

# 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

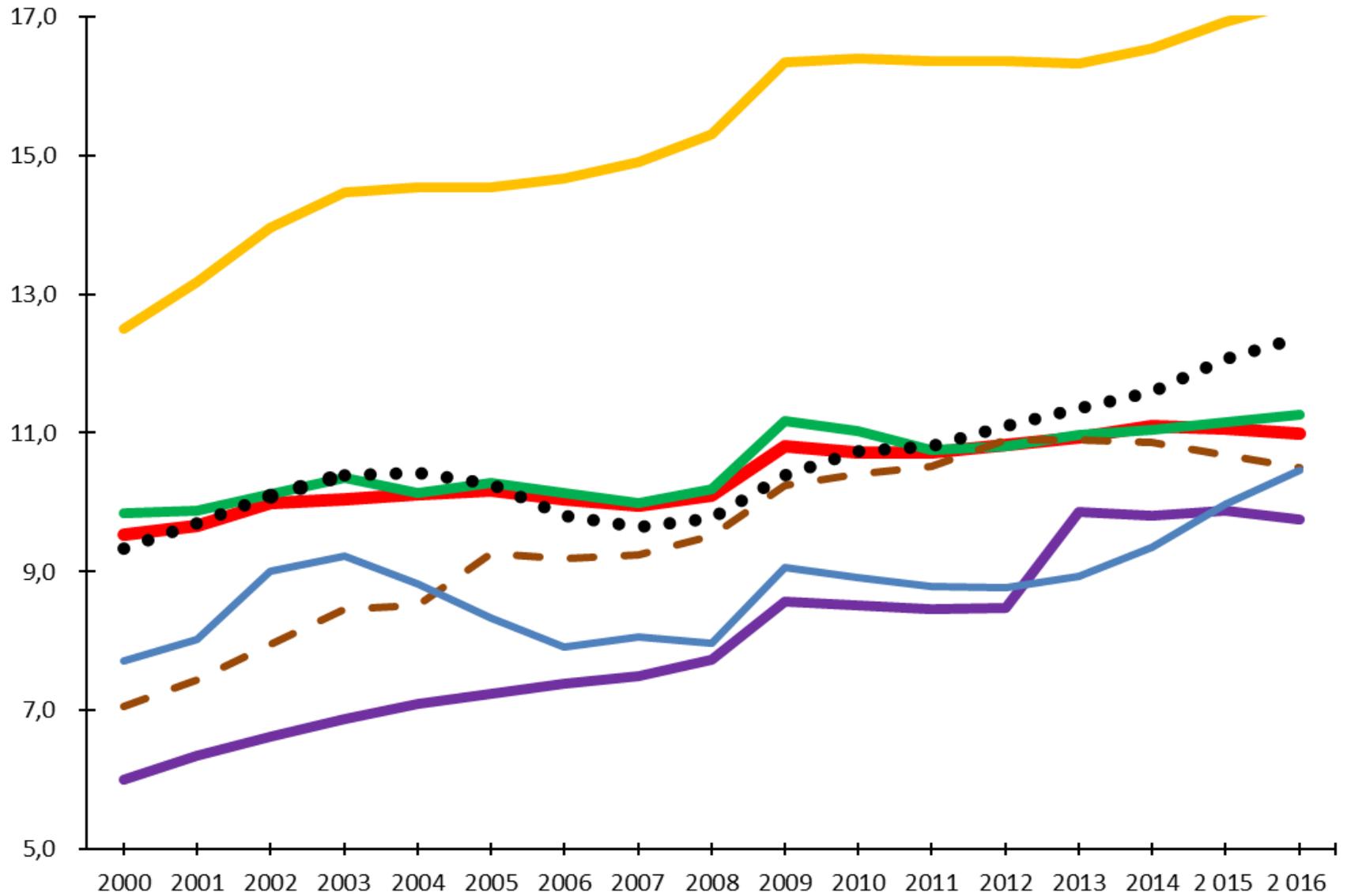
- Les tensions sur le financement de la dépense publique de santé
- La conduite de l'Ondam: les impasses actuelles
- Restructurer les circuits de financements et l'assurance-maladie

