

L'inefficacité de la maîtrise publique des dépenses de santé en France

Pour contenir les coûts du régime public d'assurance maladie, les pouvoirs publics en France ont cru pouvoir rééquilibrer ses comptes par différents plans de redressement. Face à l'inefficacité de ces plans ils ont mis en place - surtout depuis 1996 - une multitude de mesures de maîtrise des dépenses de santé et de contrôle des soins fournis aux malades. Cependant, ces mesures s'avèrent inefficaces et les déficits se succèdent. Dans le contexte du monopole de la Sécu, elles risquent en revanche de rendre le système de santé dans son ensemble plus rigide et plus bureaucraté au détriment des patients.

L'inefficacité des plans de redressement avant 1996

Jusqu'en 1996, les différents plans visaient avant tout à restaurer l'équilibre des comptes de l'assurance maladie par une augmentation des cotisations (déplafonnement de la base des cotisations salariales dans le Plan Durafour de 1975, par exemple) et/ou une diminution des remboursements de certains soins ou produits médicaux¹. Certains plans ont imposé un reste à charge plus important pour les malades par une augmentation du ticket modérateur (plan Barre en 1976), par la création d'un forfait hospitalier (plan Bérégoz en 1982-1983) ou une augmentation de celui-ci (plan Bianco en 1991). De même, le plan Veil a abouti en 1977-78 à une baisse des remboursements de certains médicaments, jugés de confort. Les vitamines quant à elles ont été déremboursées par le plan Séguin en 1986-87.

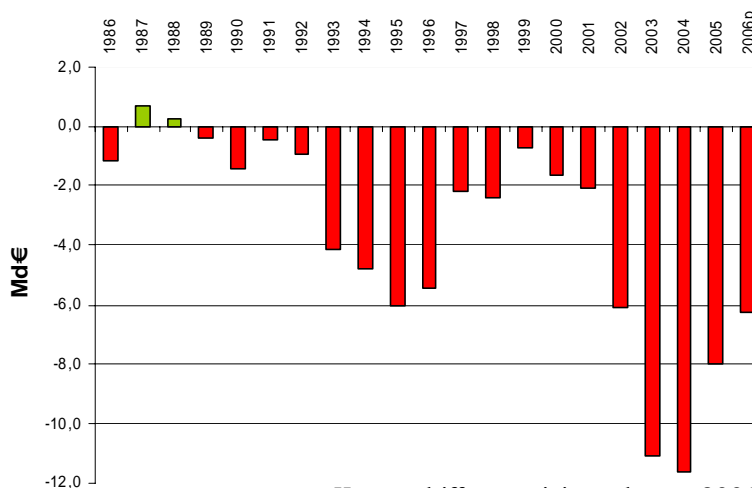
Bien que ces plans aient permis certaines années d'équilibrer les comptes du régime général d'assurance maladie, ils n'ont pas eu d'effet durable. Après 1988, le régime général d'assurance maladie a été régulièrement dans le rouge (voir Figure 1).

¹ Sur les différents plans de redressements entre 1975 et 1995, voir Frédéric Rupprecht, "Evaluation de l'efficacité du système de soins français", Annexe A du rapport Mougeot, intitulé "Régulation du système de santé", La Documentation française, 1999, p. 160, disponible à : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/994000153/index.shtml>.

L'échec de la maîtrise comptable des dépenses

Face au fait que les ressources ne sont pas illimitées et qu'il est de plus en plus difficile d'augmenter les cotisations en France, les pouvoirs publics ont décidé de mettre en place une série de mesures supplémentaires pour maîtriser les dépenses en santé.

Figure 1 : Le solde du régime général d'assurance maladie en milliards d'euros, 1986-2006



Note : chiffre prévisionnel pour 2006.
Source : Eco-Santé France 2007.

