



HAL
open science

La conduite de la dépense de santé en France : comment sortir des impasses ?

Brigitte Dormont

► **To cite this version:**

Brigitte Dormont. La conduite de la dépense de santé en France : comment sortir des impasses ?. 2023. hal-04244538

HAL Id: hal-04244538

<https://hal.science/hal-04244538>

Preprint submitted on 16 Oct 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Laboratoire d'Economie de Dauphine



WP n°1/2021

Document de travail

La conduite de la dépense de santé en France : comment sortir des impasses ?

Brigitte Dormont

3 mars 2021

La conduite de la dépense de santé en France : comment sortir des impasses ?

Brigitte Dormont¹

Pr. à l'université Paris Dauphine-PSL

La catastrophe de la COVID_19 a jeté une lumière crue sur ce que nous savons tous de notre système de soins et de notre politique de santé : la misère de l'hôpital public avec les budgets trop restrictifs, les salaires insuffisants des personnels hospitaliers, le manque de coordination entre médecine de ville et hospitalière, sans compter l'abandon des personnes âgées dépendantes, la défaillance de la santé publique, et les inégalités sociales d'exposition au virus dues aux conditions de vie. Nous avons aussi vécu l'impréparation sur les masques et les tests pour cause de désindustrialisation et d'économies sur de petites lignes budgétaires et assisté au travail obligé des soignants et des personnes dont le métier permet à la société de fonctionner, au risque d'être plus exposés à la contamination. Enfin nous avons connu les applaudissements du soir, la reconnaissance des confinés pour les personnels hospitaliers, alors qu'en France les électeurs votent en majorité pour qui promet une baisse d'impôts. Cette crise sanitaire est édifiante sur les contradictions de la politique de santé en France et les stratégies de communication visant à désamorcer les débats qui agitent l'opinion. La première vague a été cruelle pour les responsables politiques qui cherchaient à masquer les problèmes et étaient sourds depuis de longues années aux revendications des hospitaliers.

Que penser de la période précédente, de ce « monde d'avant », de sa politique de santé et de ses choix budgétaires ? Que faut-il changer pour que les décisions concrètes mettent en place des mécanismes conformes à la poursuite des objectifs revendiqués ? Nous proposons ici une analyse globale de la façon dont la dépense publique de santé a été pilotée en France depuis l'instauration de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) en 1996 dans le sillage du plan Juppé. Notre analyse est critique et constate de nombreuses impasses. Elle débouche sur une proposition de réorganisation du système de soins et des circuits de financements.

Nous examinons tout d'abord l'importance des dépenses publiques de santé en France par rapport à d'autres pays. La France a une dépense publique de santé supérieure à celle de ses partenaires mais ce n'est pas dû à une couverture publique plus généreuse. C'est la dépense totale de santé qui est plus élevée dans notre pays, sans que les résultats en matière de santé de la population soient visiblement supérieurs.

En discutant des critères qui président à son établissement, nous défendons ensuite le principe de l'Ondam : il est juste qu'une représentation nationale élue démocratiquement définisse le niveau de dépenses de santé qui sera couvert par la solidarité.

Mais en aval du vote de l'Ondam, la façon dont la dépense de santé est pilotée a engendré de nombreuses distorsions. En particulier, il n'existe pas de véritable dispositif de maîtrise de la dépense en médecine de ville, alors qu'avec un mécanisme de point flottant les budgets hospitaliers sont parfaitement contrôlés. Dans ce cadre, l'hôpital a été une cible facile de la rigueur budgétaire : des budgets hospitaliers déjà restrictifs ont été amputés pendant plusieurs années par des mises en réserve qui ont servi à absorber les déficits en ville.

¹ Ce texte a été présenté dans ses grandes lignes dans une *Key lecture intitulée* « Comment piloter les dépenses de santé ? » lors de la *Sixième conférence AFSE - DG Trésor, le 10 décembre 2020*. Il correspond à un chapitre d'un ouvrage à paraître sous l'égide du Collège des économistes de la santé. Je remercie Thomas Barnay et Bruno Ventelou, co-éditeurs de cet ouvrage avec Anne-Laure Samson, pour leur relecture attentive de ce chapitre.

L'analyse de la tarification à l'activité (T2A) introduite en 2004 pour le financement des hôpitaux montre que l'objectif d'efficience a été perdu de vue à cause de la recherche de l'équilibre des comptes. De fait, ce ne sont pas les mécanismes de la T2A en tant que tels qui ont dégradé la situation de l'hôpital, mais la façon dont cette réforme a été appliquée. En pratique, les mécanismes mis en place ont poussé les hôpitaux à faire toujours plus d'actes et à cibler les actes les plus valorisés au lieu d'améliorer leur efficience.

Dans la dernière partie nous cherchons à dessiner le changement d'organisation qui pourrait promouvoir une conduite plus efficiente de la dépense publique de santé en France. Actuellement, notre système de soins est caractérisé par un pilotage séparé des soins en ville et à l'hôpital. Pour rompre avec cette organisation administrative en sphères séparées, il faut allouer les moyens à des entités locales qui auraient en charge l'organisation des soins sur un territoire donné. Elles auraient une dotation budgétaire correspondant aux dépenses prévues pour la population concernée, à charge pour elles d'organiser les soins en ville, à l'hôpital, ou dans le médico-social.

Avant d'entrer dans le vif du sujet une réserve préliminaire s'impose : comme le sujet traité est large, un point important n'est pas abordé dans ce chapitre : la question de l'organisation de l'assurance². Par ailleurs, la question des systèmes de rémunération des soignants n'est qu'effleurée. Enfin cette analyse économique de la régulation de notre système de soins mériterait d'être complétée par des approches sociologiques, historiques et politiques, lesquelles seraient très précieuses pour analyser les blocages institutionnels et les verrous politiques à l'œuvre dans notre pays.

1. La dépense publique de santé est-elle particulièrement élevée en France ?

En janvier 2019, une note publiée par France Stratégie se demandait sur quel poste réduire le « poids » des dépenses publiques (Gouardo C. et Lenglard F., 2019). La question posée et la terminologie employée expriment bien l'objectif qui était alors celui du gouvernement. La note parle de « poids » pour insister sur la lourdeur des impôts, en escamotant les contreparties : les services publics et un large périmètre de solidarité dans la protection sociale. Les auteurs de la note comparent poste par poste le niveau de la dépense publique en France à celui de nos partenaires européens pour voir où il serait possible de tailler dans les dépenses pour obtenir une économie de 3 points de Produit intérieur brut (PIB), soit une coupe budgétaire proche de 70 milliards d'Euros. Concernant la protection sociale, il apparaît que la France dépense 3,4 points de PIB de plus que ses partenaires pour les retraites et 1 point de PIB de plus pour la santé. Les scénarios envisagés montrent que la réduction recherchée ne peut être atteinte sans toucher aux dépenses sociales, dont la santé et les retraites.