# 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

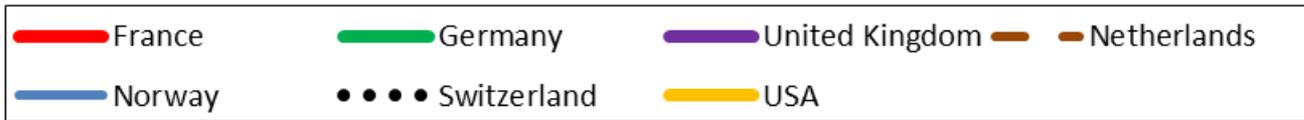
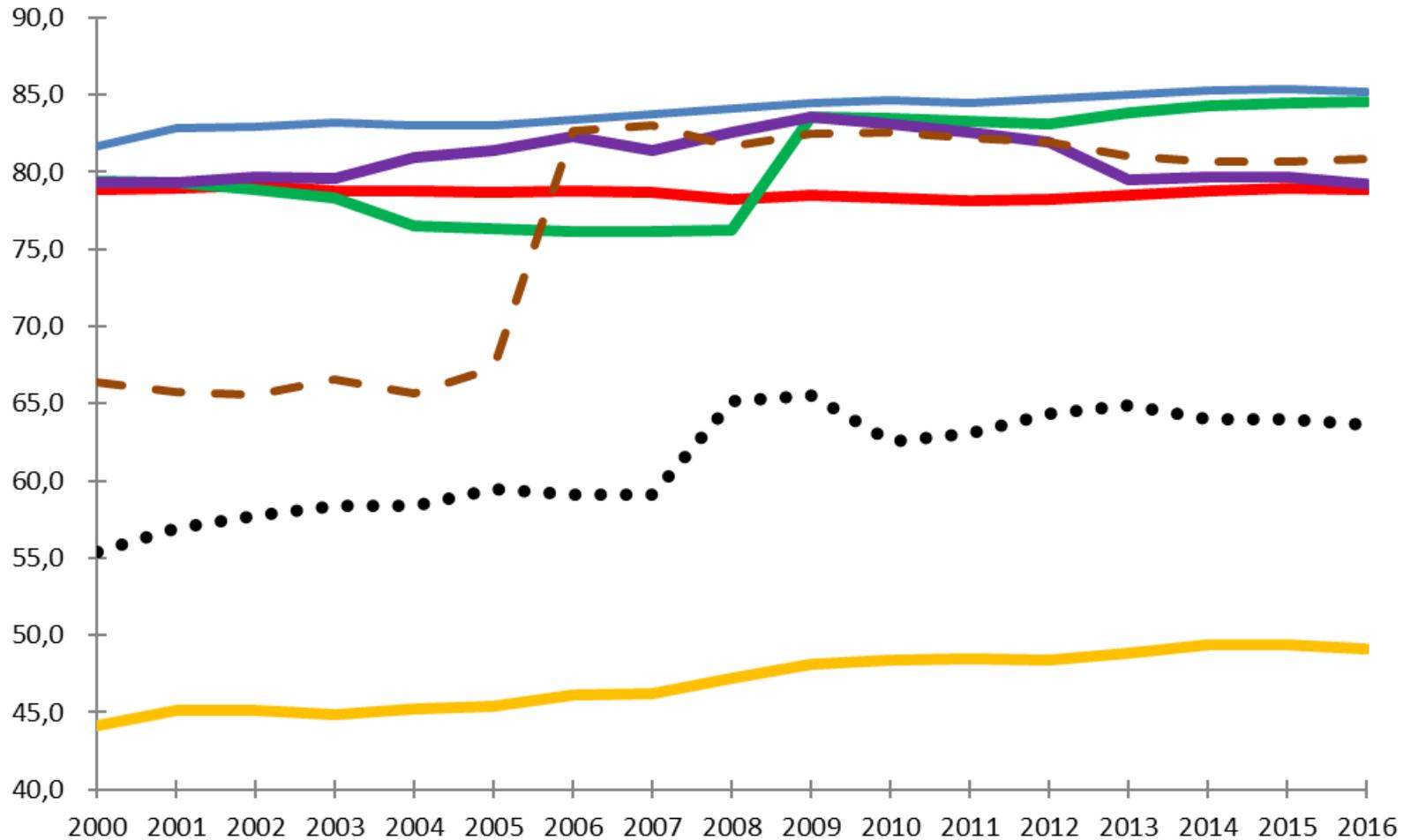
Netherlands