La réforme de 1996 marque dans cette optique l'introduction d'un nouveau dispositif. Il s'agit de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), voté chaque année par le Parlement. C'est une mesure qui relève dans son principe d'une logique purement comptable visant à limiter les dépenses en santé au cours d'une période donnée. Mais dans son application, l'ONDAM n'a pas été accompagné de sanctions financières pour les professionnels de la santé en cas de dépassement et il a régulièrement été dépassé, sauf à ses débuts en 1997. Les dépassements cumulés jusqu'en 2005 se montent ainsi à plus de 13,5 milliards d'euros (voir Figure 2).

De plus la gestion du système de santé par des mesures comme celle de l'ONDAM contient des défauts majeurs et il est illusoire de croire qu'il pourrait régler les problèmes du régime public d'assurance maladie.

Tout d'abord, la logique de l'ONDAM consiste à déterminer des sous-objectifs, par exemple, pour les

soins de villes, pour les établissements publics, pour les cliniques privées, etc. Mais cette planification des dépenses de santé peut être loin de la réalité et ne peut être un bon outil de gestion du système de santé. En 2005 l'objectif des soins de ville a par exemple été surévalué de 430 millions d'euros, alors que celui des établissements de santé (hospitaux et cliniques privées) a été sous-estimé de près de 700 millions d'euros².

Ensuite, il faut bien réaliser qu'un respect de l'ONDAM n'implique pas automatiquement pour autant un équilibre des comptes du régime d'assurance maladie. Par exemple, en 2005, les dépenses réelles ont été proches de l'objectif à 40M d'euros près, mais le régime public enregistrait toujours un déficit de 8 milliards d'euros pour le seul régime général.

Depuis la mise en place de l'ONDAM et en tenant compte de l'inflation, les déficits cumulés entre 1997 et 2006 sont de plus de 49 milliards d'euros (en euros constants de 2000)³, soit deux fois plus élevés qu'au cours de la décennie précédente. La maîtrise publique des dépenses depuis 1996 n'a, à l'évidence, pas pu régler le problème du déficit des comptes publics.

Durcir la maîtrise comptable des dépenses de santé ?

Mais face au non respect de l'ONDAM, ne suffirait-il pas de sanctionner les professionnels de la santé en cas de dépassement pour que les choses rentrent dans l'ordre et que la maîtrise comptable soit un succès ?

Une telle proposition ignore plusieurs points. Premièrement, si l'ONDAM avait été appliqué en France de manière à pénaliser les prestataires de soins en cas de dépassement, il aurait eu plus de chances d'être respecté mais il aurait aussi abouti à un véritable rationnement des soins. En effet, qui serait prêt à fournir des soins, s'il s'en trouve pénalisé pour avoir

² Voir le Rapport de la Cour des comptes, *La Sécurité sociale*, septembre 2006, p. 7-8, disponible à : <http://www.ccomptes.fr/cour-des-Comptes/publications/rapports/secu2006/rapport-secu06.pdf>.

³ Cf. Eco-santé France 2007 ; calculs de l'auteur. Voir aussi les différents rapports de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, disponibles à : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/ccss/sommaire.htm#rapports>

créer des dépenses d'assurance maladie hors objectif ?

D'autres effets pervers peuvent accompagner de telles mesures drastiques. Les prestataires - pour qui la menace de sanction est la plus forte - n'hésiteront probablement pas à référer les patients à d'autres médecins ou aux hôpitaux afin de ne pas facturer eux-mêmes les soins requis. Si la facture tend à baisser

pour certains postes de soins, elle peut se trouver gonflée pour d'autres postes. Par exemple, en Allemagne, des plafonds ont été imposés en 1993 sur les prescriptions médicamenteuses des médecins. Ceux-ci ont alors référé leurs patients à des spécialistes ou les ont envoyés à l'hôpital pour ne pas dépasser leur quota budgétaire et être pénalisés. Durant les sept premiers mois de l'implantation de la mesure, le taux de référencement à d'autres médecins a augmenté de 9% et le taux d'admission hospitalière de 10%, comparativement à l'année précédente⁴.