Dans la perspective qui prévalait avant la crise de la Covid_19, il s'agissait donc pour notre gouvernement de réduire la dépense publique de santé. Ce qui est appelé dépenses publiques, ce sont les dépenses financées par des prélèvements obligatoires, les cotisations et impôts qui alimentent le budget de la Sécurité sociale pour la branche maladie. Le « pacte de 1945 » qui fonde la Sécurité sociale est censé garantir la solidarité selon le principe : « de chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins ». La dépense publique de santé est une dépense de protection sociale, dont la conception organise une solidarité horizontale (entre les biens portants et les malades) et une solidarité verticale (entre les personnes ayant différents niveaux de revenus). Le but est d'offrir à tout individu un égal accès aux soins en fonction de ses besoins.

Dépensons-nous trop pour la santé ? La question est complexe, car il n'y a pas que les soins médicaux qui contribuent à la santé, car la dépense privée peut aussi financer les soins et enfin parce qu'il faut tenir compte des questions d'efficience (Hall R. & Jones C., 2007). Ce qui compte, c'est la dépense utile

² Voir Franc C. et Raynaud D. (2021), présent ouvrage, chapitre 3, et Dormont B., Geoffard P.-Y., Tirole J. (2014).

pour l'amélioration de la santé. Il est totalement légitime de diminuer les dépenses en réduisant les gâchis de ressources (OECD, 2017). Mais dans le même temps, on peut trouver que le niveau des dépenses de santé est insuffisant s'il ne permet pas d'offrir à tous l'accès à des innovations médicales fondamentales. La question de l'efficacité existe, mais elle n'évacue pas celle du périmètre de la dépense publique de santé.

La France se distingue-t-elle des autres pays pour la dépense publique de santé ? L'écart est moins marqué que pour les retraites, mais il existe. Cependant, à la différence des retraites, il n'est pas dû à une couverture publique plus généreuse, mais à un niveau supérieur de la dépense totale de santé, publique et privée³.

Avec une dépense totale de santé égale à 11,2 % de son PIB, la France est en 2018 au troisième rang mondial à égalité avec l'Allemagne, loin derrière les États-Unis (16,9 %), juste après la Suisse (12,2%) et nettement devant la moyenne de l'Europe des quinze (OECD, 2019). Elle dépense donc plus que ses proches partenaires. Pour ce niveau de dépenses, les résultats sont bons, sans être exceptionnels, avec une contre-performance notable en matière d'inégalités sociales de santé. Les derniers chiffres disponibles ont confirmé le constat, avec pour les hommes un écart de treize ans d'espérance de vie entre les 5% plus aisés et les 5% plus modestes (Blanpain N., 2018).

La dépense publique de santé concerne une partie seulement des dépenses de santé, celle couverte par des mécanismes de solidarité *via* la Sécurité sociale. Le degré de solidarité est-il supérieur en France ? Il faut faire attention aux chiffres : les commentaires qui accompagnent la publication des comptes de la santé en France soulignent souvent que notre pays est en Europe celui où le reste à charge (la dépense directe des ménages) est le plus faible. Ce chiffre est un peu fallacieux car il intègre la couverture réalisée par les complémentaires santé (mutuelles, instituts de prévoyance et compagnies d'assurances). Or, même si plus de 95 % de la population dispose d'une couverture complémentaire, celle-ci reste facultative pour les personnes qui ne sont pas salariées du secteur privé. Pour ces personnes, le marché de la complémentaire individuelle facultative est soumis à des pressions concurrentielles qui excluent la mise en place de réels mécanismes de solidarité (on observe beaucoup de tarification à l'âge par exemple). Caractère facultatif et défauts de solidarité font qu'on ne peut pas parler de couverture publique à propos des complémentaires⁴. Si l'on compare le degré de couverture publique des soins médicaux, la France ne se distingue pas par une couverture particulièrement généreuse. Pour 2017, les données de l'OCDE montrent que le taux de couverture publique des dépenses de santé en France (83 %) est un peu inférieur à celui observé en Allemagne (84 %) et en Norvège (85 %), et supérieur à celui observé en Grande-Bretagne (79 %) et aux Pays-Bas (81 %) par exemple (OCDE, 2019).

En résumé, si la France a une dépense publique de santé supérieure à celle de certains de ses partenaires, ce n'est pas dû à une couverture publique plus généreuse, mais à une dépense totale de santé plus élevée, sans résultats visiblement supérieurs en matière de santé. La bonne question n'est donc pas celle du bon périmètre de la protection sociale en matière de santé, mais plutôt celle des gains d'efficacité.

Or les débats sur la réduction de la dépense publique sont souvent très ambigus, et mélangent les enjeux d'efficacité avec un discours libéral sur l'urgence d'une rupture avec l'assistanat pour libérer les initiatives. Il est clair que les discours sur l'assistanat et la réduction des dépenses publiques, joints à une statistique sur l'importance des prélèvements obligatoires dans notre pays, suggèrent que le

³ C'est principalement à cause des retraites complémentaires que notre pays a un niveau de dépenses publiques supérieur à celui de ses partenaires européens (Bozio, A. & Dormont B., 2016). Les retraites complémentaires sont chez nous obligatoires pour les salariés du privé, une originalité française qui crée une solidarité plus large que chez nos partenaires, avec pour conséquence un plus haut niveau de dépenses publiques.

⁴ Et c'est d'ailleurs bien ainsi que procède l'OCDE dans ses analyses comparatives, en excluant les couvertures complémentaires de sa définition de la dépense publique de santé.

degré de solidarité est trop important en France, alors qu'il n'y a pas de spécificité de notre pays sur ce point en matière de santé.

2. Le vote de l'Objectif national de dépense d'assurance maladie : définir démocratiquement les dépenses de santé couvertes par la solidarité

Les débats sur la pression fiscale sont attisés par le fait que les dépenses publiques ont beaucoup augmenté au cours du XX^{ème} siècle. En France, la part des dépenses publiques dans le PIB est passée de 12,6 % en 1912 à 56,5 % en 2017. Cette dynamique est liée au développement de la protection sociale et a touché tous les pays européens dans les mêmes proportions, jusqu'à des politiques de repli menées plus récemment par nombre de pays pour contenir leur dépense publique. On peut penser que ces chiffres auraient frappé de stupeur un économiste du début du vingtième siècle. Ils signifient une progression marquée de la socialisation de la consommation. Autrement dit une part majeure de notre revenu, plus de la moitié, est consacrée à des consommations décidées collectivement. Cela correspond effectivement à un choix de société avec un haut niveau de solidarité, un accès large aux services publics et une protection sociale généreuse, notamment pour les soins médicaux, et les revenus de remplacement comme les retraites et les allocations chômage.

Au-delà de cette évolution de long terme vers plus de solidarité, on assiste maintenant à la montée d'une tendance libérale qui veut réduire le périmètre de la protection sociale⁵. En Europe, les débats lors des échéances électorales montrent que le vent des responsables politiques souffle dans le sens de la réduction des dépenses publiques et que les électeurs votent pour les candidats qui promettent des réductions d'impôts⁶.

