

Le secteur de santé : éclairage sur des mesures techniques

Christine Riffart, Bruno Ventelou

► **To cite this version:**

Christine Riffart, Bruno Ventelou. Le secteur de santé : éclairage sur des mesures techniques. Lettre de l'OFCE, Paris : Presses de la Fondation nationale des sciences politiques devenu Presses de Sciences-Po, 2002, pp.1-4. hal-01017817

HAL Id: hal-01017817

<https://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/hal-01017817>

Submitted on 3 Jul 2014

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.

LE SECTEUR DE SANTÉ : ÉCLAIRAGE SUR DES MESURES TECHNIQUES

Christine RIFFLART et Bruno VENTELOU

Sur la question de la dépense de santé, les principaux partis politiques semblent en accord : *on ne change rien, ou pas grand chose* ; les difficultés vécues par le gouvernement Juppé en 1995 expliquent en partie cet « affichage » quasi général de la classe politique. Au-delà du consensus et des déclarations de principe (qualité des soins, grand respect des professions de santé, meilleure coordination entre ville et hôpital, prévention), c'est dans la nuance et par des *mesures techniques* que se distinguent les programmes. Il faut néanmoins y être attentif, car lorsqu'une mesure technique, comme le paiement à la pathologie, est susceptible de modifier le mode de fonctionnement d'un secteur représentant près de 5 % du PIB et des emplois français — i.e. le secteur hospitalier français, un éclairage et une évaluation sont, au minimum, nécessaires. Au total, le secteur de la santé représente près de 10 % du PIB et constitue un des trois postes de dépenses les plus importants des ménages.

Dans leur ensemble, les partis cherchent à tout prix à se distinguer de la « maîtrise comptable » de la dépense maladie (fixer des objectifs globaux et sanctionner les dépassements) : peu importe le montant global de la dépense et son évolution naguère jugée trop rapide, c'est la *qualité* qui semble désormais compter avant tout. Nous reviendrons sur ce discours « politique » qui cache néanmoins des *inquiétudes* toujours persistantes sur le bien-fondé de la dérive de la dépense de santé, mais qui préfère les taire par peur de l'affrontement. Pour décrire les programmes des grands partis, on peut considérer quelques mesures phares¹ et voir si (et comment) elles sont défendues par ceux-ci (voir tableau p. 2).

La médecine ambulatoire

Pour la médecine ambulatoire, on assiste à un bel unanimité : d'abord une réaffirmation générale de l'organisation en « réseau » et une volonté de décentraliser les contrôles. Il y a une certaine cohérence dans ces deux réformes puisqu'on entend d'abord par « réseau » une meilleure coordination (répartition des tâches) entre ambulatoire (généralistes et spécialistes) et hôpital. L'échelon de contrôle de l'hôpital étant désormais la région (avec les ARH, Agences régionales d'hospitalisation), il est

logique d'étendre le mouvement de régionalisation à l'autre entité avec laquelle on veut obtenir la coordination : les ARH seraient transformées en ARS (Agences régionales de santé) et verraient donc leur *pouvoir de contrôle* étendu au secteur ambulatoire. Il faudrait alors trouver les moyens d'articuler ce (nouveau) contrôle avec celui déjà opéré par les CRAM, en tant qu'organisme déconcentré de la CNAM, l'assureur principal et « conventionneur ».

Une seconde acception de « réseau » consiste aussi à réactiver l'idée de *référént*, avec le médecin de famille (le généraliste) qui devient une *porte d'entrée obligatoire* des patients dans le secteur de santé, ceci afin d'obtenir une certaine rationalisation des trajets des patients dans le secteur² et une sorte de *gestionnaire* pour le compte du patient de sa dépense de santé. Cette réforme d'ampleur n'est jamais franchement défendue (les échecs du gouvernement Juppé restent en mémoire), bien que parfois suggérée à demi-mot (PS : « participation du médecin à la politique de santé publique », UDF : « place centrale du généraliste »). La réforme, déjà perçue comme une atteinte à la liberté du patient, a cependant un corollaire, qui est lui aussi susceptible de faire des vagues : la *réforme des modalités de paiement en ambulatoire* (évoquée par le PS, MDC et le RPR³), avec la création d'un forfait. En effet, à partir du moment où l'on transfère la compétence de *référént* au médecin généraliste,

1. Les mesures choisies sont représentatives de l'essentiel des programmes. Les auteurs ont utilisé les programmes des partis politiques tels que disponibles sur leur site web au milieu du mois de février. Cinq partis ont à cette date consacré au moins une section de leur programme au secteur de santé. Ce procédé de sélection — arbitraire — peut conduire à négliger des prises de position, plus récentes, ou sur d'autres media. Une manière plus positive de présenter les choses consiste à relever que les autres partis n'ont pas jugé utile de prendre position sur la dépense de santé, ce qui d'ailleurs peut se légitimer si l'on considère que l'évolution des dépenses maladie n'a pas à dépendre du contrôle politique.