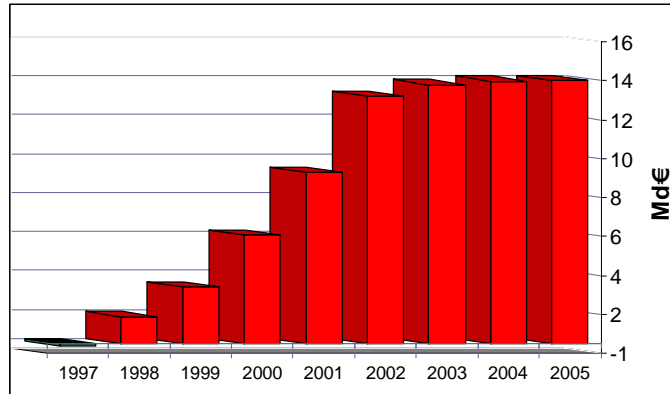
La solution à l'inefficacité de l'ONDAM ne réside donc pas dans l'imposition de pénalités et des mesures de répression pour les prestataires de soins en cas de dépassement.

La maîtrise publique des dépenses menace la liberté de choix de son médecin

Si la maîtrise des dépenses de santé est inefficace pour rééquilibrer les comptes publics de l'assurance maladie, elle a servi de prétexte pour mettre en place au fil du temps des mesures de plus en plus nombreuses visant à contrôler le système de santé dans son ensemble et ayant leurs propres effets pervers.

Les différents plans de redressement avaient laissé relativement libre le choix du médecin au patient. Mais les mesures, prévues par la réforme de 1996 et renforcées par celle de 2004, visent explicitement à contrôler et à réglementer de plus en plus l'utilisation que font les malades du système de

Figure 2 : Les dépassements cumulés de l'ONDAM en milliards d'euros, 1997-2005



Source : Eco-Santé France 2007; calculs de l'auteur.

⁴ Voir J.M.G. von der Schulenburg and Oliver Schöffski, "Implications of the structural reform of Healthcare Act on the referral and hospital admission practice of primary care physicians", *Discussion Paper N°34*, November 1993, cités dans Guillem Lopez-Casasnovas et Jaume Puig-Junoy, "Review of the literature on reference pricing", *document de travail*, avril 2000, p. 19, disponible à : <http://www.econ.upf.edu/docs/papers/downloads/362.pdf>.

santé, en particulier le choix de leur médecin.

Un premier dispositif, mis en place en 1998, proposait déjà aux patients de choisir un "médecin référent" qui, à l'image d'un "gate-keeper" dans les systèmes de type britannique⁵, allait orienter leur consommation de soins. Seulement 1% des patients avaient opté pour ce dispositif⁶.

Mais depuis 2005, d'autres mesures, plus strictes ont été instaurées. Tous les assurés ont été ainsi poussés par les pouvoirs publics à choisir un "médecin traitant" et à suivre un "parcours des soins", i.e. le consulter en premier lieu en cas de problème de santé. Mais contrairement à l'option du médecin référent, elles prévoient des pénalités financières pour les assurés qui reçoivent des remboursements moindres et qui pourront se voir obligés de payer aux médecins des dépassements de tarifs en cas de non respect du nouveau dispositif⁷.

Les économies à réaliser avec ce dispositif de médecin traitant risquent de rester cependant marginales. Le "nomadisme" médical (i.e. consulter sans raison médicale plusieurs médecins pour le même épisode de soins) qu'il vise à limiter, semble peu significatif. Selon un rapport, pour les assurés par exemple de la Canam (Caisse d'assurance maladie des Professions indépendantes), il aurait concerné 0,2% des bénéficiaires et son surcoût correspondrait à 0,01% des remboursements de soins de ville en 2001⁸. En revanche, la mise en place du dispositif du médecin traitant et le parcours coordonné de soins représenterait une « surcharge administrative » pour une partie des médecins du fait notamment de la complexité des conditions de prise en charge⁹.

