

Comment piloter les dépenses de santé ?

Brigitte Dormont

Université Paris Dauphine, PSL

*Sixième conférence AFSE - DG Trésor
10 décembre 2020*

- **La réponse à la crise du Covid-19**
 - Arbitrage santé-revenu
 - Arbitrage investissements dans des stocks de masques ou des surcapacités de lits/ économies à court terme
- **Champ de cette présentation**
 - Pilotage des dépenses de santé en France
 - La conduite de long terme hors crise
- **Contexte**
 - Crise à l'hôpital public
 - Déficits récurrents de la Sécurité sociale
 - Impréparation à la crise sanitaire
 - Dette sociale en croissance

Dépenses de santé: de quoi parle-t-on ?

- De quelles dépenses ?
- Distinction dépense publique/privée
 - Publique → qui donne lieu à prélèvements obligatoires
- Ces prélèvements financent l'assurance sociale
 - Concerne un panier de soins auxquels on juge que tous doivent avoir accès sans contrainte financière
 - Formes très variées selon les pays

Plan

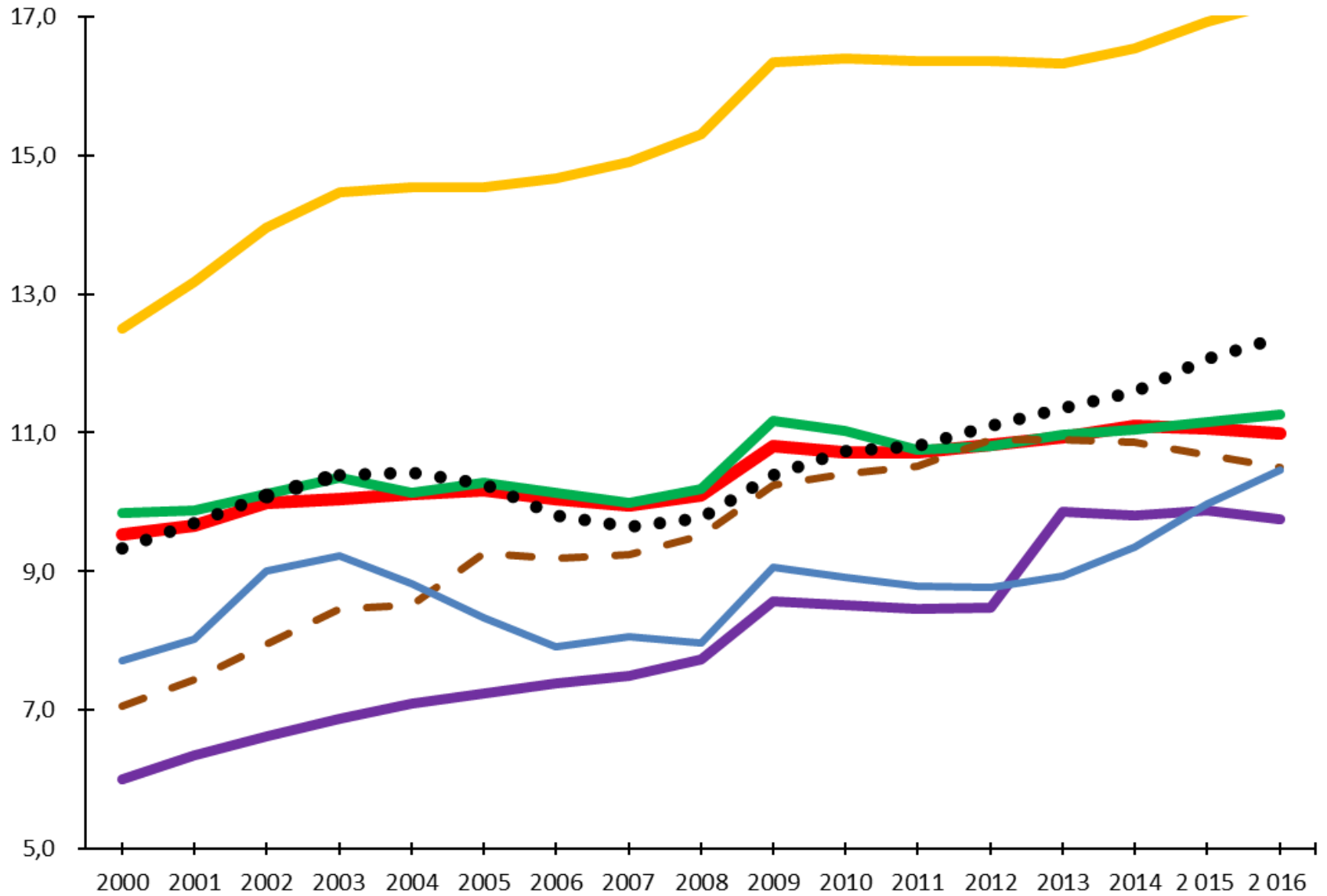
- Les tensions sur le financement de la dépense publique de santé
- La conduite de l'Ondam: les impasses actuelles
- Restructurer les circuits de financements et l'assurance-maladie