2. Pour éviter les consultations multiples et inutiles de spécialistes ; éviter les actes inutiles, induits et pratiqués par un secteur privé maximisateur de rente.

3. DL envisage, de son côté, un passage progressif à la rémunération à la pathologie, plutôt qu'à l'acte (ce qui est cohérent avec l'idée de référént). Voir encadré p. 4.

LES GRANDES POSITIONS DES PARTIS POLITIQUES SUR LA RÉFORME DU SECTEUR SANTÉ

Partis	Secteurs concernés			Assurance Maladie : Modes de financement et organisation	Prévention et R&D
	Ambulatoire	Hospitalier	Médicaments		
Parti Socialiste	« réseau » et forfait ; régionalisation du contrôle	—	Génériques, Plus rigoureux dans les critères d'évaluation	Fongibilité des enveloppes	Position sur les antirétroviraux
Mouvement Des Citoyens	« réseau » et forfait ; régionalisation du contrôle	Oui pour le paiement à la pathologie	Génériques	Fongibilité des enveloppes ; Plus d'autonomie des CRAM	—
Rassemblement Pour la République	« réseau » ; régionalisation du contrôle	Oui pour le paiement à la pathologie	Génériques, « Cohérence temporelle »	Fongibilité des enveloppes	—
Union pour la Démocratie Française	« réseau » ; régionalisation du contrôle	Oui pour le paiement à la pathologie	Génériques	Fongibilité des enveloppes	Enveloppe dédiée à la prévention
Démocratie Libérale	« réseau » ; régionalisation du contrôle	Oui pour le paiement à la pathologie	Génériques	Fongibilité des enveloppes ; Eclatement du syst. national par concurrence des caisses régionales	—
Part du secteur dans le PIB	2,5 %	4,1 %	1,8 %		

Source : Auteurs.

il devient nécessaire de le rémunérer, et donc d'adopter un schéma de paiement *autre* que l'historique paiement à l'acte ; puisqu'il n'y a plus un acte isolé (une consultation), mais une continuité de prestations de service, des formules « d'abonnement » s'imposeraient à terme. Les exemples étrangers (Allemagne, Suède, Suisse, États-Unis) montrent que l'abonnement peut fonctionner et être socialement utile. Elles sont cependant très impopulaires chez les professions de santé, inquiets d'une relation, *a priori* inexistante, entre « capitation » (abonnement du patient chez un médecin) et médecine salariée britannique.

L'hôpital

A l'hôpital, il est aussi question de modification de schéma de paiement : cette fois, le mouvement va dans l'autre sens, puisqu'on passerait de la situation actuelle du « budget global » (voir annexe) à une rémunération se rapprochant du paiement à l'acte : le paiement dit « à la pathologie ». Le principe du financement par pathologie est le suivant : en France le programme PMSI — programmes médicalisés des systèmes d'information — met en place une nomenclature en « groupes homogènes de malades » ; on regroupe les malades par grands types de maladie, définis par une proximité de pathologie et de traitement ; grâce à cela, on dispose d'une mesure de l'activité de l'hôpital. L'établissement aura traité tant de malades relevant du groupe « Infarctus du myocarde » (GHM : I21-I22), tant de malades atteint de « sénilité » (GHM : R54), etc. A partir de cet outil de mesure de l'activité standardisée des établissements hospitaliers, l'idée est alors de financer l'hôpital sur la base du nombre de pathologies effectivement traitées ; l'hôpital recevra un prix donné pour chaque individu traité dans un groupe thérapeutique homogène ; et ce quel que soit l'hôpital, public ou privé⁴, ou sa situation géographique. Exemple : x euros pour le traitement de « l'infarctus du myocarde », y euros pour une « sénilité »... Les sommes x et y sont calculées en fonction du coût de traitement de la maladie. Le paiement à la pathologie permet donc d'aligner *in fine* les coûts de traitement de chaque pathologie sur les services les moins dispendieux ; il crée une « concurrence fictive » entre les hôpitaux (qui sont tenus d'adopter un prix unifié) et instille, si l'on veut, de l'efficacité marchande dans l'hôpital public.