Les arguments souvent développés sont ceux de la réduction des déficits et du remboursement de la dette. Pour la santé, on met l'accent sur le « trou de la Sécu » avant d'annoncer les économies qui seront nécessaires pour le combler. Soulignons qu'il est raisonnable et légitime de proscrire tout déficit à long terme en matière de dépenses de santé. A contrario, admettre un déficit reviendrait à faire payer sous forme de dette nos soins actuels par les générations futures, alors qu'il s'agit d'une dépense qui n'est pas un investissement. Mais le déficit ne peut pas être un argument pour définir le niveau de la dépense publique de santé : il résulte de l'écart entre les dépenses liées aux prestations (soins) et les ressources constituées par les cotisations et impôts. Il peut exister quel que soit le niveau de dépenses. Fonder la baisse des dépenses sur l'existence d'un déficit signifie implicitement que le responsable politique exclut toute augmentation des prélèvements obligatoires.

En matière de protection sociale il y a des prestations qui sont des revenus de remplacement en cas de perte de salaire : les retraites, les allocations chômage et les indemnités journalières. Ces prestations obéissent à un principe de contributivité, autrement dit elles reproduisent dans une certaine mesure les inégalités salariales car elles sont liées aux cotisations versées par l'individu et son employeur sur la base de son salaire. Dans ce cadre, la générosité du système peut être décidée par les partenaires sociaux en fonction des préférences des salariés en matière d'arbitrage sécurité financière/revenu net de cotisations.

⁵ Dans les pays concernés, les modalités adoptées pour contenir les dépenses publiques consistent à cibler les dépenses de protection sociale sur les personnes en bas de l'échelle des revenus, qualifiées à l'occasion de « vulnérables ». Ce faisant, on fait évoluer une assurance sociale qui est basée sur la solidarité de tous dans le partage des risques vers un dispositif d'assistance qui ne concerne que quelques-uns, ce qui contribue à dégrader encore le soutien politique à une protection sociale généreuse.

⁶ Même si les programmes électoraux abordent de nombreux sujets et sont évidemment plus complexes.

Les soins médicaux sont d'une autre nature car il s'agit de prestations servies en fonction des besoins, lesquels sont peu corrélés au niveau de vie des personnes. L'objectif est de garantir le même accès aux soins à chacun, à proportion de ses besoins. Dans ce cas, la délibération nationale doit porter sur le périmètre du panier de soins auxquels tous devraient avoir accès sans contrainte financière. Un panier plus large permet de limiter les inégalités face à la maladie, mais implique un niveau plus important de prélèvements obligatoires. Il est essentiel de mettre en place un débat démocratique sur le niveau de dépenses publiques de santé qui correspond aux préférences des citoyens⁷. Une question encore ouverte est celle de savoir comment on organise une telle délibération. A l'évidence plusieurs protocoles de délibération démocratique peuvent être envisagés. Les sciences économiques peuvent apporter leur contribution. En effet pour les questions d'environnement et de climat, mais aussi de santé, des économistes qui travaillent sur le choix social montrent qu'il est possible de fonder la décision publique sur les préférences individuelles des citoyens et de procéder à l'agrégation de préférences potentiellement hétérogènes⁸ avec une prise en compte plus ou moins large d'un objectif de réduction des inégalités. L'application de ces principes à du choix social en santé, par exemple à la définition du panier de soins remboursé par la Sécurité sociale, nécessite de connaître les préférences des individus en matière d'arbitrage santé/revenu sur un échantillon représentatif de la population⁹.

Dans la réalité, la définition et le vote de l'Objectif national d'assurance maladie (Ondam) sont loin de ces préoccupations. Dans le débat public, il n'y a pas de discussion sur l'arbitrage santé-revenu des citoyens permettant de fonder le périmètre de la dépense publique de santé, mais plutôt le rappel que les déficits doivent être résorbés, l'énoncé que les prélèvements obligatoires sont à un niveau insoutenable et qu'il faut réduire la dépense publique. En pratique, le calcul de l'Ondam est basé sur des prévisions d'augmentation des dépenses due à l'évolution des besoins, au vieillissement de la population, et aux évolutions des prix et des rémunérations des soignants. Ceci donne une évolution de l'enveloppe nécessaire pour couvrir les besoins anticipés, à pratiques constantes. Et depuis plusieurs années on constate que le Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) propose une augmentation de budget en retrait par rapport à ces prévisions, avec l'argument que des efforts d'efficience permettront de réduire la dépense.

La définition de l'Ondam est donc loin de répondre à un idéal de décision publique qui intégrerait les préférences des citoyens. Mais dans son principe l'Ondam doit être défendu : Il est juste qu'une représentation nationale élue démocratiquement définisse le niveau de dépenses de santé qui sera couvert par la solidarité. En aval du vote de l'Ondam, en revanche, il y a des problèmes dans la façon dont la dépense de santé est pilotée pour respecter l'enveloppe ainsi définie.

3. La conduite de l'Ondam : point flottant et vases communicants budgétaires

L'administration produit un rapport annuel sur les Comptes de la Sécurité sociale qui permet, entre autres, de suivre l'évolution de l'Ondam et de son exécution. On observe que la progression de l'Ondam a été fortement ralentie depuis 2010, avec chaque année une augmentation inférieure à 3%. A partir de la même année 2010 on observe aussi que les dépenses de santé n'ont jamais dépassé l'Ondam, une nouveauté par rapport aux années précédentes qui étaient toujours dans le rouge.

⁷ Voir Dormont B. (2009) et Askenazy P. *et al.* (2013)

⁸ Dans l'arbitrage santé/revenu, les individus peuvent en effet attribuer un poids plus ou moins important à la santé dans leur fonction d'utilité. On aboutit ainsi à une version améliorée de l'analyse coût bénéfice dont une présentation simple peut être trouvée dans Fleurbaey, M. *et al.* (2012)

⁹ Dans ce but on met en place une enquête pour éliciter les préférences individuelles. Un exemple d'application de ces méthodes à l'évaluation médico-économique pour la France est donné par Samson, A.-L. *et al.* (2018).

Rigueur budgétaire et fin des déficits : du point de vue comptable la conduite semble parfaite. Mais l'objectif d'une bonne régulation publique est évidemment plus complexe : il faut viser l'efficacité dans l'usage des fonds publics, autrement dit maximiser les services médicaux rendus pour un niveau de dépenses donné. Or, comme nous allons le voir plus loin, le pilotage de la dépense en ville est faible, sinon insignifiant, et la régulation appliquée à l'hôpital l'a étranglé financièrement, tout en produisant des incitations contraires à l'efficacité.