En bout de ligne, bien qu'il n'y ait pas encore

d'obligation à choisir un médecin traitant et à le consulter en premier lors d'un problème de santé, il s'agit d'un pas incontestable dans cette direction. La liberté de consulter le médecin/le spécialiste de son choix s'en trouve affectée, même s'il est vrai qu'elle n'a pas encore été totalement supprimée comme dans le système de santé britannique.

En Angleterre ou au Canada où ce système est poussé au bout de sa logique, c'est au généraliste - et non au patient pourtant bénéficiaire des soins - de juger s'il est judicieux ou pas de consulter un spécialiste. En cas de divergence d'avis, l'accès au spécialiste peut lui être refusé. Or, étant donné les compétences spécifiques d'un spécialiste et le fait qu'il est confronté à un grand nombre de cas dans sa spécialité, son diagnostic peut souvent être plus précis et ses traitements plus efficaces pour les maladies du moment que ceux d'un généraliste.

Ces restrictions concernant l'utilisation du système de santé peuvent d'autant moins convenir aux patients que les décisions de référencement ou de prescription des "gate-keepers" sont soumises à des pressions de la part des pouvoirs publics désireux de baisser les dépenses en santé. *In fine*, bien qu'il s'agisse d'une mesure censée faire réaliser des économies pour l'assureur public, il est primordial que les assurés puissent la sanctionner en optant pour un assureur concurrentiel, si et quand ils estiment qu'elle n'apporte pas de valeur ajoutée pour eux.

La maîtrise publique des dépenses entraîne la bureaucratisation de l'offre

Dans leur volonté de maîtriser les dépenses de santé, les pouvoirs publics ont également imposé de plus en plus de contraintes aux prestataires de soins.

Au-delà de la réglementation de leurs tarifs qui sont depuis longtemps contrôlés par les pouvoirs publics, les réformes successives visent de plus en plus à contrôler la pratique même des professionnels de la santé. La liberté d'exercice des médecins de ville, ainsi que les conditions de pratique dans les hôpitaux sont, là encore, de plus en plus réglementées. Par exemple, les références médicales opposables - apparues en 1993 et qui sont des indications de pratique par pathologie que les médecins doivent en principe respecter - ainsi que plus récemment les recommandations de bonnes pratiques, peuvent devenir de véritables outils pour sanctionner les médecins s'ils ne les respectent pas. Ces mesures peuvent, en effet, les obliger à changer leur pratique dans le but de réaliser des économies pour le régime d'assurance maladie¹⁰.

De même, l'informatisation du système de santé

⁵ Il s'agit de pays comme l'Angleterre, le Canada, entre autres, où tout accès au système de soins passe par un généraliste, appelé "gate-keeper". Il est impossible par exemple de consulter un spécialiste sans être référé par ce "gate keeper".

⁶ Voir Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon et Valérie Paris, "Can physician gate-keeping and patient choice be reconciled in France ? Analysis of recent reform", Eurohealth, Vol. 12, numéro 1, 2006, p. 17-20, disponible à : http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eur_ohealth/vol12no1.pdf.

⁷ Dans les cas de certains spécialistes (gynécologues, ophtalmologues et psychiatres), les cas d'urgence ou ceux d'absence du médecin traitant, l'assuré reçoit cependant le remboursement normal de l'assurance maladie et n'est donc pas pénalisé.

⁸ Voir le rapport du Régime d'assurance maladie des professions indépendantes, "Etude de la justification médicale du nomadisme", novembre 2001, disponible à : http://www.canam.fr/publications/sante/etudes_canam_gestion_d_u_risque_et_prevention/pdf/nomadisme.pdf.