1

Les tensions sur le financement de la dépense publique de santé

- Les dépenses de santé croissent rapidement dans tous les pays
- Comparaison sur la base des données OCDE

Current expenditure on health, % of gross domestic product



France

Germany

United Kingdom

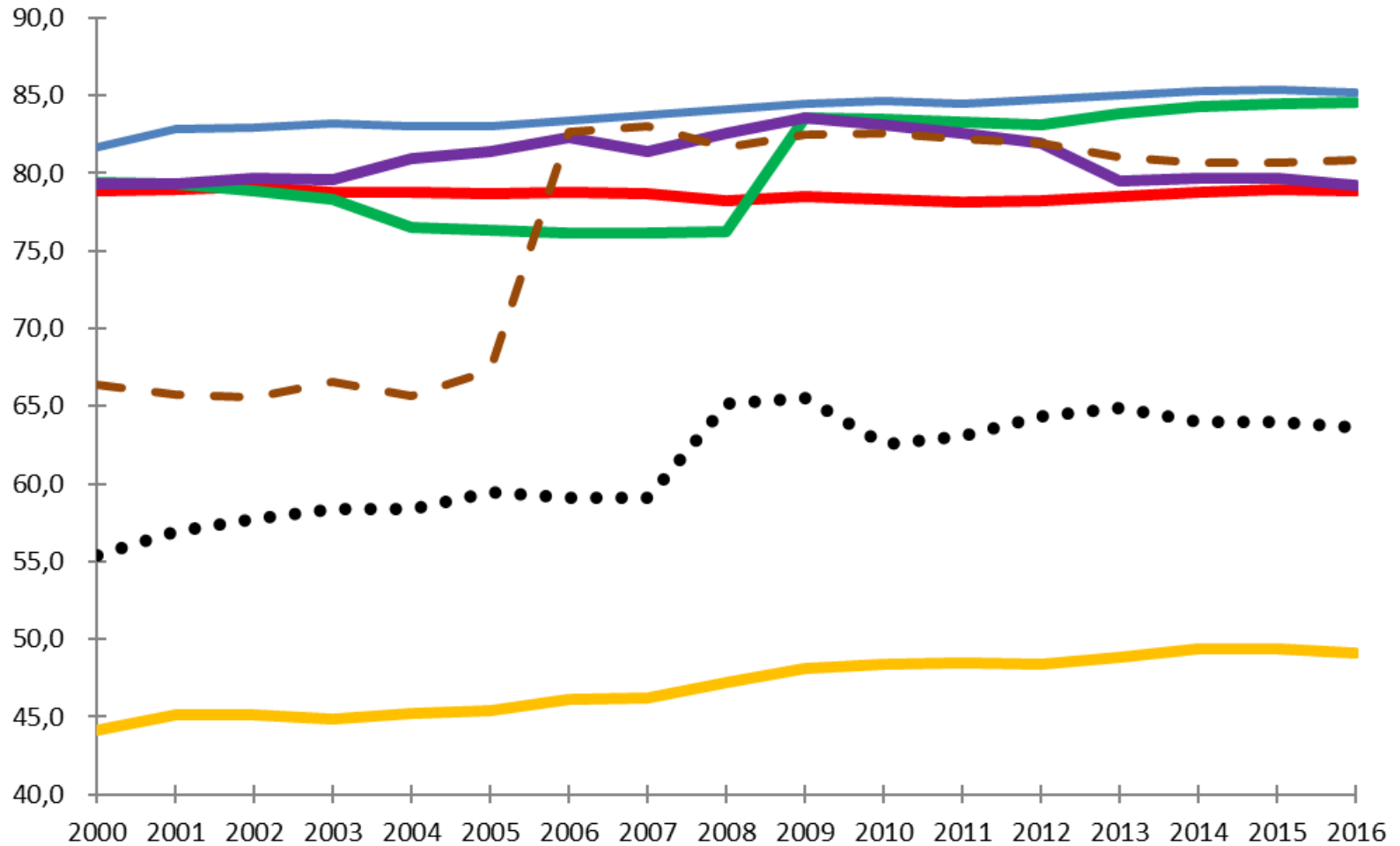
Netherlands

Norway

Switzerland

USA

Government and compulsory health insurance , share in HE (%)



- Les dépenses de santé croissent rapidement dans tous les pays
- La couverture publique est généreuse dans les pays européens
- Elle continue à progresser dans les décennies récentes
- La couverture publique n'est pas plus généreuse en France que dans d'autres pays européens

Les tensions sur le financement de la couverture publique

- Avec un taux de couverture constant, la dépense publique de santé augmente forcément en % du PIB
- Dit autrement, il faut un taux de cotisation continuellement croissant pour maintenir le taux de couverture
- Tensions qui concernent tous les pays

L'arbitrage à réaliser

- À long terme choisir entre :
 - Augmentation prélèvement obligatoires
 - Baisse taux de couverture
 - inégalités d'accès aux soins du panier
- Issue: des gains d'efficience
 - Efficience productive, allocative
 - Ne desserrent la contrainte qu'à court terme

La dépense publique de santé en France

- Un peu plus élevée en France que chez ses partenaires
- Ce n'est pas dû à une couverture publique particulièrement généreuse
- Mais à une dépense totale de santé plus élevée
 - Sans résultats nettement supérieurs
 - Particulièrement élevée pour les soins de ville

Dépenses publiques en % de PIB potentiel, 2016

- Santé
 - France 7,9 %
 - Total Europe* 6,9%
 - Pays Nordiques 7,3%
- Dont hôpital public
 - France 3,6 %
 - Total Europe* 4,1%
 - Pays Nordiques 4,2 %
- Dont santé marchande et médicaments
 - France 4,3 %
 - Total Europe* 2,9 %
 - Pays Nordiques 3,1 %

* Europe = Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, Italie, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède

- Source chiffres précédents: « Où réduire le poids de la dépense publique ? », France Stratégie, 2019
 - Travail rigoureux pour assurer une bonne comparabilité internationale sur les fonctions qui nous intéressent
 - Basé sur la *classification des fonctions des administrations publiques* élaborée par l'OCDE et l'ONU (CFAP, ou COFOG)