Fin 2019, juste avant la crise de la Covid_19, l'hôpital public était au bord de la rupture après de nombreuses années de rigueur budgétaire. Jointe à une suractivité provoquée par la Tarification à l'activité (T2A), cette rigueur a provoqué une explosion sociale dans les services d'urgence et les hôpitaux pendant l'été et l'automne 2019, avec des grèves et la démission administrative de nombreux responsables de services.

Sans parler de délitement du service public comme l'ont fait les acteurs de ces mouvements, force est de constater qu'une menace commençait à se préciser avec des budgets de plus en plus serrés d'année en année, accompagnés d'un cahier des charges en augmentation. Pour les personnels hospitaliers, la situation pouvait se résumer à une baisse des rémunérations en terme réel et des conditions de travail dégradées du fait de la diminution des moyens. Un seuil a été franchi à l'automne 2019, lorsque des difficultés à recruter ont été observées. Au-delà des réductions de capacités planifiées, des lits ont été fermés à cause de l'impossibilité à recruter aux salaires proposés¹⁰. Un cas emblématique était celui des lits de pédiatrie en Ile-de-France : un quart des lits ont été fermés faute de trouver des professionnels de santé pour s'en occuper. Cette fermeture de lits ne correspondait pas à une réduction des besoins mais à l'impossibilité de recruter du personnel à cause de salaires trop bas¹¹. Un état de fait inquiétant pour le service public hospitalier.

Pourquoi l'Ondam a-t-il créé une telle pénurie ? Même ralentie, sa progression était malgré tout proche de 3%. De fait, les économies demandées pour les dépenses publiques de santé prises dans leur ensemble sont modérées en France, mais à l'intérieur des dépenses de santé, les efforts demandés à l'hôpital ont été particulièrement importants.

En effet, l'Ondam voté au parlement est ventilé entre plusieurs postes dont les plus importants sont la médecine de ville (91,4 Md€ pour l'année 2019) et l'hôpital (82,6 Md€). Or, il n'existe pas de véritable mécanisme de maîtrise de la dépense de ville pour beaucoup de raisons et en particulier parce que les soins en ville sont couverts par la Sécurité sociale avec des remboursements réalisés a posteriori, qu'il s'agisse des consultations ou des médicaments, biens et services qui ont des tarifs définis par les conventions médicales. De fait, il y a souvent un dépassement de l'Ondam en médecine de ville. Or, depuis 5 ou 6 ans, ce dépassement a été absorbé par une restriction de budget pour l'hôpital. Contrairement à la médecine de ville, les dépenses pour l'hôpital sont en effet facilement contrôlables, avec des budgets alloués par le ministère. Le financement prend la forme de paiements pour des séjours liés à différentes pathologies, avec un mécanisme de point flottant qui fait qu'on maîtrise parfaitement la dépense budgétaire totale. Plus précisément, si l'activité hospitalière et le nombre d'actes pratiqués augmentent dans l'année au-delà de ce qui était prévu pour le calcul de l'Ondam, les tarifs sont diminués au prorata de « l'excès » d'activité pour que la dépense totale reste dans l'enveloppe de l'Ondam. Donc, par définition, pas de dépassement pour l'hôpital.

¹⁰ Les comparaisons internationales de l'OCDE (2019) montrent que les salaires des infirmiers et infirmières à l'hôpital en France sont parmi les plus bas des pays de l'OCDE.

¹¹ En conséquence, des enfants en urgence pédiatriques ont dû être transférés dans des hôpitaux de province et parcourir plusieurs centaines de km en ambulance avec leur mère pour l'aller et le retour. Ceci est désastreux à la fois pour la qualité de la prise en charge en urgence et pour la dépense qui est ici démultipliée.

En outre, l'Ondam hospitalier n'est pas entièrement distribué aux hôpitaux. Depuis 2004 a été créé un Comité d'alerte censé veiller au non-dépassement de l'Ondam dans sa totalité ville plus hôpital. Dans ce but, des réserves sont prélevées en cours d'année sur les budgets. Comme la médecine de ville dépasse son Ondam, ces réserves sont utilisées pour éponger les dépenses non maîtrisées en médecine de ville et viennent en déduction de la dotation de l'hôpital. Pudiquement les rapports administratifs parlent de sous-exécution de l'Ondam hospitalier. Mais la réalité des faits est que depuis plusieurs années la dotation pour les hôpitaux votée par la représentation nationale ne lui est même pas attribuée dans sa totalité et qu'une partie de cette dotation est amputée sous la forme de réserves pour éponger le déficit dû aux dépenses de ville.

La rigueur budgétaire imposée à l'hôpital est renforcée par le fait qu'en amont des mises en réserve le Projet de loi de financement de la Sécurité sociale propose une augmentation de budget en retrait par rapport aux prévisions d'évolution "spontanée" de l'enveloppe nécessaire pour couvrir les besoins de soins hospitaliers à pratiques constantes. L'argument est que des efforts d'efficacité permettront de faire autant avec moins. Par exemple le projet de budget pour 2020 prévoyait une tendance spontanée d'augmentation des dépenses à l'hôpital de 3,3% et l'Ondam hospitalier finalement attribué ne dépassait pas 2,1% d'augmentation, soit plus d'un milliard d'euros d'économies imposées. On peut admettre que des gains d'efficacité sont possibles ponctuellement, mais il est clair que des budgets constamment en retrait des dépenses prévues conduisent fatalement dans le mur, tôt ou tard.

Pour résumer, l'Ondam hospitalier, qui est très restrictif depuis plusieurs années, est en outre amputé par des mises en réserve qui permettent d'absorber les déficits en ville. L'hôpital apparaît comme une cible facile de la rigueur budgétaire. Il est impensable que ces vases communicants budgétaires qui sacrifient l'hôpital soient prémédités par l'administration. Il est vraisemblable qu'il s'agisse plutôt d'une facilité à la fois technique et politique, qui fait qu'on maîtrise facilement la bourse d'un côté et qu'on évite les sujets qui fâchent de l'autre. Au total les données produites par la note de France Stratégie¹² sont sans appel : la dépense publique de santé en France est une des plus élevées d'Europe, puisqu'elle se monte à 7,9 % du PIB potentiel en 2016, contre 6,9 % pour la moyenne européenne et 7,3 % pour les pays Nordiques (lesquels sont réputés offrir un haut degré de solidarité). Mais pour l'hôpital la dépense publique de santé est dans notre pays inférieure à celle de beaucoup de pays européens : 3,6 % du PIB potentiel contre 4,1 % pour la moyenne européenne et 4,2 % pour les pays Nordiques (Gouardo C. et Lengart F., 2019).

4. Les errements de la Tarification à l'activité (T2A) : l'efficacité perdue de vue

Introduite pour le financement des hôpitaux en 2004, la tarification à l'activité (T2A) vise à promouvoir l'efficacité productive : il s'agit de minimiser les coûts des soins hospitaliers afin de garantir un usage efficace de l'argent public¹³. L'outil utilisé est un contrat à prix fixe : pour un séjour dans une pathologie donnée l'hôpital sera rémunéré par une somme forfaitaire, quels que soient les coûts des traitements qu'il a effectivement délivrés. Si l'hôpital a des coûts moyens inférieurs au forfait, il empoche la différence, ce qui lui apporte des ressources et s'il a un coût supérieur au forfait, il subit une perte. Le contrat à prix fixe est une incitation puissante à réduire les coûts du fait que l'hôpital peut s'approprier les gains ou supporter les déficits.

