



ETUDE

**LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ EN FRANCE : UN DÉFICIT ? QUEL DÉFICIT ? PAR
DIDIER BAZZOCCHI ET JEAN-CLAUDE PRAGER (64)**

Respectivement
Vice-Président du Cercle Santé Société

Délégué général du Cercle Santé Société et président du groupe X-Démographie/Economie

Février 2016

On peut le constater dans les enquêtes internationales, cela est reconnu par un grand nombre de praticiens dans le monde, la France bénéficie d'un bon système de santé. Il est cependant en danger, car c'est aujourd'hui une des sources principales du déficit public de notre pays et il connaît une dérive faute de s'être adapté en profondeur à de nouvelles données aussi bien démographiques que techniques et financières.

Il connaît depuis le début des années 80 un déficit endémique (les périodes d'excédent financier ont été très exceptionnelles en période de forte croissance du PIB). Ce déficit devient aujourd'hui insoutenable. Beaucoup de solutions de toutes natures ont été expérimentées mais en général à dose homéopathique et avec une énergie politique insuffisante dans la durée. Les techniques de report de dette n'ont pas réglé le problème de fond, au contraire. La Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale (CADES) a été créée début 1996 pour financer et éteindre avant 2006 la dette cumulée du régime général de la Sécurité Sociale pour les exercices 1994 à 2006, dans une gestion postulée comme vertueuse pour l'avenir. Mais les déficits n'ont pas cessé de croître sauf entre 1997 et 2002 et devant une nouvelle plongée et l'incapacité à résorber les déficits cumulés, une autre loi, du style « der des der », a prorogé cette mission jusqu'à l'extinction de la dette, c'est-à-dire sans limite dans le temps. La CADES, au départ instrument central des efforts de rééquilibrage des comptes de la Sécurité Sociale, est ainsi devenue une sorte de cache misère de l'incapacité des responsables publics à agir avec force sur l'équilibre des comptes sociaux, malgré les pieuses résolutions réitérées. Le déficit atteint environ 10 milliards d'euros chaque année depuis trois ans et la dette sociale dans son ensemble est de 140 milliards d'euros en 2011, en croissance de 30 milliards en 2011.

Les questions des sources de financement de la protection sociale ainsi que celle de l'efficacité des dépenses collectives de santé, sont maintenant posées de manière impérative du fait de la crise financière de l'État. Tout ceci appelle autant un sursaut énergique pour résorber au plus vite ce déficit que des mesures de plus long terme pour faire évoluer le système et, de cette crise, nous pouvons faire une opportunité d'avenir.

Cela demande de la rigueur dans la gestion financière (tout simplement augmenter les ressources et freiner l'augmentation des dépenses publiques de santé) et aussi des changements en profondeur dans l'organisation et la gestion de notre offre de soins. Mais, et c'est là la principale difficulté pour faire accepter les changements nécessaires, les déficits croissants comme les dysfonctionnements du secteur de la santé ne se sont pas encore imposés suffisamment pour amener les responsables publics à opérer les réformes utiles, face à des forces conservatrices puissantes qui poussent à l'augmentation de la dépense et au maintien de la part qui leur revient.

Cette priorité à donner dans les années à venir à la résorption du déficit ne doit pas faire perdre de vue l'essentiel : les dépenses de santé contribuent à une amélioration souhaitable du bien-être des personnes et de l'indice de développement humain. Dans les pays industrialisés, leur croissance va probablement se poursuivre durant les prochaines années, car la croissance structurelle des dépenses de santé est provoquée par le progrès des techniques médicales, par une demande de confort et de bien-être toujours plus importante et diversifiée, par le vieillissement de la population, tous facteurs qui ne sont pas près de se réduire, d'autant moins que la pression de l'offre s'exerce dans un secteur des soins de santé dont la solvabilité est principalement garantie par la dépense publique, et donc sans régulation de la demande et de l'offre par les prix. Mais il est une autre vérité toute aussi importante, celle que les soins de santé ne contribuent que partiellement à l'état de santé d'une population, alors que les comportements et l'environnement des personnes en constituent les déterminants principaux, et ceci laisse toute sa place à une politique de prévention épaulée par des mécanismes d'incitation adaptés.

De plus, le secteur des soins de santé représente plus qu'un secteur consommateur de ressources collectives. Il apporte une participation économique importante à la formation du produit intérieur brut et peut contribuer à l'équilibre de la balance commerciale. En France, deux millions de personnes

sont employées dans le secteur et l'excédent de la balance commerciale s'élevait à cinq milliards d'Euros en 2010. En tant que déterminant de l'état de santé d'une population, il contribue également à la productivité des entreprises et à l'attractivité du pays par la qualité de ses infrastructures. Le système de soins de santé constitue donc une source importante d'emplois, une contribution significative à la production de richesse nationale, ainsi qu'un élément d'attractivité pour les investisseurs. Des soins de santé de haute qualité sont, en principe et le plus souvent dans la réalité, accessibles à une majeure partie de la population dans les pays industrialisés. Leurs caractéristiques sont proches, comme le montre le tableau ci-dessous, malgré des modes de fonctionnement très différents :