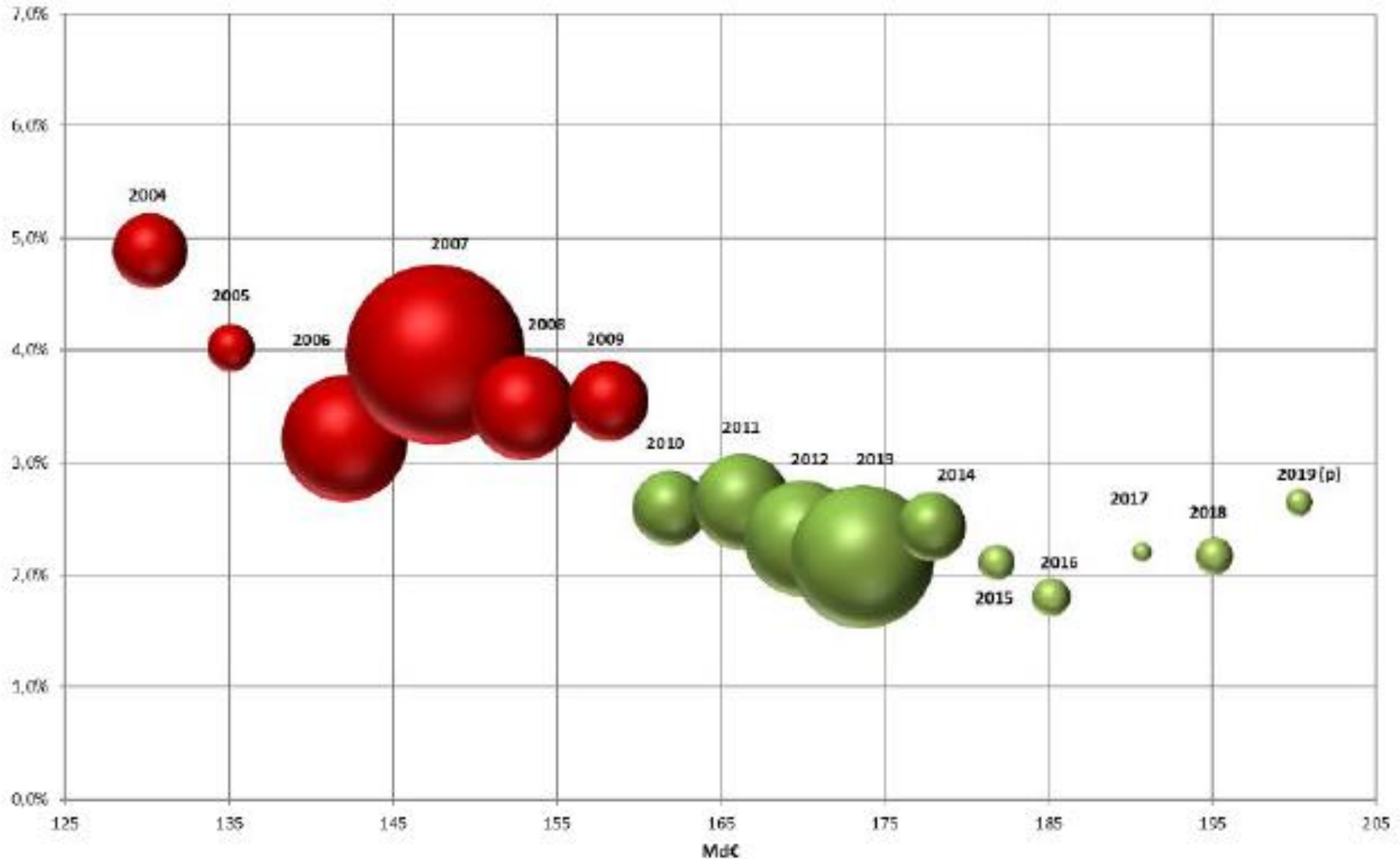
2

La conduite de l'Ondam: les impasses actuelles

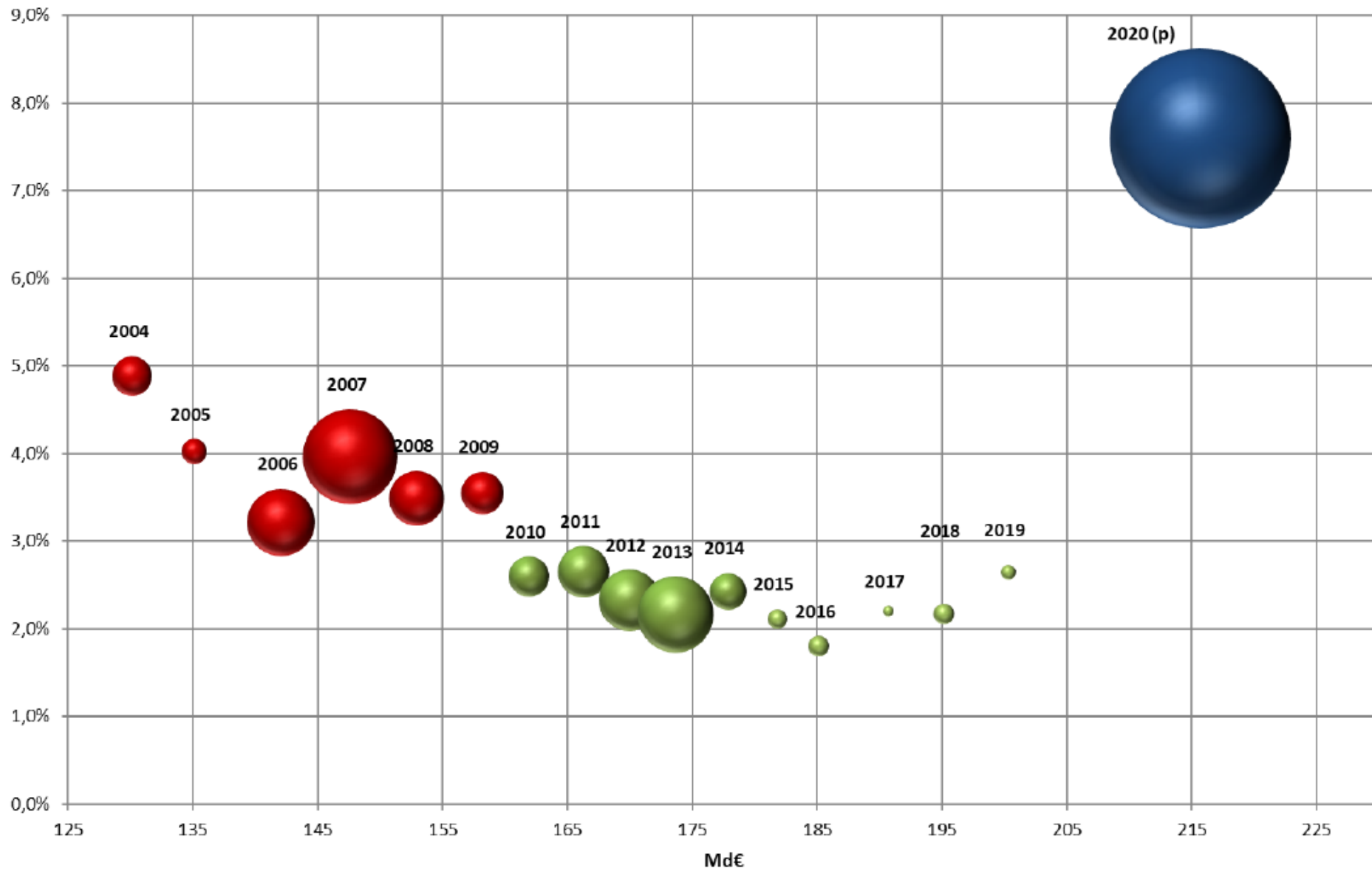
- Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)
 - Partie couverte par la sécurité sociale
 - Voté au parlement dans le cadre de la LFSS
 - Objectif et non plafond
 - Champ différent de la CSBM
- Principe : définition par la représentation nationale du niveau de dépenses de santé qui sera couvert par la solidarité

- **ONDAM: instrument de maîtrise de la dépense publique**
 - Sous-enveloppes soins de ville/hôpital
 - Applicable facilement sur les dépenses hospitalières
 - Pas sur la dépense de ville
- **Cadre institutionnel : séparation en silos des organismes en charge de piloter la dépense de ville et la dépense hospitalière**
 - absence de mécanismes permettant de maîtriser la dépense en ville
 - Application de la T2A à l'hôpital: enveloppe fermée allouée avec un mécanisme de point flottant pour définir les tarifs
- **Mais « vases communicants budgétaires »**