Ce système est rarement défendu comme modalité « pure » de financement des hôpitaux. Des *surcoûts* doivent être acceptés, par exemple lorsqu'un hôpital exerce, en plus, une fonction de recherche (dans les grandes zones urbaines), une mission d'incorporation des nouvelles technologies, ou une fonction d'aménagement du territoire (dans les zones rurales). Toute la subtilité du système repose justement sur les proportions respectives de la somme fixe allouée à l'hôpital pour ses fonctions « hors jeu concurrentiel », et de la somme variable fonction de l'activité (la proportion dans laquelle l'hôpital est traité comme une entreprise privée concurrentielle). Les partis politiques, néanmoins, ne précisent pas dans quelle proportion le paiement à la pathologie doit s'installer ; certains partis semblent croire que le système pourrait être appliqué très largement (DL, RPR). Ils ne précisent pas dans quelle mesure, et comment, l'hôpital déclaré déficitaire dans ce jeu de paiement sera sanctionné (fermeture ?). Enfin, les ajustements nécessaires (réduction d'effectifs, intensification du travail) sont diplomatiquement passés sous silence. La compression des gaspillages est vue comme un « tour de magie », opéré par la simple mutation des schémas de paiement. L'OFCE, dans une étude parue en 2000, a calculé qu'un gain d'efficacité d'environ 10 % (évaluation basée sur un rapport de la CNAM) se soldait par une perte d'environ 80 000 emplois⁵. Enfin, la question de la « qualité », qui passe d'abord et surtout par celle de la nomenclature originelle, reste entière ; il serait avant tout nécessaire de s'interroger sur ce qu'est réellement le « produit hospitalier » : une simple mécanique thérapeutique ? Un traitement de maladie avec prise en considération du confort du malade ? Un système de resocialisation de la personne ? La nomenclature, comme toute modélisation rationnelle du réel, introduit des risques réductionnistes (voir schéma).

4. Ce système est déjà appliqué pour le secteur privé hospitalier.

5. G. Dupont, E. Heyer, Timbeau X. et B. Ventelou, « L'impact macroéconomique des réformes du secteur de santé français », *Revue de l'OFCE*, n° 76, Janvier 2001. Ici on suppose que les sommes économisées sur les gaspillages ne sont pas réinvesties dans le secteur de santé. L'hôpital est un employeur à 30 % de travail médical qualifié (médecins, infirmiers) et à 70 % de « travail non médical » (administration, personnel auxiliaire, etc.) : c'est essentiellement sur le second type d'emploi que porterait l'ajustement.

Médicaments, prévention, recherche

Pour ce qui concerne les « médicaments », les programmes des partis oscillent entre la sévérité paternaliste et l'indulgence coupable envers un secteur important de l'industrie nationale. Le PS serait plutôt « père sévère » avec une menace de déremboursement des médicaments sans effets thérapeutiques. Les partis de droite insistent sur la « cohérence temporelle » de la politique de remboursement, c'est-à-dire que les décisions de remboursement ne varient pas de manière discrétionnaire d'une année sur l'autre. En général, on cherche à préserver une industrie hexagonale, dont on sait bien que les incitations à la recherche (brevets) et même la survie (face à la concurrence internationale) dépendent des « pseudo-marchés publics » créés par le système de santé socialisé. Il est cependant tout à fait possible que l'intervention à mener soit plus utile, en amont, sur les prescripteurs, avec par exemple l'idée de généraliste référent, plutôt que sur l'industrie pharmaceutique elle-même, en aval de la prescription. Tout dépend de ce que l'on veut contrôler : la dépense « prescrite » étant remboursée, ce sont les fonds publics qui sont en jeu (par la feuille d'assurance maladie) ; les autres dépenses (confort, esthétique, ...) relèvent du libre choix et du porte-monnaie des ménages ; faut-il alors intervenir ?

Peu de choses sont dites sur la politique industrielle du médicament. Seul le PS aborde la problématique des brevets, qui entravent, compte tenu des accords passés sous l'égide de l'OMC, la vente des médicaments anti-rétroviraux (traitement du SIDA) pour les pays du Sud.