| 2009 ¹ | France | Allemagne | Royaume Uni |
|---|------------------|-----------|--------------------|
| Dépense de santé/PIB | 11,8 | 11,6 | 9,8 |
| Dépense par habitant corrigée USD PPA | 3978 | 4218 | 3487 |
| Taux de croissance annuel réel par tête | 2,2 | 2 | 4,8 |
| Dépense publique sur dépense totale | 77,9 | 76,9 | 84,1 |
| Dépense publique par habitant USD PPA | 3100,2 | 3242,3 | 2934 |
| Taux de croissance annuel de la dépense publique de santé | 2 | 1,6 | 5,5 |
| « Out of the pocket » en USD par habitant° | 291 | 522 | 364 |
| « Out of the pocket » en % de la dépense de santé | 7,3 | 13,1 | 10,4 |
| Évolution 2000-2009 du « out of the pocket » en % des dépenses° | 0,2 | 1,5 | -3,1 |
| Nombre de médecins par habitant | 3,3 | 3,6 | 2,7 |
| Nombre annuel de consultations par médecin par an | 2051 | 2255 | 1848 |
| Nombre annuel de consultations par habitant | 6,9 | 8,2 | 5 |
| Nombre de spécialistes en % du total | 46,9 | 56,9 | 66,1 |
| Revenu moyen des généralistes en USD° | 95585 | 131809 | 159532 |
| Nombre d'infirmiers par habitants | 8,2 | 11 | 9,7 |
| Dépenses pharmaceutiques par habitant en USD PPA | 640,2 | 628,1 | 381,4 |
| Nombre de lits d'hôpitaux par 1000 habitants | 6,6 | 8,2 | 3,3 |
| Durée moyenne de séjour | 5,6 ² | 9,7 | 7,7 |
| Dépense moyenne par séjour en hôpital° | 5204 | 5072 | |
| Taux de mortalité évitable ³ (diabète, cœur, attaques...)° | 550 | 760 | 830 |
| Dépenses administratives du système en % du total | 7 | 5,4 | 1 à 2 ⁴ |

Source: Commonwealth Fund

La diversité des solutions institutionnelles vient de ce que ni le marché ni le mode de gestion administrative ne peuvent apporter à eux seuls une réponse satisfaisante du point de vue aussi bien de l'efficacité économique que de l'équité nécessaire à la bonne fourniture d'un bien essentiel. Mais tous institutions difficilement transposables et connaissent à divers degrés des difficultés dans l'évolution de leur système de santé, aucun d'entre eux ne pouvant vraiment servir de référence. Les

¹ En général source : OCDE.

² En France la donnée est sous-estimée car on comptabilise les interventions sans nuitées.

³ Pour un million d'hab.

⁴ Donnée absente mais celle de la Suède est de 1,4, et celle du Danemark de 1,2.

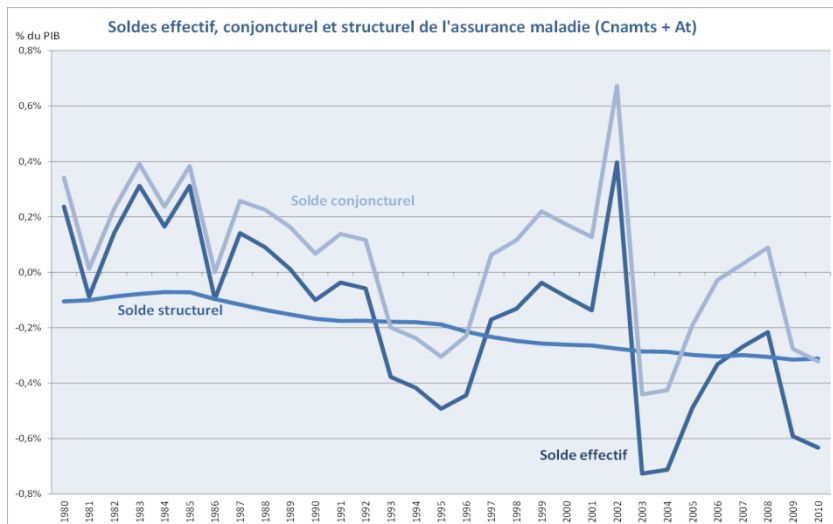
améliorations du système ne peuvent représenter que des déplacements de curseur sur l'équilibre propre à chaque pays, à la recherche de l'optimum entre marché, économie du don et administration collective, sorte de Graal introuvable, même dans la théorie. La motivation principale de la majorité des professionnels de la santé est l'altruisme (les économistes disent la bienveillance) sans lequel le système s'effondrerait totalement ; il serait donc probablement contreproductif de donner aux incitations financières comme le profit un rôle trop important dans la régulation du système. De même les études médicales sont plus longues et plus difficiles en moyenne que les autres et l'erreur se paye souvent au comptant et lourdement dans ces professions, ce qui entraîne un stress considérable inhérent aux métiers de la santé, sauf pour certaines branches privilégiées. Il est donc normal que les professionnels de la santé veuillent accéder à des rémunérations correctes par comparaison avec celles d'autres secteurs.

Cette complexité intrinsèque du secteur interdit des idées trop simples ; mais cela ne doit pas empêcher de sérier les problèmes et de leur apporter des réponses d'autant plus énergiques qu'ils sont cruciaux ou fondamentaux. Dans cette introduction trop brève à un sujet trop vaste, on va d'abord proposer des solutions d'effet rapide à la dérive des déficits, qui est devenue catastrophique depuis la montée de la crise de la dette dans les grands pays industrialisés. Puis seront avancées quelques idées pour améliorer les structures de la gestion de l'offre de soins, avec des suggestions qui apparaîtront peut-être osées mais qui ne remettent pas réellement en cause les fondements sur lesquels est construit le modèle français. Et enfin on conclura par des réflexions sur d'éventuelles évolutions plus structurelles du système.

Comment réduire au plus vite la dette ?

Le solde de l'assurance maladie est dû à deux facteurs. D'abord l'augmentation tendancielle de ce que l'on appelle le solde structurel, c'est-à-dire la différence en conjoncture moyenne entre les dépenses et les recettes. Ce déficit de caractère structurel augmente régulièrement comme l'a montré l'OFCE ; il est passé de 0,1 point de PIB en 1980 à 0,3 points de PIB en 2010, soit un montant de 4 à 5 milliards d'Euros par an dont l'origine provient de l'incapacité à bien gérer dans le long terme l'augmentation des dépenses pour tenir compte de la croissance tendancielle des dépenses en raison du progrès des techniques médicales, ainsi que du vieillissement de la population, en raison de la baisse historique des taux de mortalité induite par les progrès des conditions de vie, des soins et de la prévention.