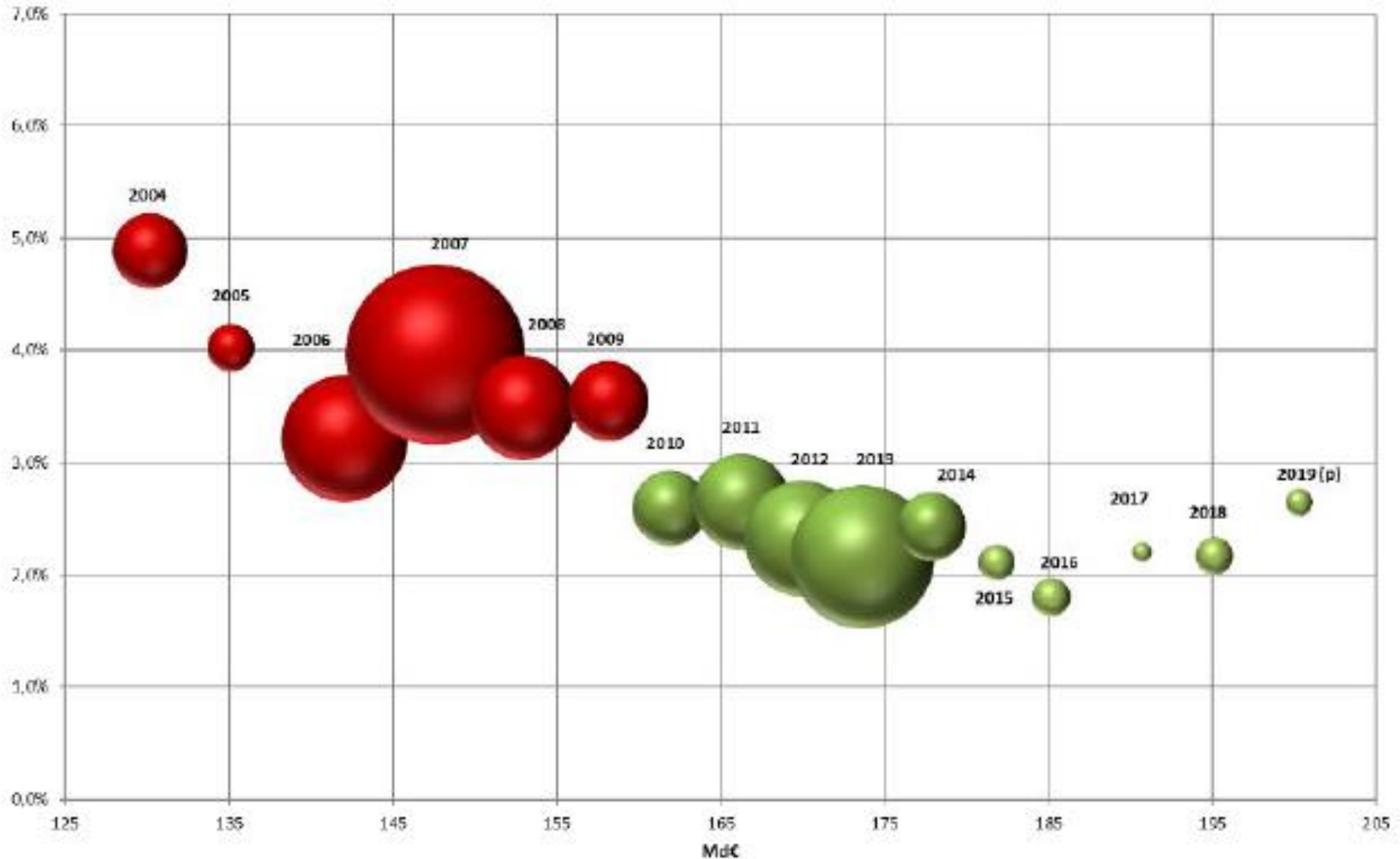
Evolutions dans le champ de l'ONDAM



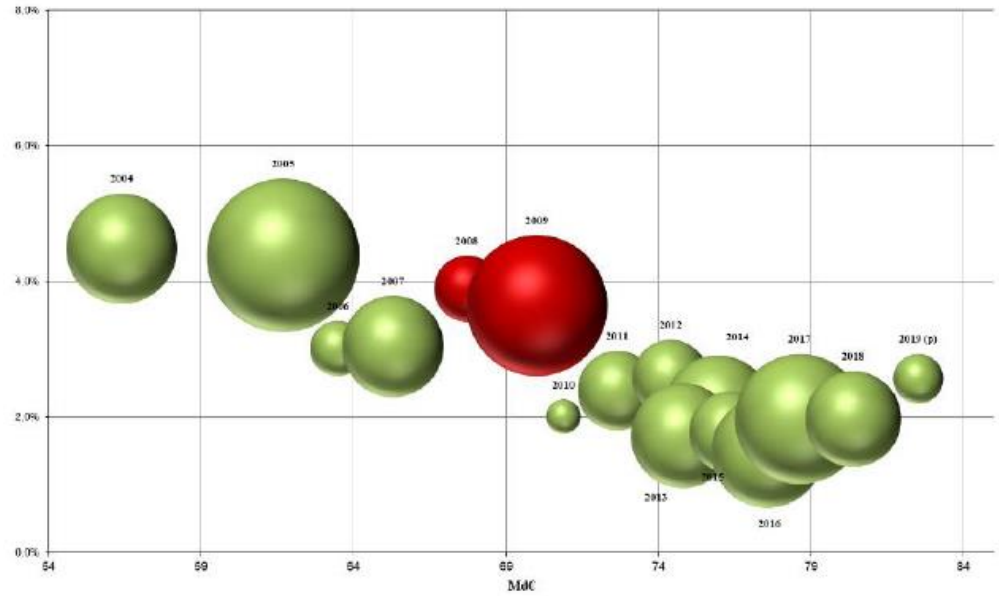
Evolutions de l'ONDAM avec année 2020



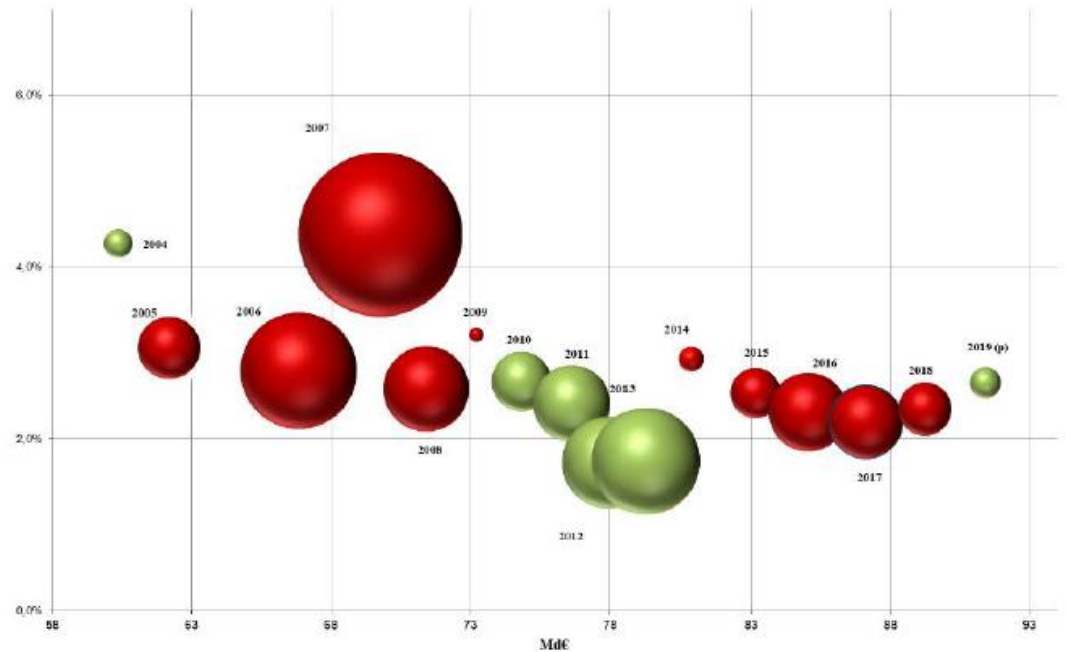
Evolutions dans le champ de l'ONDAM



Evolutions pour les établissements de santé



Evolutions pour les soins de ville



Des vases communicants budgétaires

- Depuis des années l'ONDAM est calculé de façon restrictive par rapport aux évolutions « spontanées »
 - PLFSS 2020: 1 Md € d'économies demandées aux hôpitaux (2,1% au lieu de 3,3% de croissance)
- Pour l'hôpital il est sous-exécuté
 - mises en réserves décidées par le « Comité d'alerte »
 - *Ex post* cela revient à contraindre l'hôpital à dépenser moins que l'ONDAM hospitalier voté
 - observé sur plusieurs années
 - **permet d'absorber les dépenses non maîtrisées en ville**

Hôpitaux:

**la mise en œuvre de la T2A a dénaturé
les mécanismes visés**

Principe de la T2A

- 2004 : réforme qui introduit un système de paiement prospectif par séjour “tarification à l’activité” (T2A)
 - Remplace le budget global en place depuis 1983 pour les hôpitaux publics
 - Nomenclature de «maladies»: Groupe Homogènes de Malades
 - Paiement forfaitaire par séjour dans un GHM donné
 - Objectif: gagner en efficacité productive
- Mécanismes économiques visés :
 - Le régulateur a une information imparfaite sur les coûts et sur les efforts des hôpitaux pour les réduire
 - Contrats à prix fixes pour gagner en efficacité productive
 - Concurrence par comparaison pour fixer des tarifs appropriés (car le régulateur ne connaît pas les coûts)