Au-delà de ce principe, le problème crucial est de trouver le bon niveau pour le forfait défini pour chaque pathologie. Si la tutelle fixe le niveau du forfait à un niveau trop important, cela donne des

¹² C. Gouardo, F. Lengart (2019). Les travaux liés à cette note ont l'intérêt de produire des statistiques qui permettent une comparabilité des dépenses publiques en Europe, pour chaque poste de la dépense publique.

¹³ Précisons que l'efficacité consiste à minimiser les coûts pour un niveau donné de soins hospitaliers. Il ne s'agit pas de diminuer la dépense en restreignant les services rendus.

rentes à l'hôpital et la dépense publique n'est pas efficiente. Si le forfait est trop bas, les hôpitaux connaissent des difficultés financières, ce qui peut nuire à la qualité des services rendus. En effet, une possibilité pour desserrer la contrainte financière est alors de dégrader la qualité des soins ou de sélectionner les patients les moins coûteux, ayant les pathologies les moins graves : un résultat désastreux. A l'inverse, si le service public est maintenu en l'état malgré l'insuffisance des ressources, on en arrive à une accumulation de dette liée aux déficits récurrents, et aux tensions que nous connaissons avec des lits fermés à cause d'embauches qui ne se font pas.

L'éventualité de ces écueils est prise en compte dans la théorie économique qui fonde la T2A. En intégrant le fait que le régulateur a des problèmes d'information et ne connaît pas le niveau de paiement correspondant à la production efficace, elle recommande de fixer le forfait sur la base d'un mécanisme de concurrence par comparaison. Sans entrer dans les détails techniques, le forfait doit se référer aux coûts moyens des séjours dans les différentes pathologies, observés dans les hôpitaux¹⁴.

Ce ne sont pas les mécanismes de la T2A en tant que tels qui ont dégradé la situation de l'hôpital. C'est la façon dont cette réforme a été appliquée qui a dénaturé les mécanismes visés. Au lieu de définir les tarifs en fonction seulement des coûts de traitement par pathologie, on les a modifiés pour encourager certaines activités en fonction d'« objectifs de santé publique », par exemple, pour encourager les séjours ambulatoires ou décourager le recours excessif aux césariennes. En outre, un mécanisme de point flottant a été introduit pour maîtriser le budget fermé que constitue l'Ondam hospitalier. Concrètement ceci signifie que les séjours ne sont pas financés en euros, mais en points, et que la valeur du point baisse si l'activité des hôpitaux sur toute la France augmente au-delà de ce qui était prévu lors du vote de l'Ondam. Dans ce cadre, la valeur du point flottant crée une externalité de tous contre tous. Un hôpital n'est jamais sûr que ses coûts de production seront couverts, même s'il est parfaitement efficace. En effet, si les autres hôpitaux ont beaucoup augmenté leur activité, la valeur du point aura baissé. En pratique, les mécanismes mis en place ont poussé les hôpitaux à faire toujours plus d'actes et à cibler les actes les plus valorisés au lieu d'améliorer leur efficacité.

Le point flottant fait que la dépense est globalement contenue. Mais la forte augmentation du nombre d'actes a soulevé un doute sur la pertinence des soins pour les patients. Elle a aussi conduit à un épuisement des personnels hospitaliers, car leur activité a beaucoup augmenté sans que les budgets aient suivi. Au seuil de l'épidémie de Covid_19, les hôpitaux étaient ainsi dans une crise profonde et rien ne permettait de penser qu'ils avaient gagné en efficacité. Dans l'application de la T2A, le régulateur a clairement négligé les conséquences possibles du point flottant sur les comportements des acteurs. Il a donné la priorité à la maîtrise de l'enveloppe budgétaire, au risque de dévoyer les mécanismes économiques initialement visés par la T2A.

Avec le point flottant les tarifs peuvent être inférieurs au coût de traitement. Avec des tarifs manipulés (par rapport à la référence du coût moyen) en fonction d'objectifs de santé publique, on encourage un dévoiement du service public hospitalier : alors que les médecins sur le terrain doivent identifier et répondre aux besoins des patients qui arrivent, les gestionnaires ont parfois demandé que tel acte soit pratiqué plutôt que tel autre moins « rentable », des injonctions contraires à l'éthique médicale et aux principes du service public qui ont révolté le personnel soignant.

Pendant des années, les tarifs des hôpitaux publics ont baissé à cause du point flottant car l'activité augmentait plus que ce qui avait été prévu dans l'Ondam. Il y a deux ans, l'activité a cessé d'augmenter mais les tarifs ont quand même diminué, ce qui a attisé les protestations dans les hôpitaux. En 2019, les tarifs ont légèrement augmenté car l'activité avait encore baissé. Pour l'instant cette

¹⁴ En pratique, l'évaluation des coûts par séjour dans les différentes pathologies n'est possible que pour un échantillon d'hôpitaux disposant d'une comptabilité suffisamment élaborée.

évolution de l'activité est assez difficile à comprendre, on ne sait pas vraiment pourquoi moins d'actes sont pratiqués. Ralentissement raisonnable de l'activité ou conséquence des pénuries de ressources ? Cette baisse d'activité n'a pas encore été analysée mais elle pourrait être inquiétante. Il n'est pas exclu qu'elle soit liée aux difficultés de recrutement de praticiens hospitaliers et d'infirmiers.

5. Comment conduire la dépense publique de santé ?

Cela peut sembler paradoxal, mais les vases communicants budgétaires vont de pair avec une gestion séparée de la médecine de ville et de l'hôpital. L'hôpital est d'autant plus rationné que la dépense est peu maîtrisée en ville, mais en même temps l'organisation du système juxtapose des sphères entre lesquelles rien ne communique administrativement. Un résumé sévère de la situation dirait que le système de soin français est caractérisé par un pilotage séparé de la ville et de l'hôpital qui met en concurrence budgétaire les acteurs et décourage la coordination des soignants¹⁵.

Dans la crise sanitaire de la Covid-19, la séparation de la ville et de l'hôpital est apparue de façon flagrante. Les soignants en ville ont tout d'abord été oubliés dans la gestion de l'épidémie. Dans les premières semaines, c'est la Direction générale de la santé qui était aux commandes et a conseillé d'appeler le 15, et non son médecin traitant. Or le 15, centre d'appel pour les urgences, n'est pas calibré pour répondre aux appels de tous ceux qui ont des symptômes ou des doutes. Il a été rapidement saturé, ce qui a sans doute entraîné une perte de chance pour des situations véritablement urgentes. Par ailleurs, alors que les hôpitaux et les services d'urgence étaient inondés par de nouveaux cas, le nombre de consultations des médecins généralistes diminuait en mars de 30% et celui des spécialistes de 60%, même en comptant les téléconsultations¹⁶. Comment ne pas voir dans ces errements la conséquence d'une organisation qui dissocie les pilotages de l'hôpital et de la médecine de ville ?