A ce déficit structurel, il convient d'ajouter le déficit conjoncturel, dû au fait que quand le taux de croissance du PIB est bas par comparaison avec la croissance tendancielle (dite croissance à long terme), la croissance des recettes est plus faible que celle des dépenses qui continue de s'inscrire dans une tendance indépendante de la conjoncture. En période de crise, le solde conjoncturel devient fortement négatif, comme cela est le cas depuis le début de la crise de 2008. Au total, comme on le voit sur le tableau suivant élaboré par G. Cornilleau de l'Observatoire français des conjonctures économiques, on constate une aggravation tendancielle du solde structurel depuis trente ans :



Source : OFCE

Les mesures dites structurelles sont bien évidemment nécessaires pour rétablir l'équilibre du financement à long terme du système de santé, on les verra plus loin, mais elles ne porteront leurs effets que dans le long terme ; il n'est, même, pas impossible que leur mise en œuvre mobilise des ressources supplémentaires avant qu'elles puissent commencer à porter leurs fruits, comme on le constate le plus souvent lors de réformes de structure aussi bien dans les entreprises que dans la sphère publique.

Il est donc sage de ne pas tabler sur ces réformes pour réduire au plus vite le niveau de la dette ; il faut proposer des mesures rapides et énergiques pour assurer aussi bien des réductions de dépenses que des augmentations nécessaires de ressources.

Côté des recettes publiques, pas de miracle.

Dans la mesure où le niveau des charges sociales supportées par les entreprises est considéré aujourd'hui comme un des facteurs d'altération de la compétitivité de l'économie française, les ressources ne peuvent venir que de la fiscalité directe des personnes ou de la TVA. La France a fait le choix depuis le gouvernement de Michel Rocard de rééquilibrer la ressource sociale du côté de la fiscalité des personnes avec la Contribution Sociale généralisée (CSG) qui est désormais une recette fiscale de large assiette et considérée comme une des plus équitables et des plus efficaces au plan fiscal. Un point de CSG représente plus de 10 milliards d'euros en 2010.

Côté dépenses publiques, plusieurs solutions sont possibles mais elles demandent toutes une forte volonté politique.

La première idée vient des comparaisons internationales. La France est un des pays où le reste à charge des ménages (ce qui sort effectivement de la poche des ménages sans donner lieu à un remboursement soit par le régime général soit par des régimes complémentaires comme les mutuelles) est un des plus faibles des pays de l'OCDE. En 2009, il est de 7,3% de la dépense de santé contre 10,5 au Royaume Uni et 13,1 en Allemagne. Ce niveau de reste à charge est faussement égalitaire car son poids relatif est plus important pour les ménages à revenus moyens et bas, contrairement à ce qu'il est en Allemagne. Ceci correspond à un mécanisme contre redistributif dès lors que l'on sait que la dépense de santé augmente avec le revenu des ménages. Différentes propositions ont été avancées pour rendre le système plus équitable, et notamment l'idée d'un « bouclier sanitaire », plafonnement des restes à charge des ménages en fonction du revenu. Ce « bouclier » vise à supprimer le système de l'ALD. Bien que séduisant sur le papier en termes de réduction de certaines inégalités d'accès aux

soins, ce dispositif engendrerait des coûts supplémentaires pour les finances publiques et présenterait des insuffisances techniques importantes conduisant à des risques élevés de dérive des dépenses publiques, notamment en ne permettant aucun contrôle a priori des dépenses de soins lourds et coûteux. Il s'appuie sur l'idée erronée que l'on peut réguler un système complexe par une règle algébrique, en ignorant la nécessité de micro-régulations économiques. A cet égard, il entretient une dangereuse illusion. De plus, Il s'agirait là d'une réforme structurelle qui demanderait de nombreuses années de négociation et de mise en place (rappelons que le rapport Briet-Fragonard date de 2007 et n'a donné lieu à aucune application en cinq ans). Notre proposition est d'application immédiate : elle consiste à laisser aux ménages les plus aisés (par exemple le tiers supérieur des revenus) l'intégralité de la charge des dépenses dites courantes de santé qui seraient définies par une nomenclature. Les autres soins continueraient d'être pris en charge dans le cadre actuel. En pratique, si l'on appliquait ce modèle à l'ensemble des dépenses publiques qui font aujourd'hui l'objet d'un ticket modérateur selon les règles actuelles (c'est-à-dire d'un remboursement partiel par l'assurance maladie obligatoire), une telle mesure générerait une économie immédiate de plusieurs milliards d'Euros de dépenses publiques. Le niveau d'économies recherché serait ajustable selon l'étendue du panier de soins concerné, ainsi qu'en fonction du seuil de revenu qui serait retenu. Cette mesure serait fortement redistributive. A elle seule, elle ne règle rien des problèmes économiques structurels, car les dépenses publiques d'ALD et de soins chroniques augmentent de 5 à 6% par an, alors que celles liées aux soins courants, visées par cette mesure, sont stables. Mais outre l'intérêt de réduire le déficit immédiatement, elle provoquerait un changement de paradigme, préalable indispensable à des mesures structurelles. On nous opposera que cette mesure instaurerait une dualité dans la formation des prix, et par là même, une inégalité d'accès aux soins. En réalité, cette cause d'inégalité est déjà très largement répandue du fait de généralisation des dépassements d'honoraires médicaux et chirurgicaux au-delà du tarif conventionnel de la Sécurité Sociale, ainsi que de la pratique du secteur privé à l'hôpital public, inégalité que les mesures réglementaires récentes (secteur optionnel) ne réduisent pas. Depuis de nombreuses années, l'absence de revalorisation des tarifs d'honoraires médicaux en rapport avec leur technicité est à l'origine de cette expansion des dépassements des tarifs de base dans la plupart des zones géographiques ainsi que des spécialités médicales et chirurgicales. Elle fait supporter aux ménages les moins aisés et aux classes moyennes des coûts élevés d'accès aux soins au regard du niveau de leur revenu.