Assurance maladie, financement et organisation

Examinons, non plus le « secteur de santé » vu comme producteur de services de santé, mais « l'assurance santé » comme institution de socialisation du risque. Il y a eu ces vingt dernières années, de manière rampante, une « privatisation » de l'assurance santé, avec des risques d'inégalité (le degré de prise en charge par la Sécurité sociale du total des dépenses de santé est passé de 79,4 % en 1980 à 72,5 % en 1999). Trois attitudes sont possibles.

— La première pourrait consister à revenir à une vision plus « beveridgienne » : la santé est un bien public ; sa gestion et son financement relève de l'État ou de la protection sociale ; les substitutions vers le secteur mutualiste et les assurances santé privées (liées à la hausse du ticket modérateur et au

déremboursement de certaines dépenses-médicaments) sont une trahison de l'esprit initial. Aucun parti ne veut réactiver cette vision ; l'argumentaire pragmatique de la « pression fiscale » semble interdire toute réévaluation à la hausse de l'assurance santé publique dans l'économie ; la possibilité de dérive liée à une myopie des patients ou des professionnels est aussi un argument.

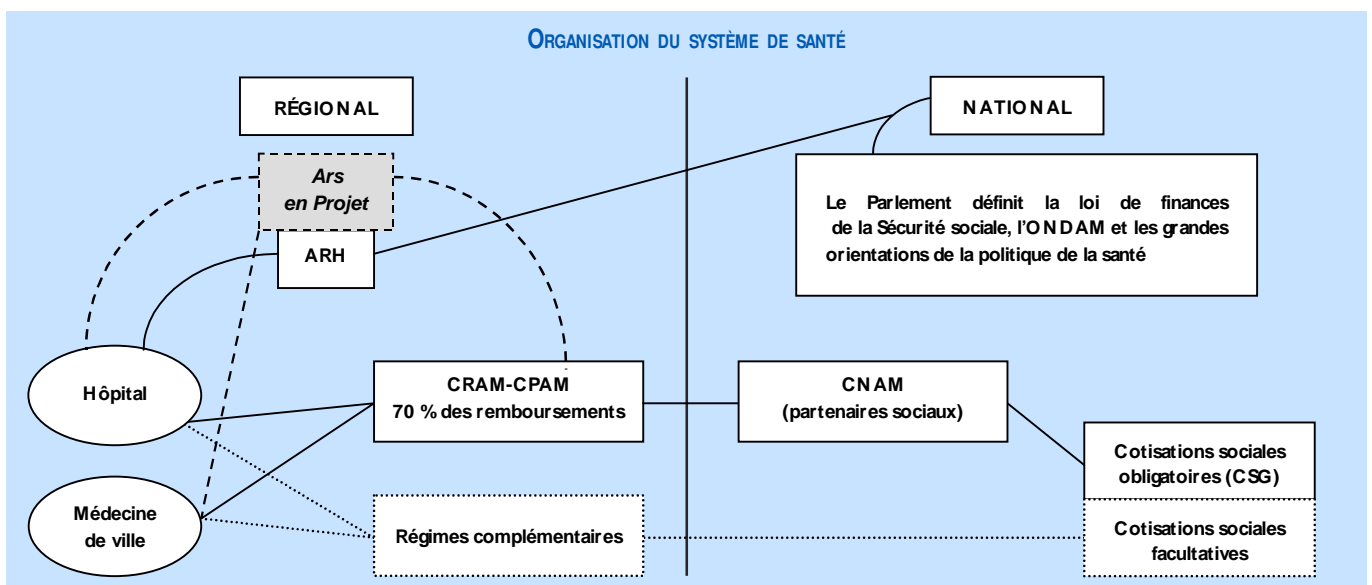
— La seconde consiste à maintenir le système actuel : un assureur « public » unique (paritaire en principe ⁶), la CNAM, avec des taux de remboursement de l'ordre de 70 %, complété par un système mutualiste et privé.

— La « troisième voie » consiste à prolonger le mouvement, à décentraliser plus encore l'assurance maladie, et à ouvrir le système à la concurrence de caisses décentralisées, gérées selon le système allemand (DL).