Cette logique de gestion séparée de la ville et de l'hôpital était encore présente dans la conception du Ségur de la santé. Le nom même de cette concertation montre que son objet principal était l'amélioration des rémunérations dans les hôpitaux. L'essentiel des conclusions de ces négociations et des accords portent sur l'hôpital, avec 8,2 Md€ pour revaloriser les rémunérations des personnels hospitaliers, et 13 Md€ pour la reprise de la dette des hôpitaux. Il s'agit clairement d'apurer (en partie) le passé douloureux de la rigueur budgétaire imposée à l'hôpital et de « transformer les applaudissements en engagements », comme l'écrit le Ministre de la Santé en exergue aux conclusions du Ségur, en référence aux applaudissements adressés chaque soir à 20H aux soignants par la population confinée lors de la première vague. Préoccupations légitimes et décisions nécessaires, mais qui ne traitent pas les difficultés à leur racine. Seule une petite partie des sommes promises par le Ségur, probablement une sous-rubrique de la ligne « Projets hospitaliers prioritaires et investissements ville – hôpital » pourrait se préoccuper de la coordination ville-hôpital, avec une dotation qui apparaît faible en comparaison du reste des sommes débloquées : 2,5 Md€ engagés sur 5 ans.

Comment dès lors mettre en place une conduite des dépenses en médecine de ville, coordonnée avec l'offre de soins hospitaliers ? Précisons d'emblée qu'il s'agit de penser un pilotage de l'offre de soins, de la part des médecins et des professionnels de santé. « Responsabiliser » la demande de soins émanant des patients par l'instauration de franchises ou forfaits a des effets limités, car une faible partie des dépenses dépend des décisions du patient. Le gros de la dépense de soins résulte des décisions du médecin en matière d'actes et de prescriptions. Du coup les copaiements sous forme de franchises ou forfaits ont pour effet principal de réduire la couverture par la Sécurité sociale sans

¹⁵ Et ce, malgré un objectif affiché et quelques initiative pour favoriser les coopérations.

¹⁶ En avril, les demandes de consultation aux médecins généralistes pour des motifs hors Covid ont chuté de plus de 50% (Monziols M. *et al.*, 2020)

modérer la consommation de soins, ce qui nuit à l'accès aux soins des individus dont les revenus sont faibles¹⁷.

Piloter l'offre de soins signifie trouver des mécanismes pour que les médecins intègrent dans leurs décisions les enjeux d'égalité d'accès aux soins et de maîtrise de la dépense qui font partie du cahier des charges d'une assurance maladie solidaire comme la nôtre. Que les médecins doivent assimiler les objectifs de la Sécurité sociale est justifié par le fait que cette assurance sociale – qui garantit leur rémunération – est financée par des prélèvements obligatoires qui s'imposent à tous. Toutefois, le sujet est assez sensible sur un plan politique car il y a une tradition française de la médecine libérale qui réclame pour le praticien une totale liberté de prescription, de localisation, voire de tarification. Seule une minorité de médecins sont sur une ligne explicite aussi dure, mais il faut constater que des problèmes lancinants qui sont parfaitement identifiés depuis des décennies ne trouvent pas de solution, comme par exemple les dépassements d'honoraires ou l'inégale répartition géographique des médecins. D'un point de vue sociologique, les médecins sont un groupe hétérogène avec des aspirations qui diffèrent selon leur genre, leur génération, leur spécialité ou leur conception de la pratique médicale. Au niveau national, c'est toutefois le blocage et le statu quo qui s'imposent.

Mais ce n'est pas la seule raison du défaut de pilotage, qui tient aussi à la mécanique concrète de l'allocation des ressources pour les soins de ville. En médecine de ville, chacun va consulter, faire des examens et acheter des médicaments et se fait rembourser ensuite. De ce fait davantage de ressources sont allouées dans les zones où l'accès aux soins est plus facile car il y a beaucoup de médecins, que dans les zones sous-dotées. Par le mécanisme des remboursements ex post, les moyens sont de facto alloués en fonction des *consommations*, et non en fonction des besoins. C'est contraire à la fois à l'équité et à l'efficacité. Par ailleurs, comme il n'y a pas de point flottant, mais des tarifs fixés par les conventions médicales, les prévisions d'économies proposées pour la ville lors du vote de l'Ondam sont au mieux des prévisions, éventuellement assorties d'incitations. Aucun mécanisme ne vient imposer une limite dans les quantités de soins utilisées pour respecter l'enveloppe de l'Ondam¹⁸.

Il y a une abondante littérature économique sur les incitations engendrées par différentes formes de paiement des médecins : paiement à l'acte, capitation, salariat, paiement à la performance (P4P). Le paiement à l'acte prédomine largement en France pour la médecine de ville. Il a l'inconvénient de favoriser des comportements de demande induite et l'exercice individuel de la médecine, tout en décourageant les approches plus préventives et la coordination entre professionnels de santé. En revanche, dans certains contextes concurrentiels, il a l'avantage d'inciter le médecin à répondre rapidement aux besoins du patient et à délivrer des soins de qualité. Depuis de nombreuses années, la Cnamts développe une politique visant à introduire des paiements de type capitation ou paiements à la performance qui s'ajoutent à la rémunération à l'acte des médecins. Finalement on observe qu'en 2018 les forfaits ou primes à la performance correspondent à 12% des rémunérations des généralistes. L'effet des modifications introduites par la Cnamts n'est pas négligeable, mais reste marginal.

De façon générale, la politique menée en France a consisté à ne jamais remettre en cause l'architecture du système ni la prédominance du paiement à l'acte et à ajouter quelques minces lignes budgétaires pour favoriser les parcours de soins. Les agences régionales de santé (ARS) conçues à l'origine pour coordonner les soins entre la ville et l'hôpital, n'ont jamais eu les moyens d'accomplir cette mission, n'ayant qu'une marge d'action budgétaire limitée à moins de 2% des dépenses couvertes par la Sécurité sociale. Ainsi, dans l'Ondam de 2019 qui est égal à 200,4 Md€, les dépenses relatives au Fonds d'intervention régional représentent 3,5 Md€, soit seulement 1,7 % du total.

¹⁷ La question de la responsabilisation du patient est évidemment beaucoup plus complexe que le simple résumé que nous faisons ici. Pour une discussion plus précise, voir Dormont B. *et al.* (2014)

¹⁸ Et les tarifs ne baissent pas non plus pour respecter l'enveloppe, comme c'est le cas pour l'hôpital.