Autre piste plus délicate à mettre en œuvre, la suppression des abus les plus manifestes constatés aujourd'hui : maîtrise des coûts d'analyses radiologiques, d'analyses biologiques ou réductions des transports sanitaires injustifiés, recours obligatoire aux médicaments génériques, le tout par un renforcement des contrôles a posteriori et la mise en jeu d'une responsabilisation financière partielle du prescripteur. Il y a là aux dires des spécialistes des gaspillages considérables correspondant à plusieurs milliards d'euros. A l'hôpital, on estime également à plusieurs milliards les gisements d'économie possibles par une meilleure gestion des moyens d'investissement et de fonctionnement. La somme des effets de tels efforts de gestion produirait donc une économie de dépenses supérieure au montant du déficit structurel. Il n'est pas de droit sans devoir, ni de liberté sans contrainte! Si chaque citoyen a droit à des soins médicaux sans limitation de coût, notamment en cas de pathologie chronique, lourde ou coûteuse, il a pour devoir de ne pas compromettre la santé des autres, ni la sienne, par des comportements à risques ou de ne pas s'adonner à une consommation abusive des ressources collectives. Il nous semble indispensable que ces principes soient constamment rappelés.

Enfin, les accords collectifs obligatoires constituent un niveau intermédiaire de solidarité indispensable, au sein des entreprises et des branches professionnelles, en relais de l'assurance maladie obligatoire. Toutefois, il serait équitable et souhaitable sur le plan financier de réexaminer les conditions d'attribution de l'avantage fiscal consenti pour la conclusion de contrats de mutuelles ou d'assurances privées complémentaires d'entreprises, souvent plus avantageux pour les cadres à hauts revenus. Il y a là, une niche pour partie anti-redistributive, dont le financement public est de l'ordre de 4 milliards d'Euros.

Avec l'ensemble de ces mesures d'application immédiates, on peut obtenir rapidement un effacement du déficit constaté aujourd'hui.

Mais cela n'est pas suffisant car il convient d'inscrire le système de santé sur un sentier de croissance équilibrée, qui passe par la modernisation du système actuel pour tenir compte des progrès techniques et organisationnels.

L'amélioration de l'efficacité du système de soins, quelques idées majeures

Les colloques, articles, débats sur le sujet sont remplis d'une multitude d'idées aussi intéressantes et pertinentes les unes que les autres, parfois contradictoires entre elles. Le sujet est devenu central dans le débat de société. Chaque interlocuteur interrogé, client du système, professionnel, administrateur, politique, a nombre de propositions à faire tant les dysfonctionnements sont irritants et les insatisfactions grandes et généralisées. On va seulement reprendre ici quatre ou cinq idées considérées comme les plus structurantes par les experts⁵.

Tout d'abord, l'amélioration de l'efficacité du système de soins passe d'abord par une meilleure définition des rôles respectifs des différents acteurs institutionnels, du politique et du management technique du système, une clarification des mécanismes tutélaires, une décentralisation du pilotage de l'offre (au-delà de la seule déconcentration que représente la mise en place des ARS). Le système actuel est devenu une véritable usine à gaz : multiplicité d'intervenants, lourdeur des procédures, évaluation de la qualité incompréhensible pour le patient, multiplicité des agences et autres instituts... Au niveau national, il convient de rappeler que le pouvoir d'engager la ressource publique en réalisant des arbitrages entre les multiples usages collectifs possibles ne peut être dans une démocratie que le fait du Parlement. Cette éminente responsabilité concerne en particulier la définition du panier de soins de référence, qui représente la traduction concrète de l'exercice de la solidarité nationale. La définition annuelle de l'ONDAM devrait donc s'accompagner de celle de l'approbation de ce panier de soins.

Ensuite déconcentrer et décentraliser. L'administration centrale de l'État est devenue, peut-être plus dans le secteur de la santé qu'ailleurs, une sorte de monstre incompréhensible et déresponsabilisant. Ce Léviathan tentaculaire fixe les règles et les applique dans le détail, quelquefois à l'opposé de ses propres principes. L'interventionnisme est omniprésent. Il n'est ni convenable ni efficace de voir d'un côté l'administration centrale pousser les ARS à l'efficacité, les inciter à couper des services ou établissements dont la qualité ou l'utilité sont devenues incertaines et de voir des ministres revenir sur certaines décisions courageuses pour des raisons d'opportunité locale. Il faut couper ce fil pour donner aux ARS de la crédibilité dans leur action. Une idée possible est de mettre en place des objectifs budgétaires par région, des Objectifs régionaux de dépense d'assurance maladie, dont l'affectation serait faite par des directeurs d'ARS rendus pleinement responsables de la stratégie de l'offre de soins au niveau régional, en un mot des managers stratégiques du système régional de santé à l'opposé des « préfets sanitaires » soumis tous les mercredis aux caprices du prince (en les faisant désigner par exemple par un Conseil de surveillance à partir d'une liste d'aptitude établie par l'État, avec des durées de poste de 3 à 5 ans, sauf fautes ou défaillances avérées, des contrats de gestion cosignés par le ministère et le président du conseil de surveillance qui devrait être un élu, et des procédures limitées et encadrées d'appel au ministère).