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)

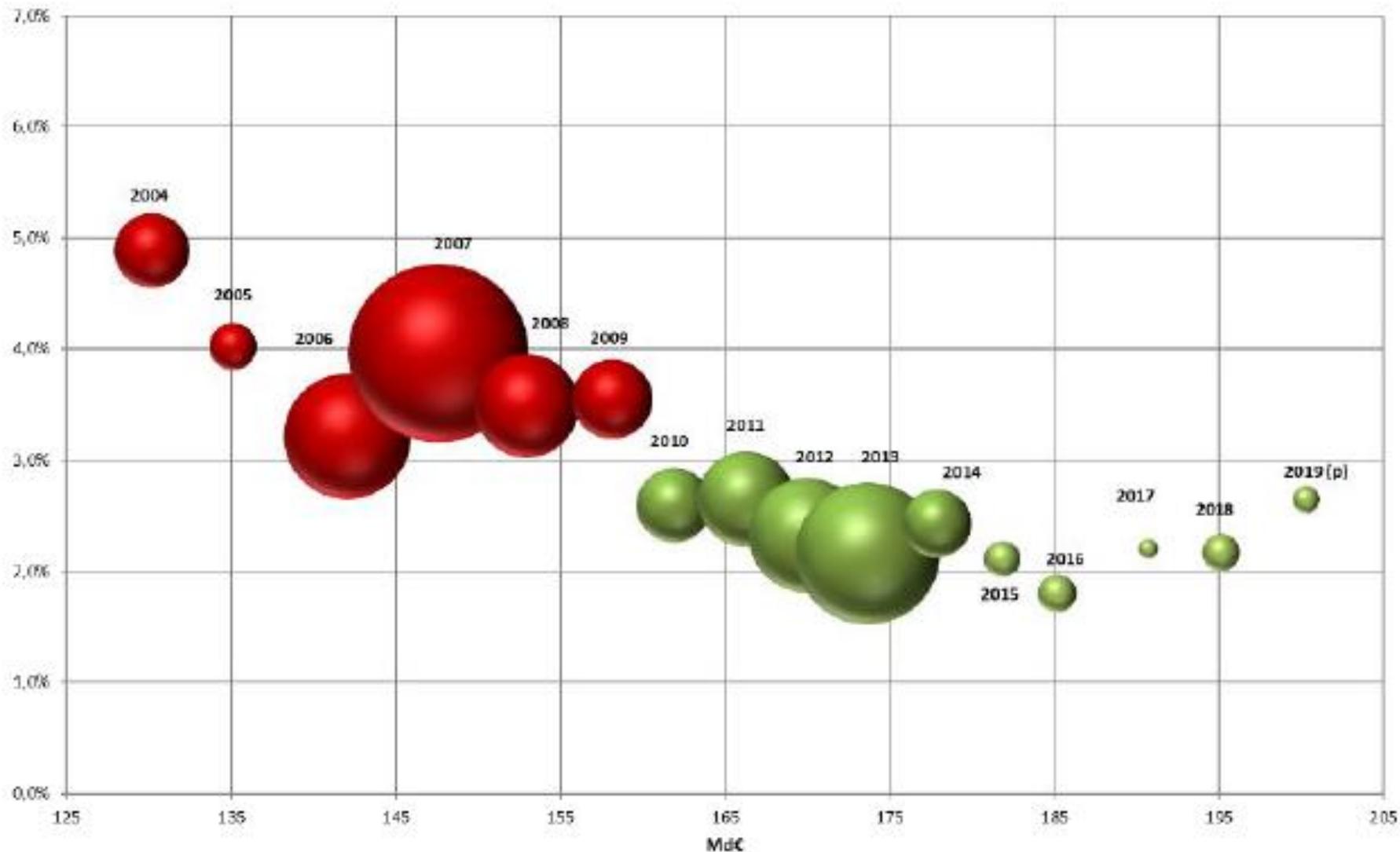
# 2

## La conduite de l'Ondam: les impasses actuelles

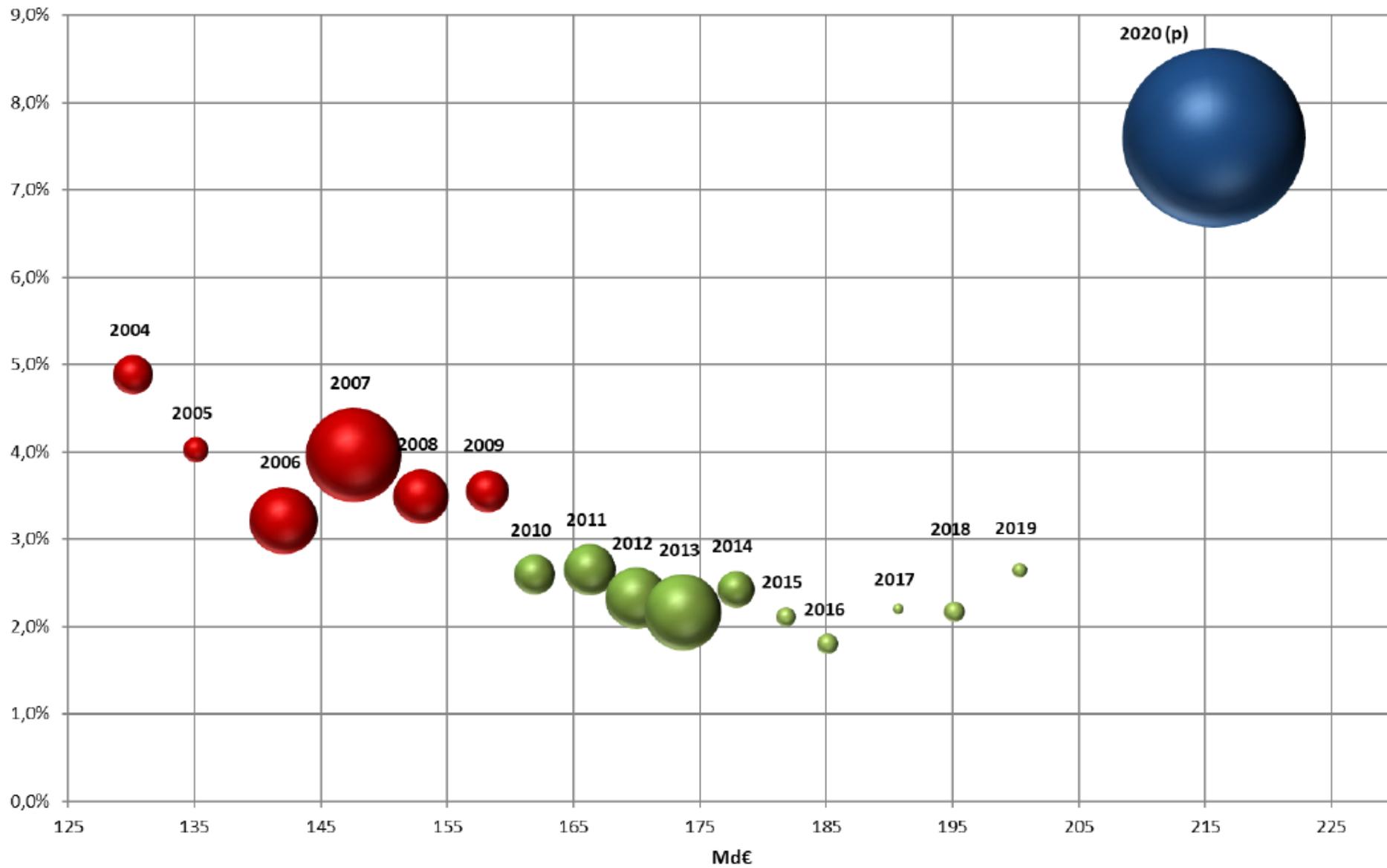
- Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)
  - Partie couverte par la sécurité sociale
  - Voté au parlement dans le cadre de la LFSS
  - Objectif et non plafond
  - Champ différent de la CSBM
- Principe : définition par la représentation nationale du niveau de dépenses de santé qui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