Pour arrêter les saupoudrages financiers inopérants et changer véritablement les choses, il faut repenser entièrement le fonctionnement du système de santé et les circuits de financement, comme nous l'avions proposé dans une note du Conseil d'Analyse économique (Askenazy P. *et al.*, 2013). Il faut rompre avec l'organisation administrative en sphères séparées, c'est-à-dire fusionner l'Ondam hospitalier, l'Ondam de ville et l'Ondam médico-social, et allouer les moyens à une entité locale sur le modèle des Primary care trusts ou des Clinical commissioning groups britanniques¹⁹. Ces entités pourraient être les Agences régionales de santé, sauf que les régions actuelles sont vraisemblablement trop grandes. Il faudrait donc se situer à un niveau infrarégional. Ces entités auraient en charge l'organisation des soins sur un territoire donné et coordonneraient à la fois les soins hospitaliers, la médecine de ville et les établissements médico-sociaux. Elles recevraient pour chaque citoyen dont elles auraient la charge une dotation budgétaire correspondant à la prévision de ses besoins en matière de soins. Pour l'ensemble de la population dont elles piloteraient les soins, elles auraient donc une enveloppe budgétaire correspondant à l'ensemble de ces dotations, à charge pour elles d'organiser la prise en charge en ville, à l'hôpital et dans le médico-social.

Pour définir l'allocation budgétaire en fonction des besoins d'un territoire en matière de santé on peut utiliser les données administratives de la Cnam qui sont recueillies actuellement pour le suivi des remboursements. Ces données permettent de suivre les parcours de soins et les dépenses des assurés sociaux. A partir de ces informations sur les dépenses passées, on peut facilement calculer l'espérance mathématique de la dépense de soins pour un individu de tel sexe, tel âge, et avec telle ou telle maladie chronique, et donc prévoir raisonnablement les dépenses de soins d'une population en fonction des caractéristiques des individus qui la composent, compte tenu des pratiques médicales qui ont prévalu dans les années précédentes. Evidemment, ce n'est pas une mesure des *besoins* de soins, grand mot et concept difficile à circonscrire. C'est plutôt une mesure assez exacte d'une allocation équitable des ressources de la Sécurité sociale aux individus, compte tenu de leurs caractéristiques. Une allocation beaucoup plus égalitaire que celle qui prévaut actuellement, où l'hôpital est excessivement serré sur le plan budgétaire et où en ville on dépense plus là où on consomme plus, quels que soient les besoins. Le nouveau système consisterait à allouer à l'entité infra-régionale des ressources ex ante, à charge pour elle d'organiser l'offre de soins en tenant compte des besoins de la population et de ses choix stratégiques en matière de pilotage budgétaire.

Ce changement de système aurait plusieurs conséquences. Il impliquerait de rompre avec les conventions *nationales* entre Sécurité sociale et syndicats de médecins qui définissent des règles homogènes sur tout le territoire français et ne permettent pas de faire évoluer les choses. Ces conventions seraient remplacées par des appels d'offre passés par les entités infrarégionales et les professionnels de santé se regrouperaient pour répondre à ces appels d'offre²⁰. Pour la médecine de ville, des modes de paiement différenciés pourraient cohabiter au sein d'un même territoire, ou entre territoires, reflétant l'hétérogénéité des préférences des professionnels de santé quant à l'organisation de leur exercice, mais aussi les différences locales d'organisations spatiales et de caractéristiques sanitaires et socio-économiques des populations. On pourrait par exemple imaginer plus de paiement à l'acte dans telle zone géographique, et plus de centres de santé avec des médecins salariés ou payés à la capitation dans telle autre.

Pour l'hôpital, il faut rompre avec les dérives de la T2A pour appliquer enfin de façon raisonnable un système de financement au forfait. En particulier, les forfaits doivent être définis sur la base du coût moyen par séjour dans une pathologie donnée, calculé à partir d'un échantillon d'hôpitaux

¹⁹ Les Primary care trusts (PCT) ont été mis en place à partir de 2001 et remplacés en avril 2013 par les Clinical commissioning groups. Au départ, il y avait 303 PCT en Angleterre, couvrant chacun une moyenne de 160 000 individus.

²⁰ On peut penser aussi aux Accountable care organizations (ACO) développées aux Etats-Unis. Voir Léandre C. *et al.* (2017)

de référence. En conséquence, les tarifs hospitaliers doivent rester fixés au niveau national, même si dans le nouveau système c'est l'entité territoriale qui est en charge de la totalité du parcours de soins. Le système du point flottant doit être abandonné ainsi que la manipulation des tarifs pour inciter à pratiquer certains actes. Pour limiter l'incitation à la multiplication des actes, on peut recourir à l'application d'un tarif dégressif en fonction d'un seuil d'activité défini pour chaque hôpital et chaque pathologie. La dégressivité des tarifs a été introduite en 2015 avant d'être abandonnée en 2018 pour des motifs qui restent à comprendre. Très décriée par certaines fédérations hospitalières, elle n'a pas été réellement évaluée et on ignore le détail de ses modalités d'application. Dans tous les cas, la dégressivité est préférable au point flottant, car elle évite une externalité entre hôpitaux liée à la suractivité de certains d'entre eux, externalité qui incite à la multiplication des actes et qui peut se traduire – nous l'avons vu - par des tarifs inférieurs au coût pour un établissement parfaitement efficace²¹.

Le pilotage de l'offre de soins au niveau territorial et la diversification des modes d'organisation peuvent signifier que d'un territoire à l'autre, pour une même pathologie, un patient pourrait être pris en charge ici à l'hôpital, là en cabinet de ville ou en centre de santé avec un mode de règlement différent du praticien. Cette possibilité est ouverte, avec un système qui serait plus équitable qu'aujourd'hui, car il y aurait une meilleure répartition des moyens, à pathologie et patient comparable. Cependant, il faudra impérativement mettre en place une observation suivie des performances de chaque entité infra régionale, afin de garantir l'égalité de traitement²².

On pourrait se dire que le système ici proposé est proche des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) introduites par la loi de modernisation du système de santé de 2016, qui encouragent le regroupement des professionnels sur un territoire sur la base du volontariat. Ce projet a été repris par le gouvernement suivant dans la réforme « ma santé 2022 » annoncée à l'automne 2018. Partant du constat de l'insuffisante efficacité de la médecine ville, il cherche à développer les CPTS pour rendre responsable des groupes de professionnels de santé de la prise en charge d'une population sur un territoire. Mais comme toujours on ne change presque rien aux circuits de financement : c'est toujours le ministère qui finance l'hôpital et la Cnam qui finance les soins en ville par des remboursements. Pour les CPTS on a dégagé quelques lignes budgétaires qui restent marginales et sont loin de permettre de rompre avec l'existant. Si, comme cela était revendiqué, on voulait vraiment suivre le modèle américain des *Accountable care organizations* (ACO), il fallait donner à la structure un budget correspondant à ce que j'ai décrit plus haut, à savoir l'ensemble des dépenses prévues en ville, à l'hôpital et en médico-social pour la population en charge.