La satisfaction de l'objectif de qualité des soins au coût le meilleur pour la collectivité passe par la promotion des établissements et techniques de soins les plus performants, et l'adaptation (voire l'élimination) des autres ; elle suppose une certaine autonomie et doit éviter la définition trop détaillée, et fatalement sclérosante, des règles d'organisation et de gestion ; elle doit inciter aux synergies, économies d'échelle et au progrès technique. Les hôpitaux, notamment les plus grands, publics ou privés, ont besoin de cette autonomie pour organiser leur réponse en fonction de leurs avantages comparatifs et de laisser les substitutions s'opérer librement entre technologies de

⁵ Dans un groupe de travail commun au Cercle Santé Société et au groupe X-Sursaut.

pointes, médicaments, dépenses de personnel et investissements immobiliers, pour atteindre la frontière d'efficacité du système de soins. C'est d'ailleurs l'esprit de la loi actuelle mais sa pratique est un peu différente. Tout milite pour la suppression d'une tutelle gérant un rationnement de fait dans le système hospitalier, notamment en matière d'équipements comme de personnels, et qui ne contribue plus maintenant qu'à entraver les évolutions. Les réticences à surmonter sont importantes et les forces de rappel considérables. On a fait des progrès avec la T2A, qu'il faut maintenir et continuer d'améliorer. Mais cela n'est pas suffisant. Il faut penser désormais à une véritable loi d'autonomie hospitalière analogue à la loi sur les Universités. Les hôpitaux gagneront à voir coupé le cordon ombilical avec l'administration centrale, celui qui nomme les chefs de services, celui qui empêche souvent la fermeture des services devenus inutiles car les ministres de la santé ne peuvent qu'être sensibles aux pressions politiques locales. Si les réformes récentes ont permis en partie de renforcer la chaîne de responsabilité, une étape supplémentaire doit être franchie avec la reconnaissance d'une autonomie des hôpitaux à l'image de la réforme mise en œuvre dans les universités. La transformation des hôpitaux en fondations d'utilité publique, dans le respect des statuts actuels des personnels sous la réserve du renforcement de la responsabilité pleine et entière de leurs dirigeants dans la nomination des personnels des tous niveaux, permettra à un système encore trop lourd de mettre en œuvre des méthodes de management les plus adaptées aux caractéristiques propres du service public hospitalier.

Il est également urgent d'accélérer la modernisation de l'ensemble de la profession médicale. L'excès de spécialistes par rapport aux généralistes (même si cela apparaît également en Allemagne et au Royaume-Uni), la mauvaise répartition géographique de ces derniers ont fait l'objet d'un examen attentif par la Commission pour la libération de la croissance, qui a entre autres proposé un objectif de 80 généralistes pour 20 spécialistes. Les mesures proposées sont mises en application d'une manière trop lente. L'économie des systèmes tarifaires actuels (paiement individuel à l'acte des praticiens) doit être reconsidérée à l'image de la pratique en vigueur dans la quasi-totalité des pays avancés ; ce sera l'occasion de revoir la répartition des tâches et des compétences entre spécialistes, médecins généralistes, assistants médicaux, infirmiers et secrétaires. Le lieu de droit commun de la médecine de proximité sera, dans un avenir qui doit être le plus proche possible, matérialisé par le concept aujourd'hui dénommée « Maisons de Santé », qu'il conviendrait plutôt de définir comme des entreprises de santé de proximité. Ce seront des organisations de soins structurées avec des médecins généralistes, des capacités de faire des analyses et de la petite chirurgie, des assistants médecins et des infirmières, et la possibilité de délivrer des médicaments, grâce à des facilités réglementaires nouvelles permettant aux médecins de déléguer des tâches sous leur responsabilité. Leur clientèle sera stable et leurs ressources assurées à la capitation, ce qui ne les empêchera pas de proposer des formules variées de rémunérations aux médecins qui y seront attachés. Ces entreprises de santé doivent être le pivot de la médecine ambulatoire et le point de passage obligé du système. Elles sont la meilleure réponse possible à la majeure partie des situations, et doivent aider à désengorger les services d'urgence des hôpitaux par un système de gardes de proximité. Le système d'allocation de ressources per capita devra favoriser le renforcement du réseau ville/hôpital, au besoin avec des mesures d'accompagnement incitatives ou coercitives si nécessaire, le développement de l'hospitalisation à domicile, la priorité aux soins ambulatoires. Certes, la mise en place des maisons de santé est devenue une priorité affichée du ministère, mais que la réforme est lente à mettre en œuvre ! Avec un système d'incitations plus énergique on peut envisager que plus de la moitié de la médecine de ville fonctionnera dans 10 ans selon ce principe. Ceci ne signifie pas l'attribution de budgets publics supplémentaires, au niveau national. Les indicateurs macro-économiques nous montrent que le système de soins ne nécessite globalement pas de ressources publiques nouvelles, mais avant tout des libertés nouvelles d'exercice et d'organisation pour permettre une amélioration de l'efficacité opérationnelle, ainsi qu'une rémunération satisfaisante des médecins. Cessons donc de réglementer toujours plus, car les contraintes ont un coût, caché mais réel ! Moins de règles administratives, plus de responsabilité

donnée aux professions de santé dans l'organisation des soins, dans le cadre de dotations per capita attribuées par des ARS, générera une meilleure motivation des professionnels et donc une meilleure efficacité. Dans de nombreux exemples d'organisations partout dans le monde, des organismes opérant dans des domaines complexes, qu'ils soient publics ou privés, appliquent des principes de management depuis des décennies, reposant sur la mobilisation des hommes et sur la délégation. En reconnaître la nécessité dans le système de soins en France est devenu une urgence.

