

# Comment rendre le système de santé plus efficace ?

**Brigitte Dormont**

Université Paris Dauphine et CAE

*JECO, Lyon, 15 novembre 2013*

# Contexte

- Les dépenses de santé croissent plus rapidement que le PIB
- En France, couverture moyenne généreuse et stable par la sécurité sociale et l'Etat : 75,5 %
- Pour maintenir constant le taux de couverture, il faut des taux de prélèvements obligatoires continuellement croissants
  - 3,8 % du PIB en 1970
  - 6,7 % du PIB en 2008

# Arbitrage à réaliser

- Geler le taux de prélèvements obligatoires dévolus à la santé
  - Organiser le financement du surcroît de dépenses à venir par les organismes complémentaires
  - Signifie baisser le taux de couverture
- Maintenir le taux de couverture
  - Augmentation des prélèvements obligatoires
- Marge de manœuvre: les gains d'efficacité

- L'efficacité doit être recherchée pour la totalité des dépenses de santé
  - pour toute la partie remboursable
  - pas seulement pour la partie remboursée des dépenses
- Car c'est toute la partie remboursable qui pèse sur le budget des ménages, que ce soit sous la forme de cotisations, de primes d'assurance complémentaires ou de paiement direct

# Objet de la note : propositions pour un système de santé plus efficace

- **Efficacité allocative** : sur le panier de soins remboursés
- **Efficacité productive** : produire davantage de santé pour un niveau de dépenses donné

# Existe-t-il des marges d'efficience ?

## Diagnostic : les résultats

- La France au troisième rang mondial pour la dépense
- Performance bonne mais pas exceptionnelle
  - Premier rang européen pour espérance de vie des femmes
  - Mal placée pour espérance de vie des hommes
  - Médiocre pour la mortalité prématurée : tabac, alcool, accidents du travail, taux de suicide
- Contre-performance pour les inégalités sociales de santé
  - convergence de nombreuses études internationales
  - Organisation de la médecine générale (mauvaise implantation géographique, peu de prévention)

# Existe-t-il des marges d'efficience ?

## Diagnostic : les mécanismes en place

- Du côté de la demande de soins
  - Choix de la “responsabilisation du patient”
  - Surtout des paiements visant à améliorer les recettes de la sécurité sociale (ils concernent surtout des actes ou médicaments **prescrits**)
  - Taux de remboursements partiels sans logique (15 %), complétés par les complémentaires...
  - Évaluations des médicaments pas toujours suivies d'effets dans la définition du panier
  - Résultat : augmentation des restes à charges, pas de maîtrise de la dépense pour le budget des ménages

# Existe-t-il des marges d'efficience ?

## Diagnostic : les mécanismes en place (suite)

### Mauvaise organisation de l'offre de soins :

- Paiement à l'acte omniprésent dans la médecine de ville  
demande induite, surconsommation inutile de soins  
organisation trop individuelle de la médecine de ville  
nuit à la médecine préventive, délégation de tâches, médecine de groupe
- Mauvaise répartition géographique des médecins  
plus de demande induite dans les zones sur-dotées  
pbs d'accès aux soins dans les zones sous-dotées
- Paiement à l'acte nuit à la coordination entre hôpital, ville et médico-social, pour un meilleur parcours de soins

# Existe-t-il des marges d'efficience ?

## Diagnostic : les mécanismes en place (suite)

### – Hôpital

urgences engorgées à cause du défaut de la médecine de ville  
sur la permanence des soins

la tarification à l'activité (T2A, 2004)

→ nomenclature trop fine + point flottant

→ ressemble à un paiement à l'acte, problème de pertinence  
des soins

# Changer de logique dans la définition de la couverture

- Outil actuel de régulation budgétaire : baisse de la couverture par la sécurité sociale
- Inégalités d'accès aux soins, pas de maîtrise de la dépense prise en charge par les complémentaires (les ménages sont toujours les payeurs finaux )
- **Autre logique : définir un “panier de soins solidaire”**
  - S'interdire l'outil consistant à réduire les taux de remboursement
  - S'imposer de rechercher l'efficacité productive au lieu de laisser filer la dépense

- Changer de logique dans l'allocation des ressources

Organisation

Information

# L'allocation des ressources (1/3) : organisation

- Objectifs :
  - Améliorer le service rendu par la médecine ambulatoire
  - Définir l'offre de soins en fonction des besoins
  - Introduire de nouveaux types de paiements
  - Améliorer la coordination des soins
- Logique actuelle
  - Définition centralisée des règles de la médecine de ville ( systèmes de paiement, localisation)
  - Les ARS ne peuvent agir que sur 2 % des dépenses qui sont de leur ressort
  - Les ARS n'ont pas la main sur le financement de l'ambulatoire
  - Pour les soins de ville, ressources allouées sur la base de la (sur- ou sous- ) consommation constatée ex post

# L'allocation des ressources (2/3) : organisation

- Donner aux ARS la maîtrise effective des budgets
  - Pour l'ambulatoire, l'hôpital et le médico-social (crucial pour l'amélioration des parcours de soins)
  - Pour l'ambulatoire, allouer une enveloppe en fonction des besoins
- Donner aux ARS le pouvoir de piloter l'offre de soins
  - Maîtrise du conventionnement
  - Définition des modalités de rémunération, pour les médecins et les professionnels de santé
  - Signifie accepter une diversification des modes d'exercices de la médecine entre régions ou à l'intérieur d'un même territoire

# L'allocation des ressources (3/3) : développer enfin de véritables systèmes d'information

- Information privée et protégée : mettre enfin en place le dossier médical personnel (en chantier depuis 2004)
- Information publique largement diffusée sur la qualité des soins
  - *Qualité des soins à l'hôpital*
  - *Qualité des soins dans les autres lieux (maisons de santé, EHPAD)*
  - *Performance des régions (résultats en santé publique, observatoire des rationnements)*
- Objectifs : améliorer l'efficacité du système grâce à des mécanismes de concurrence en qualité ; réduire les inégalités sociales face à l'information

Référence :

« Pour un système de santé plus efficace »,  
Philippe Askenazy, Brigitte Dormont, Pierre-Yves Geoffard et  
Valérie Paris, *note CAE n°8*, juillet 2013