Pour tous les partis, le Parlement reste chargé de fixer les grandes orientations de la politique de santé publique, et de garantir le maintien de l'équité dans l'accès aux soins. Il continue également de voter le budget géré par la CNAM : ressources et dépenses (via l'ONDAM, Objectif national des dépenses d'assurance maladie). Néanmoins, face aux risques de dérapage, le principe de la « maîtrise comptable » des dépenses est abandonné au profit d'une « maîtrise médicalisée » (UDF, RPR, PS, MDC), dont les modalités seraient définies dans un accord cadre national, conclu entre l'État, les caisses et les professionnels de la santé (RPR). Si dépassement des objectifs il y a, la sanction serait individualisée et non plus collective.

Dans leur ensemble, les partis ne remettent pas en cause le schéma de financement du système général de Sécurité sociale, c'est-à-dire la centralisation par la CNAM des cotisations sociales payées par les employeurs et les salariés. Tout au plus cherchent-ils à le simplifier : le MDC et le PS proposent de remplacer les cotisations patronales par une taxe sur la valeur ajoutée de l'entreprise afin d'abaisser les coûts pesant sur la main-d'œuvre ; le RPR propose une redéfinition du partage des rôles entre les régimes obligatoire et complémentaire (le premier devant rembourser tous les soins de la même manière pour tous, et le second offrant des couvertures plus diversifiées et individualisées ; pour promouvoir ce système, des déductions fiscales ou bien des aides progressives, genre APL, sont proposées

6. Dans les faits, les syndicats patronaux ne participent plus à la gestion de l'assurance maladie.



afin de réduire l'effet de seuil lié à la CMU). Seule DL réfute la mainmise de l'État sur les cotisations, qui « doivent rester sous la responsabilité des cotisants afin que ceux-ci puissent choisir au mieux leur caisse de remboursement » ; on s'orienterait ainsi sur un modèle à l'allemande avec une mise en concurrence des caisses régionales et une réelle décentralisation du financement.

Les propositions sont plus innovantes dès lors que l'on se rapproche du terrain. Tous les partis souhaitent accroître la légitimité des caisses régionales (CRAM), en améliorant le mode de représentation aux conseils d'administration et en favorisant des élections libres où, en plus des élus locaux et des partenaires sociaux, siègeraient des professionnels de la santé et des représentants d'usagers ; les instances régionales seraient donc « cogérées » par l'ensemble des intervenants du secteur. Le rôle des caisses régionales diffère malgré tout selon les partis de droite et de gauche. Pour les partis de gauche, cette démocratisation-régionalisation des caisses vise davantage à s'assurer du principe d'égalité de l'accès aux soins. A droite (UDF et RPR), elle est là pour donner une bonne évaluation des besoins et pour les faire remonter au niveau national. Enfin, les partis voudraient regrouper les budgets alloués à l'hôpital et la médecine de ville : c'est la « fongibilité des enveloppes », qui constitue le pendant logique de la « mise en réseau » des différentes structures de soins au niveau de l'hôpital et de la médecine de ville, et notamment d'une meilleure coopération entre les établissements privés et publics (MDC). Les Agences régionales de la santé (ARS), étroitement associées aux CRAM et basées sur le modèle des Agences régionales d'hospitalisation (ARH), joueraient le rôle d'exécutif local et s'assureraient du bon respect de la notion de « maîtrise médicalisée » des dépenses.

La fin des rationnements quantitatifs ?

Les mesures proposées par les partis politiques en matière de santé sont ambiguës. Elles semblent être inspirées par un constat alarmiste sur la dérive de la dépense de santé et sur la nécessité de contrôler sa progression. Mais elles hésitent à affronter les patients et les professionnels de santé, qui sont logiquement les deux « parties prenantes » de cette dynamique haussière. La croissance des dépenses de santé est effectivement plus rapide que celle du PIB (légèrement : 3 % contre 2,5 sur les cinq dernières années) : à terme, ce décalage des rythmes de progression pose un problème d'équilibre à l'assurance maladie. Il faut cependant faire trois remarques.

— Le décalage reste pour l'instant faible (mais le vieillissement de la population risque de l'accroître⁷) et, lorsque la France retrouve des taux de croissance de l'ordre de 3 % en volume, les rentrées de cotisations suffisent à financer les progressions (*Revue de l'OFCE*, n° 76, 2000). Une solution serait aussi d'augmenter les taux de cotisation pour répondre à ce besoin supplémentaire de soins (aucun parti n'adhère à cette idée, qui augmenterait les « charges sociales »).