Enfin, accélérer la généralisation du dossier médical informatisé (le « DMP ») avec l'accès de tous les professionnels de soins aux dossiers de leurs patients. C'était une idée simple et de bon sens : ainsi, tous les praticiens susceptibles de voir un patient auront accès à l'ensemble des informations médicales, ainsi que les organismes chargés du contrôle; outre l'amélioration substantielle de la qualité de la prise en charge médicale, ce réseau d'informations évitera la prescription d'actes techniques redondants, ce qui contribuera à la meilleure régulation des dépenses de santé. Le DMP permettra de mieux organiser le parcours du patient en coordonnant l'intervention des professionnels et des établissements de santé et médico-social autour d'un dossier du patient. Le DMP à la française est devenu un emblème caricatural des dysfonctionnements de notre gouvernance en matière de santé : lancé en 2004 à grands renforts de publicité, sa mise en place débute en 2012, et seulement d'une manière optionnelle pour les patients volontaires.

Ces idées, parmi bien d'autres, sont porteuses d'une meilleure efficacité du système actuel, sans remettre en cause ses fondements. Mais cette crise des finances publiques ne serait-elle pas l'occasion de s'interroger sur la cohérence d'ensemble de l'organisation des soins en France ? Et pourquoi ne pas en profiter pour faire la révolution dans le système actuel ?

Pourquoi ne pas envisager une révolution⁶ ?

Le système d'assurance-maladie est en effet devenu d'une telle complexité, au-delà de ces multiples inefficiences, que nombre de professionnels considèrent qu'une remise à plat s'impose si on veut l'améliorer durablement. Il serait devenu une sorte de monstre institutionnel, extravagant, insatisfaisant, sous l'effet des accommodages successifs. Contrairement aux idées reçues sur l'apparente omniprésence de l'Etat, il n'y aurait pas réellement de pilote dans le système. Faut-il d'abord penser à mettre un vrai « pacha » aux commandes de cet énorme vaisseau pour donner et tenir le cap du retour à l'équilibre financier du système avant de penser à l'inscrire dans une trajectoire d'efficacité dynamique, en considérant la croissance des dépenses de santé comme une opportunité de développement, de compétition et d'innovation ? Les difficultés de financement poseraient des problèmes complexes et urgents en grande partie à cause d'un biais fondamental du système français, le « court termisme » de dirigeants qui peinent à s'inscrire d'une manière réaliste dans un horizon à dix ans.

Cette thèse très pessimiste sur la capacité de gouvernance de notre pays contient sa part de vérité. Les opinions publiques, surtout celles des pays comme le nôtre, aiment peu se trouver confrontées à des faits incontournables. On préfère la révolution, le plus souvent en paroles ou sur le papier, plutôt que de bien faire fonctionner les structures qui existent. Et en général, ces idées révolutionnaires ne sont que des alibis de l'immobilisme.

Mais réfléchir à ce que pourraient être, dans l'idéal autant que cela puisse exister dans le domaine de la santé, des structures et une régulation moderne peut permettre d'élever le niveau d'exigence collective sur les réformes possibles. C'est la raison pour laquelle cette réflexion n'est pas inutile. Et de ce point de vue, les méthodes modernes de régulation des services publics peuvent être transposées utilement à la santé. Cinq fonctions de type régalien doivent être distinguées: la définition des ressources financières du système, l'organisation du système, la définition du panier de soins assuré

⁶ C'est le titre du cahier collectif n° 6 de Juin 2004 du Cercle des Économistes : Économie de la Santé, une réforme, non, une révolution, écrit sous la direction des auteurs de ces lignes et de Marc Guillaume. Les auteurs ont d'ailleurs repris l'essentiel des idées qu'ils ont développées dans le paragraphe qui suit.

sur ressources publiques et sa réévaluation permanente, toutes trois prérogatives de l'État, et deux fonctions de caractère managérial, le pilotage de l'offre des soins, et le contrôle des organismes payeurs. Ces fonctions sont aujourd'hui confondues aujourd'hui dans une gouvernance illisible, désresponsabilisante et inefficace. Les deux dernières fonctions doivent être séparées des autres et exercées ensemble et avec fermeté par des autorités indépendantes.

Mais d'abord, il convient de rappeler les finalités de l'organisation des soins en France. En France, le principe de garantir à l'accès de tous à la protection de la santé a été inscrit dans le préambule de la Constitution en 1946 et repris par la Constitution de la Vème République en 1958. La mise en place progressive d'un service universel d'assurance maladie a permis de protéger les citoyens de manière satisfaisante en cas de pathologie lourde ou coûteuse, en cas d'accident du travail ou pour la maternité. Pour autant, on peut constater aujourd'hui des différences dans l'accès aux soins courants des populations en fonction de leurs revenus ou situations sociales⁷. Les causes viennent pour beaucoup des lacunes dans l'organisation des soins, de la répartition de l'offre de soins, des insuffisances des systèmes de financement, des inégalités d'accès à l'information. La conception égalitaire de l'accès aux soins trouve là ses limites. Les populations défavorisées qui ne peuvent pas bénéficier de la CMU sont aussi celles dont l'état de santé est le plus souvent le plus dégradé ; elles se heurtent à l'absence de structures locales de soins primaires, voire secondaires et ont une couverture sociale très partielle.