La T2A en pratique

- Régulation prix-volume pour ne pas dépasser l'ONDAM hospitalier
 - les tarifs sont réduits quand le volume de séjours est supérieur aux prévisions (au niveau national)
 - externalité négative due à l'activité des autres hôpitaux
 - Incitation à augmenter l'activité
- La T2A devient proche d'un paiement à l'acte avec un prix qui décroît lorsque le volume total de production augmente
 - Point flottant
 - La classification des GHMs est très affinée et repose beaucoup sur les actes décidés durant l'hospitalisation

Les mécanismes visés ont été dénaturés

- Dans ce système les hôpitaux peuvent avoir intérêt à accroître le nombre et l'intensité des séjours plutôt qu'à réduire leurs coûts
- Tout ceci est à budget quasi constant
 - Épuisement des personnels hospitaliers
- Tels qu'ils sont actuellement fixés, les tarifs peuvent être inférieurs aux coûts, même aux coûts de production efficace
- La recherche d'efficacité est perdue de vue

Absence de réel pilotage de la dépense de soins de ville

- Paiement à l'acte omniprésent
 - demande induite
 - nuit à la médecine préventive, délégation de tâches, médecine de groupe
- Inégale répartition géographique des médecins
- Paiement à l'acte nuit à la coordination entre hôpital, la ville et le médico-social, pour un meilleur parcours de soins
- Le défaut de la permanence des soins en ville conduit à des urgences engorgées à l'hôpital

- Allocation des ressources pour les soins de ville qui ne suit pas les besoins
 - Les ressources sont allouées via les remboursements par la CNAM
 - donc sur la base des consommations constatées ex post
- Définition centralisée des règles de la médecine de ville par les conventions médicales
 - Systèmes de paiement, localisation
- Les ARS ont été créées pour organiser les parcours de soins
 - n'ont pas la main sur le financement de l'ambulatoire
 - Fonds d'interventions régionaux = moins de 2% de l'ONDAM

Assurances complémentaires: un positionnement qui nuit à l'efficience

- Système mixte : deux opérateurs couvrent les mêmes soins
 - 78,2 % sécurité sociale/ 13,4 % org. complémentaires (2019)
 - Organisation peu répandue, très coûteuse
 - Assurance complémentaire/supplémentaire
- Défaut de coordination pour la maîtrise des dépenses de santé
 - Ticket modérateur couvert : à quoi sert-il ?
 - Pas de coordination dans la contractualisation avec les offreurs de soins
 - Des couvertures trop généreuses qui encouragent les dépassements d'honoraires et les hausses des tarifs (optique, dentaire, ...)

3

Repenser les circuits de financements et l'assurance-maladie

- Les mécanismes sont identifiés
- Mais seulement ajustements à la marge dotés de minces lignes budgétaires
- Pas de remise en cause de l'architecture du système
 - avec sphères séparées ville/hôpital
 - Et système mixte d'assurance
- Verrous administratifs et politiques importants
- Deux modifications structurelles possibles
 - Fusionner les budgets ville-hôpital-médico-social et les allouer à des entités décentralisées en charge des soins pour une population donnée
 - Mettre fin au système mixte d'assurance maladie

Attribuer des budgets pour l'ensemble de la dépense publique de santé à des entités locales décentralisées

- En charge de tous les soins pour une population donnée (par exemple 200 000 personnes)
- Allocation budgétaire en fonction des besoins estimés
- Par rapport à l'existant, allocation équitable des budgets, à pratiques constantes
- **Entités dotées du pouvoir de piloter l'offre de soins**
 - Maîtrise du conventionnement
 - Définition des systèmes de rémunération
 - Diversification possible entre les territoires ou à l'intérieur d'un même territoire
- **Au niveau central, système d'information pour suivre la qualité des soins et garantir l'égalité de traitement**

Mettre fin au système mixte d'assurance maladie

- Organiser un financement des soins unifié
- **Deux versions possibles d'un système unifié**
 - Option A : gestion publique avec pilotage décentralisé de l'offre de soins
 - Option B : assureurs en concurrence régulée
- **Principes de solidarité appliqués dans les deux cas**
 - cotisations proportionnelles aux revenus
- **Rôle de l'Etat dans les deux cas**
 - définition du panier de soins couvert par la solidarité
 - système d'information centralisé sur les performances sanitaires
 - allocation des ressources
 - surveillance

Merci !