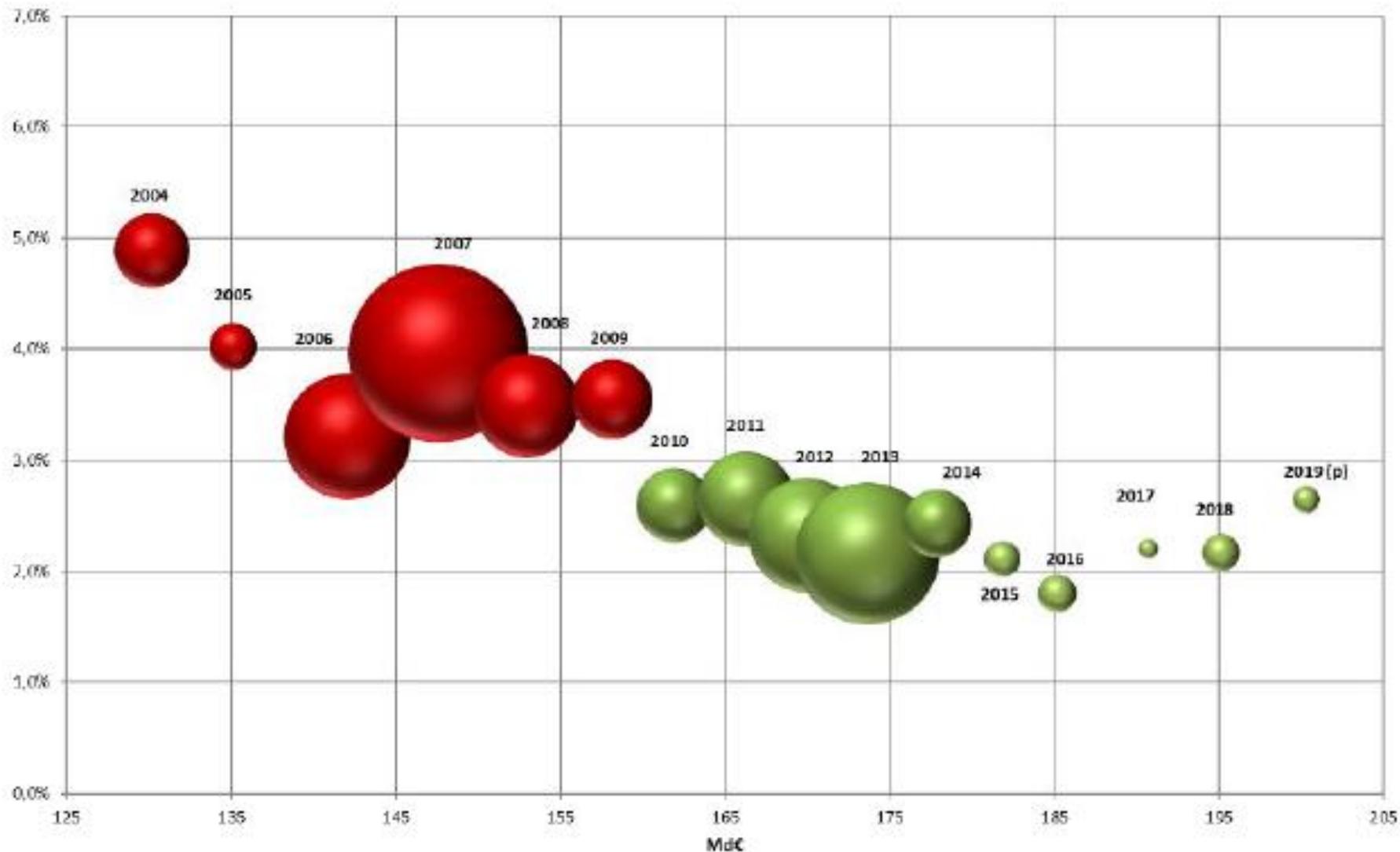
# Evolutions dans le champ de l'ONDAM



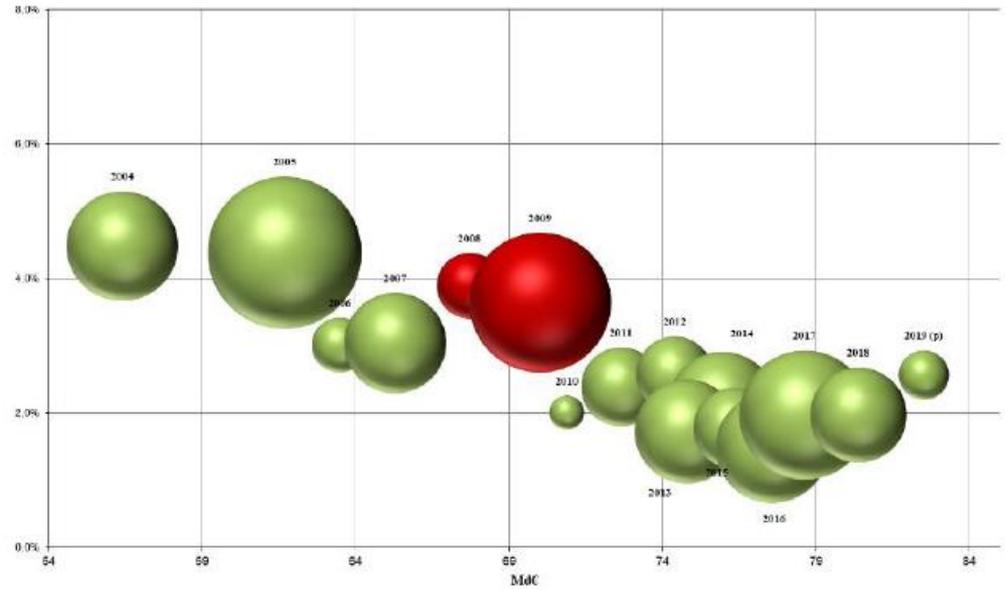
# Evolutions de l'ONDAM avec année 2020



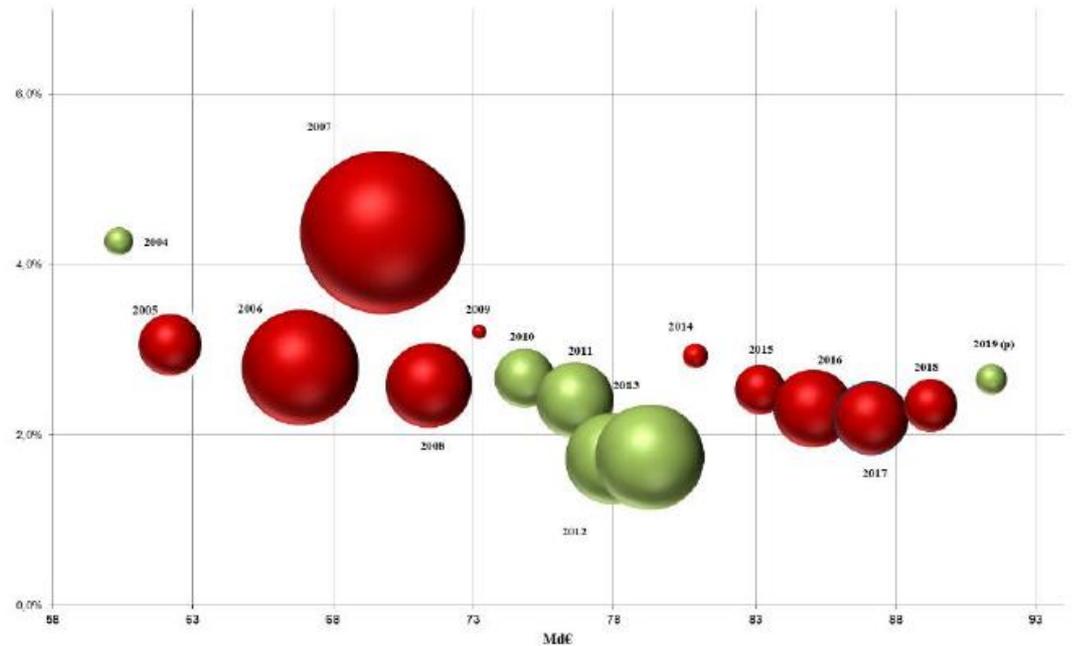
# Evolutions dans le champ de l'ONDAM



## 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 efficience 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 efficience 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 !**