L'équité et la solidarité sont un impératif moral autant qu'un objectif politique. Elles doivent être réaffirmées. La solidarité, c'est la capacité du système de soins à assurer dans les faits un panier de soins de qualité pour tous, financé sur ressources publiques. Mais il faut cesser de se gargariser de beaux principes dont l'application reste illusoire. Dans la réalité, le monde de la santé est celui des inégalités, inégalités sociales, inégalités entre praticiens, inégalités géographiques. Une solidarité effective demande une vigilance de tous les instants et un système d'évaluation sans concessions, car tout pousse aux inégalités dans un secteur où les asymétries d'information sont légion. L'égalité d'accès de tous les malades demande la révision régulière du panier de soins pour que toutes les catégories de population, sans distinction de ressources, puissent bénéficier en permanence du niveau approprié d'accès aux soins. C'est un véritable défi pour la France d'aujourd'hui. L'enjeu est bien évidemment politique et financier, car une solidarité effective et évolutive ne peut reposer que sur l'acceptation par tous d'un effort soutenu de la collectivité comme des individus et des professionnels, en fonction de l'évolution des techniques et des aspirations des citoyens à une santé toujours meilleure. Pour ancrer, sans contestation possible, la solidarité dans la France de demain, il n'y a pas d'autres choix que d'affirmer l'existence d'un régime universel des prestations sur la base d'un panier de soins de qualité. Mais il faut le faire avec le souci de l'efficacité et de la souplesse, ce qui suppose l'instillation d'une meilleure pression concurrentielle entre prestataires de soins et de mécanismes incitatifs adaptés.

La plupart des pays se sont orientés vers l'introduction de mécanismes additionnels de concurrence dans des systèmes par essence collectifs à la base, sauf aux États-Unis et en Suisse. Un minimum de concurrence est nécessaire pour lutter contre les inefficacités et les rentes. L'évocation même de la concurrence réveille les fantasmes les plus profonds en France, le spectre de la privatisation et de la marchandisation. Ces risques ne sont jamais loin avec leur cortège d'inégalités et d'injustices. Mais un peu plus de concurrence ne peut qu'être bénéfique, même si les experts sont unanimes à reconnaître qu'elle ne donne pas, dans le monde de la santé, des résultats aussi positifs qu'espérés; une concurrence mal régulée ou trop de concurrence peuvent coûter cher, comme aux États-Unis, ou même étouffer l'innovation et la qualité, quand elle se traduit par la guerre des prix. Pour autant, la concurrence entre les offreurs de soins reste en France très superficielle, malgré les apparences d'un système libéral qui par principe autorise le libre choix. Elle doit pouvoir être exercée avec discernement par des patients mieux éclairés sur la qualité des prestations, notamment grâce aux

⁷ Ministère de la Santé, L'état de santé de la population en France 2011 et IRDES : Enquête sur la santé et la protection sociale 2008.

conseils des professionnels des entreprises de santé de proximité, aux sites internet d'information des ARS, ou aux sites privés d'information. Ceci suppose que l'information publique soit rendue disponible, mais tel n'est aujourd'hui pas le cas.

La notion de concurrence entre les organismes payeurs est d'une nature différente. L'exercice par les ARS d'une allocation des ressources aux acteurs du service public de santé permet de prendre en charge les besoins de santé de toutes les populations, dès lors que la solidarité nationale s'applique, c'est-à-dire pour le panier de soins déterminé, en fonction du revenu. Les autres dépenses sont prises en charge par les ménages, qui ont la faculté d'assurer les risques auprès d'assureurs privés. L'ajustement du panier de soins est effectué par voie réglementaire chaque année par l'État en fonction des évolutions des techniques médicales. Le niveau de revenus conduisant à une prise en charge directe par les ménages est déterminé par le Parlement, lors du vote de l'ONDAM.

De telles évolutions nécessitent la formulation de choix politiques clairs en matière de protection sociale.

Le modèle social européen s'est traditionnellement inscrit, dans le domaine de la santé, dans deux modèles exclusifs à l'origine dans leur logique profonde, mais qui tendent à tirer maintenant le meilleur l'un de l'autre : le système « bismarckien » modernisé avec un meilleur contrôle collectif, chemin pris par l'Allemagne ou les Pays-Bas, et le modèle « beveridgien » d'un service public de qualité auquel on donne de la souplesse, dont les pays nordiques ont marqué la voie, et que le Royaume-Uni vise, en acceptant d'augmenter considérablement les moyens du National Health Service. Les réformes entreprises poursuivent les mêmes objectifs, en particulier le refus de la privatisation des soins à l'américaine, rejetée partout en Europe.

Le système « bismarckien » modernisé correspond bien à l'histoire du système français de santé et à la sensibilité de nos concitoyens. Cette formule comporte, dans sa logique poussée à l'extrême, un double niveau, celui des offreurs de soins indépendants et celui de caisses d'assurance-maladie en concurrence entre elles, à l'opposé sur ce point du système français où la concurrence est pratiquement nulle entre organismes financeurs. Si on instillait de la concurrence entre les caisses en France, il paraîtrait préférable de le faire entre des organismes de financement à but non lucratif intégrés (la distinction entre caisse principale et caisse complémentaire pour assurer le ticket modérateur disparaissant de facto) et en concurrence « modérée » entre elles, avec une forte régulation. Elles seraient ainsi dotées d'une mission de service public. Les assurés choisiraient librement leur caisse ; celles-ci recevraient leurs ressources de base de la caisse centrale, en fonction du nombre et des caractéristiques médico-démographiques de leurs assurés. Elles seraient tenues d'assurer le panier de soins de base, par convention avec des réseaux de soins, comprenant centres de soins et hôpitaux ou cliniques, et pourraient offrir également des options, dont la liberté de choix des centres de soins ou praticiens pour les patients ; elles devraient bien sûr accepter tout assuré candidat. Pour éviter les effets de sélection de clientèle, c'est à-dire le risque de voir certaines caisses se spécialiser sur des options coûteuses de libre choix entre offreurs « de haut niveau », mais avec des services de base de niveau médiocre, il faudrait se poser la question d'interdire la séparation entre des centres de soins relevant uniquement du régime optionnel et d'autres centres de soins uniquement du régime de base : tous les centres de soins offerts par la caisse devraient être ouverts à tous les assurés d'une manière équitable, et les organismes de régulation contrôleraient la réalité de l'égal accès aux soins. La différenciation entre les caisses porterait donc principalement sur la qualité d'ensemble des prestations offertes ; cette qualité serait d'ailleurs évaluée, chaque année, par des organismes indépendants, et rendue publique. On pourrait introduire un système de responsabilisation, une contribution pour l'accès aux différents prestataires restant à charge des patients et inassurable (avec des niveaux dépendant des revenus).