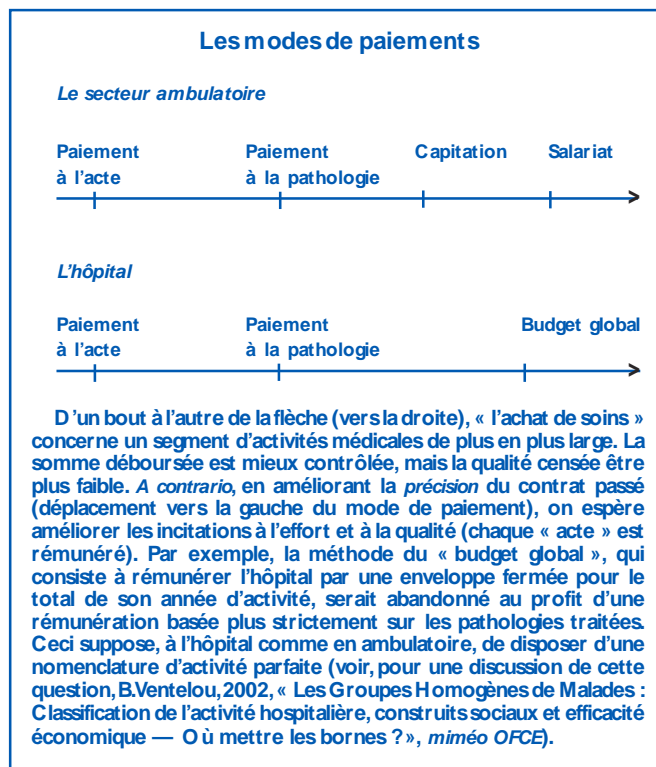
— Les mesures de « rationnement » envisagées jusqu'ici face à cette dérive n'ont porté leur fruit que dans le secteur hospitalier, le secteur ambulatoire restant largement incontrôlable. Il y a, de fait,

une inégalité de traitement entre ces deux sous-secteurs (au cours des trois dernières années : hausse annuelle en volume de 1,5 % pour l'hôpital, contre plus de 3 % pour les soins ambulatoires, et 6 % pour les médicaments !), qui s'explique par la facilité de contrôle du premier sous-secteur, public essentiellement. Or on peut se demander si une telle option (par défaut) est réellement soutenable sur le long terme. Une fois encore, avec le PMSI, c'est l'option « réforme sur l'hôpital » qui semble être choisie.

— Certaines réformes du secteur ambulatoire, telles que la réactivation du *référént*, proposées à demi-mot, vont dans le bon sens, mais les conséquences en termes de réorganisation du sous-secteur et, surtout, de *schémas de paiement* sont, soit négligées, soit passées sous silence. Qui aura le courage de s'opposer au lobbying politico-médical d'une corporation qui se sait « experte » en son domaine, capable de mobiliser les foules, et donc, pense se situer au-dessus des décisions gouvernementales ?

De fait, la « dérive » de la dépense de santé peut apparaître relativement bien-fondée : vision renouvelée de ce qu'est le corps et sa participation au bien-être individuel ; vieillissement et durée de vie ; meilleur comportement préventif. Le « planificateur bienveillant » voudrait cependant en avoir la certitude ; et discriminer, au sein de l'augmentation générale, les éléments légitimes ... et les gaspillages de ressources. Pour cela, il faut qu'il se dote d'un système microéconomique mieux contrôlé (une assurance maladie plus efficace dans sa fonction d'acheteur de soins) ; c'est grâce à ces réformes structurelles — techniques — qu'il peut envisager, ensuite, de laisser évoluer un secteur, dont la déformation à la hausse sera alors, effectivement, un choix de société.

Ce serait donc la fin de la « logique comptable ». Les hôpitaux seraient davantage concernés que les libéraux, qui y ont de toute façon largement échappé grâce à la multiplication des actes (l'ONDAM n'est jamais respecté), et qui *a priori* ne devraient guère être plus affectés par cette nouvelle « maîtrise médicalisée » ■



7. + 2 points de PIB (entre 3 et 1,5 selon les scénarios) pour la dépense de santé d'ici 2050, chiffre estimé par E. Algava et M. Plane, « Vieillesse et protection sociale », *Revue de l'OFCE*, n° 79, octobre 2001.