Les choses ne pourraient vraiment changer que si une entité infra régionale avait tous les budgets en main. Pour prendre un exemple, on pourrait réduire l'engorgement des services d'urgence en mettant en place une permanence des soins en ville dans des maisons de soins ouvertes 24 heures sur 24. Pour l'instant aucun acteur du système de soins n'est réellement motivé à agir dans ce sens, car avec les financements en silos séparés les économies faites à l'hôpital n'iraient pas financer la dépense liée au déploiement de la permanence des soins en ville. Plus généralement, la séparation des sphères administratives pour la ville et l'hôpital conduisent au fait qu'améliorer les parcours engendre des

²¹ On ne peut pas résumer en quelques lignes toutes les dimensions de cette question complexe. Disons rapidement encore qu'il conviendrait de panacher le forfait avec des éléments du coût observé par hôpital afin d'éviter qu'il y ait des incitations à sélectionner ou à discriminer les patients (Dormont B., 2014). Par ailleurs, le plafond de la dégressivité doit être assez élevé pour ne pas nuire aux effets vertueux de la concurrence en qualité.

²² Cette nécessité est soulignée pareillement par Paraponaris P. et Ventelou B. dans le chapitre 6 de cet ouvrage.

pertes de recettes pour l'hôpital, qui ne peut pas coopérer facilement à poursuivre un tel objectif²³. Il faut une entité unique au niveau local qui ait tous les budgets en main.

Cette transformation du système impliquerait que le conventionnement serait sélectif et conditionné au respect d'un cahier des charges défini lors de la contractualisation. Aujourd'hui les médecins bénéficient de la liberté d'installation et sont conventionnés par la Sécurité sociale qui rembourse alors la consultation au tarif conventionnel. Les spécialistes peuvent sous certaines conditions s'installer en secteur 2 ce qui les autorise à pratiquer des dépassements d'honoraires. Or actuellement il y a des déserts médicaux, avec trop peu de généralistes, où les assurés sociaux ont du mal à trouver un médecin traitant. Il y a aussi des zones où il est quasiment impossible de voir un spécialiste qui ne pratique pas de dépassement d'honoraires. Grâce au conventionnement sélectif, l'entité organisatrice pourrait maîtriser l'organisation de l'offre de soins afin de garantir à tous un égal accès aux soins au tarif conventionnel. Précisons qu'il ne s'agit pas de revenir sur la liberté du médecin dans le cadre de la médecine libérale, ni d'interdire le secteur 2. C'est pour cela qu'il faut un pilotage fin au niveau infra régional et admettre une diversification des modes de pratiques. L'idée est de développer la contractualisation en s'adaptant à la diversité des préférences des médecins et en prenant en compte les caractéristiques des populations concernées.

Cette nouvelle organisation nécessiterait de consacrer des moyens à la mise en place d'indicateurs de performance définis de manière identique au niveau national, afin de pouvoir comparer les réalisations des entités territoriales chargées de l'organisation des soins. De tels indicateurs seraient destinés à mesurer à la fois l'accès aux soins, comme par exemple les délais d'attente pour avoir une prothèse de hanche ou pour voir un dermatologue, et la possibilité d'accéder aux soins au tarif conventionnel. La qualité des soins doit être aussi suivie, ainsi que le degré d'inégalité dans l'accès aux soins.

La transition vers un tel système n'est pas facile à penser. Un tel changement peut rencontrer une opposition chez certains médecins hostiles à tout changement pouvant éroder un peu l'actuelle liberté dans l'exercice libéral. Il peut aussi soulever l'opposition des administrations en charge du système de soins parce qu'il remet en cause l'existence séparée de deux sphères administratives avec chacune ses prérogatives et domaines de pouvoir. Les verrous politiques existent donc, et ils ne sont pas négligeables. Un levier essentiel est que la population dans son ensemble, ainsi que les acteurs du système de soins, qui ont pris conscience des limites de l'organisation actuelle pendant la crise sanitaire, fassent pression sur les responsables politiques, qui se contentent sinon de demi-mesures qui peinent à porter leurs fruits. Encore une fois, malgré la maltraitance budgétaire imposée à l'hôpital, la France peine à atteindre l'efficacité de la dépense de santé à cause de défauts organisationnels. Aucune réforme substantielle de notre système de santé ne pourra faire l'économie d'une réflexion sur la réorganisation de l'offre de soins.

Références

- Askenazy P., Dormont B., Geoffard P.-Y., Paris V., (2013), « Pour un système de santé plus efficace », *Les notes du Conseil d'Analyse Economique*, n°8
- Blanpain N. (2018), « L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, treize ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes », *Insee Première n° 1687*
- Bozio, A. & Dormont B. (2016) « Gouverner la protection sociale : transparence et efficacité », *Les Notes du Conseil d'analyse économique n° 28*

²³ Des exemples sont développés par Cash R. (2021), présent ouvrage, chapitre 10.

Cash R. (2021), « L'articulation ville - hôpital : peut-on mieux faire ? », présent ouvrage, chapitre 10.

Gouardo C. et Lenglard F., 2019, « Où réduire le poids des dépenses publiques ? », France Stratégie, *La Note d'analyse n° 74*, janvier 2019.

Dormont B., (2009), « Les dépenses de santé. Une augmentation salutaire ? » *Opuscule du CEPREMAP*, Editions Rue d'Ulm

Dormont B., Geoffard P.-Y., Tirole J. (2014) « Refonder l'assurance maladie », *Les notes du Conseil d'Analyse Economique*, n°12, avril

Dormont B. (2014) « Heterogeneity of Hospitals », in *Encyclopedia of Health Economics*, Culyer editor, Elsevier.

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

Franc C. et Raynaud D. (2021), « Le financement du risque santé en France : quelle place pour l'assurance privée concurrentielle en complément du monopole public ? », présent ouvrage, chapitre 3.

Hall R. and Jones C. (2007), « The Value of Life and the Rise in Health Spending », *The Quarterly Journal of Economics*, pp. 39-72.

Léandre C., Townsend A. et Dozol A. (2017) « *Accountable Care Organizations*, enseignements d'un modèle développé aux Etats-Unis », Direction générale de l'offre de soins, Ministère chargé de la santé, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ipep_rapport_synthese_aco_20161209.pdf

Monziols M., Chaput H., Verger P., Scronias D. et Ventelou B., (2020), « Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19 ? », *Études et Résultats*, n°1150, Drees.

OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris.

OECD (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris

Paraponaris A. et Ventelou B. (2021) « Reçoit-on les mêmes soins partout en France ? », présent ouvrage, chapitre 6.

Samson A.-L., Schokkaert, E., Thébaut C., Dormont B., Fleurbaey M., Luchini S., Van de Voorde C., (2018), « Fairness in cost-benefit analysis: A methodology for health technology assessment », *Health Economics* ; 27:102–114