Un autre scénario « néobévéridgien » est possible, correspondant dans sa logique à la tendance française à l'étatisation constatée depuis de nombreuses années.

Dans ce système, la collectivité publique pilote en direct l'offre de soins. C'est la collectivité publique qui assure la concurrence entre les offreurs de soins, par la qualité et la contestabilité de l'offre de soins. Cette formule est donc celle de l'organisme acheteur public des soins, avec une grande décentralisation, qui devrait être régionale, car l'expérience des pays nordiques montre que cette formule est meilleure. Dans chaque région, l'organisme acheteur public, qui bénéficie des ressources affectées par le Parlement, proportionnellement à la population, avec une correction de péréquation, pour tenir compte des variables sociodémographiques, passerait des conventions avec des prestataires de soins gérant des entreprises de santé de proximité et des hôpitaux et cliniques. Les prestataires agréés auraient l'obligation d'assurer l'intégralité du service public sur le territoire pour lequel ils sont agréés et d'accepter tout client.

Les offreurs de soins seraient structurés de la même manière que dans le schéma de caractère bismarckien, mais, dans la mesure où ils seraient en concurrence plus qu'en complémentarité, ceux qui offrirait une large palette de prestations seraient tenus d'autoriser l'accès aux « tiers offreurs » pour certaines catégories de soins très spécialisés, au titre des « ressources essentielles »⁸. Les rémunérations des professionnels des soins seraient négociées librement entre offreurs. De même que plus haut, les soins ne relevant pas de la solidarité nationale pourraient être assurés par des organismes d'assurance, sous la forme d'une assurance santé facultative ou dans le cadre d'accords collectifs d'entreprises ou de branches professionnelles.

La France a un système intermédiaire, dont il faudrait améliorer la cohérence. Mais on ne peut pas aller trop loin, comme par exemple avec l'instauration d'une concurrence entre organismes financeurs, ou bien avec un renforcement plus marqué qu'aujourd'hui de l'étatisation, à l'anglaise. Sur le papier, les différentes formules envisageables sont séduisantes. De chercher à les mettre en œuvre telles quelles serait bien évidemment critiqué car elles s'opposent à des corporatismes puissants. Leur faisabilité, aussi bien politique que technique, rend ces solutions quasiment inaccessibles dans notre pays.

Mais il convient de s'interroger, dans la mesure où on les refuse, sur la probabilité d'occurrence d'un troisième scénario, celui d'une dérive progressive du service public, et de l'amélioration relative d'une offre privée et de plus en plus coûteuse, accessible à un nombre réduit de personnes en fonction de leur situation sociale, et accentuant le dualisme bien connu dans notre pays entre les insiders et les autres, laissés pour compte de la croissance avec des revenus aux franges ou en dessous du SMIC. Ce glissement est déjà en germe d'une manière insidieuse malgré les corrections utiles, mais mises en œuvre trop lentement, de la loi HPST. Pour freiner voire stopper cette dérive, il faut choisir une voie de réforme courageuse qui nécessite de s'interroger sur les risques sociaux et politiques encourus par une dégradation de la cohésion sociale et également s'interroger sur l'idée de justice⁹. Les théories modernes de la justice qui veulent combattre les injustices réelles conduisent en effet à compléter la gestion des organisations à finalités égalitaires par la mise en place de politiques publiques différenciées en fonction des besoins réels des populations et par des mesures énergiques en faveur des plus démunis, et non pas à maintenir l'illusion d'une égalité théorique inaccessible.

Les experts n'ont cependant pas de réponse unique sur l'organisation du système de santé et de nombreux choix restent ouverts. Mais les mutations à accomplir pour moderniser notre système de

⁸ La définition est celle donnée par la Commission des Communautés européennes : «Le terme de "ressources essentielles" désigne des installations ou des infrastructures indispensables pour assurer la liaison avec les clients et/ou permettre à des concurrents d'exercer leurs activités, et qu'il serait impossible de reproduire par des moyens raisonnables» (Com. CE 649 final du 10/12/96 ; n°59).

⁹ Amartya Sen , « l'idée de justice ».

soins et limiter la croissance du déficit sont considérables : elles demandent à la fois de réagir vite pour colmater les brèches, et du temps pour conforter le navire. Cela passe par un débat qui peut (et doit) être long si on veut obtenir un minimum de consensus au sein de l'opinion publique, par le temps de la négociation, par celui de la décision qui sera probablement spasmodique compte tenu des traditions de notre pays, mais qui ne doit pas être esquivé par des artifices tactiques, et enfin par celui de la mise en œuvre qui demandera beaucoup de ténacité. Il ne faut pas brûler les étapes ; la liste est trop longue des réformes du système, annoncées comme décisives à grands renforts de trompettes politiques, tranchées en trois mois, et qui se sont avérées insignifiantes au bout de quelques années. La véritable réforme demande d'abord de l'humilité, du courage et une opinion publique bien éclairée. Donc, commençons par résorber le déficit et par apporter quelques améliorations indiscutables dans une perspective de réduction des inégalités d'accès aux soins les plus criantes, plutôt que de rêver à un optimum inaccessible, à une révolution si belle sur le papier et dans les discours, mais dont Tocqueville a bien montré les limites.