cours, etc. Il permet aux professionnels de santé de produire et partager des données de santé de manière sécurisée, dans le but d'éviter des redondances d'examens ou de prescriptions et de coordonner les soins.

²⁶ Dont l'acronyme est Platines, cf. www.platines.sante.gouv.fr

Dans le cadre de la tarification à l'activité, les hôpitaux ont intérêt à être efficaces afin de récupérer une marge entre le tarif fixé par l'instance régulatrice et leur coût. L'incitation ainsi mise en place risque d'encourager les établissements à limiter la qualité des soins pour réduire les coûts, sauf s'il existe une concurrence en qualité. La théorie économique prédit en effet qu'une concurrence à prix fixe (ce qui est le cas de la T2A) doit améliorer la qualité si la demande est fonction croissante de la qualité, autrement dit si les patients choisissent leur hôpital en fonction de la qualité des soins qu'il délivre. C'est dans cette perspective qu'il faut comprendre, outre l'enjeu en termes d'équité, l'intérêt d'une diffusion publique d'informations sur la qualité des soins délivrés dans les hôpitaux.

Pour que cette concurrence en qualité fonctionne, il faut non seulement que l'information sur la qualité soit diffusée, mais aussi que les fournisseurs de soins bénéficient du surcroît de demande suscitée par la qualité des soins. La conception des paiements doit tenir compte de cette contrainte, et ne pas trop éroder les recettes issues de variations d'activité par un ajustement automatique de type point flottant comme c'est le cas actuellement dans la T2A. Un pilotage régional de l'application des tarifs des séjours faciliterait la mise en place d'une tarification plus adaptée, en ne faisant pas dépendre la valeur du point de l'activité de tous les autres hôpitaux comme c'est le cas actuellement, mais en appliquant un tarif dégressif au-delà du niveau d'activité prévu par l'ARS pour l'hôpital en question.

Diffuser l'information sur les performances des régions en matière de qualité et d'accès aux soins

Des indicateurs sur les performances sanitaires des entités de décision comme les ARS²⁷ doivent aussi être produits et diffusés largement, afin de permettre une évaluation des effets des orientations retenues en matière d'offre de soins. Ils seraient

homogènes sur le territoire, ouvrant une comparaison des ARS entre elles (ou d'entités plus petites, au sein des ARS, entre elles). Les indicateurs comporteraient des informations sur les différentes catégories de dépenses et sur les résultats sanitaires. Ces résultats incluraient des informations permettant de détecter d'éventuels rationnements, notamment une mesure et un suivi des files d'attente, indicateurs notablement absents dans le suivi actuel du système de soins français.

Proposition 4. Développer les systèmes d'information à destination des professionnels de soins, des patients et des autorités de tutelle, afin de limiter les examens superflus, susciter une concurrence en qualité entre les établissements, promouvoir l'égalité dans l'accès à des soins de qualité et donner aux tutelles l'information nécessaire au pilotage du système

Conclusion

Le système de santé français a fait l'objet de nombreux rapports et tentatives de réformes. On peut aujourd'hui s'appuyer sur les institutions existantes (agences régionales de santé) et sur les techniques de traitement de l'information pour renverser la logique de pilotage d'ensemble du système, avec à la clé des gains très substantiels en termes d'efficacité et d'égalité dans l'accès aux soins. Encore faut-il accepter de faire des choix raisonnés aussi bien pour ce qui concerne le panier de soins remboursable que les modes d'installation et de rémunération des professionnels de santé. ●

²⁷ Ainsi que sur les performances de centres de décision plus petits qui seraient situés en aval des ARS.



**conseil d'analyse
économique**

Le Conseil d'analyse économique, créé auprès du Premier ministre, a pour mission d'éclairer, par la confrontation des points de vue et des analyses de ses membres, les choix du Gouvernement en matière économique.

Présidente déléguée Agnès Benassy-Quéré

Secrétaire général Pierre Joly

Conseillers scientifiques

Jean Beuve, Clément Carbonnier,
Jézabel Couppey-Soubeyran,
Manon Domingues Dos Santos,
Cyriac Guillaumin, Stéphane Saussier

Membres Philippe Askenazy, Agnès Benassy-Quéré,
Antoine Bozio, Pierre Cahuc, Brigitte Dormont,
Lionel Fontagné, Cecilia García-Peñalosa,
Pierre-Olivier Gourinchas, Philippe Martin,
Guillaume Plantin, David Thesmar, Jean Tirole,
Alain Trannoy, Étienne Wasmer, Guntram Wolff

Correspondants Patrick Artus,
Laurence Boone, Jacques Cailloux

Directeur de la publication Agnès Bénassy-Quéré

Rédacteur en chef Pierre Joly

Réalisation Christine Carl

Contact Presse Christine Carl

Tél. : 01 42 75 77 47
christine.carl@cae-eco.fr