⁹ Voir le Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, juillet 2006, p. 58-59, disponible à : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000674/000.pdf>.

et la codification des actes médicaux se présentent comme des moyens potentiels supplémentaires de surveillance et de contrôle bureaucratique sur les praticiens. Etant donné que le cas de chaque malade reste individuel et nécessite un jugement indépendant du médecin, de telles mesures peuvent faire l'objet de dérive sans pour autant qu'il soit possible aux patients de les sanctionner. En effet, c'est seulement sur un marché concurrentiel de l'assurance - ce qui n'est pas le cas de la Sécu, en situation de monopole - qu'un assureur est incité à tenir réellement compte de ces risques de dérive, sous peine de voir ses clients partir chez la concurrence.

Les établissements hospitaliers sont eux aussi affectés par les réformes, et plus particulièrement par un changement dans leur mode de financement. Contrairement à l'ancien mode de financement par dotation globale – qui concernait les hôpitaux publics et certains établissements privés participant au service public hospitalier ou PSPH –, une part croissante de leur financement depuis 2004 s'effectue selon une tarification administrative (« tarification à l'activité » ou T2A) des pathologies et des séjours qui sont classés dans des groupes jugés homogènes. Cette tarification s'applique aussi désormais sur l'ensemble du financement des cliniques privées non PSPH.

«Les tarifs fixés par l'administration, appelés en jargon bureaucratique « tarification à l'activité » ou T2A, sont loin d'avoir les vertus coordinatrices des prix sur un marché concurrentiel.»

Mais les tarifs fixés par l'administration sont loin d'avoir les vertus coordinatrices des prix sur un marché concurrentiel. Un tel financement par ailleurs pousserait paradoxalement les établissements à gonfler le volume d'activité pour avoir plus de financement, comme le souligne un rapport du Sénat¹¹.

Pire encore. Si cette réglementation ne permet pas de maîtriser les dépenses hospitalières (qui sont l'un des plus gros postes de dépenses), elle contient en revanche plusieurs dangers pour les patients. Le fait de considérer ou pas leurs pathologies comme homogènes est une question de degré, et les différences d'un cas à un autre peuvent influencer le coût de chaque malade. Des groupes homogènes mal construits et des rémunérations inadéquates, prévus par la T2A, pourraient par conséquent inciter les établissements hospitaliers à se débarrasser des pathologies et des patients, dont le coût serait plus important que le financement prévu par les pouvoirs publics¹².

Quand tout le système de santé se trouve ainsi soumis à la même réglementation, le patient est bien obligé de subir ses effets pervers sans avoir le choix de pouvoir se faire soigner ailleurs.

Conclusion

Les différentes mesures mises en place par les pouvoirs publics depuis des décennies ne sont pas la solution pour contrôler les coûts du régime public d'assurance maladie obligatoire. Mais ce qui est plus grave, c'est qu'au fil des réformes, on a ajouté des contraintes supplémentaires, aussi bien en ce qui concerne l'offre de soins par l'ensemble des prestataires que l'utilisation du système de santé par les patients.

Les couches successives de réglementations bureaucratiques ainsi de plus en plus la pratique médicale au détriment des patients. Si de telles politiques sont poussées jusqu'au bout de leur logique, ces derniers risquent de devoir faire face - à l'image des patients dans des pays comme l'Angleterre ou le Canada - à des files d'attente et à un rationnement des soins.



Institut Economique Molinari

rue Luxembourg, 23 bte 1
1000 Bruxelles
Belgique
Tél. +32 2 506 40 06
Fax +32 2 506 40 09
e-mail:
cecile@institutmolinari.org
www.institutmolinari.org

L'Institut Economique Molinari est un institut de recherche et d'éducation indépendant et sans but lucratif.

L'Institut s'est fixé comme mission de proposer des solutions alternatives et innovantes favorables à la prospérité de l'ensemble des individus composant la société.

Reproduction autorisée à condition de mentionner la source.

© Institut Economique Molinari

Printed in Belgium

Design by LEONard

¹⁰ Sur les dangers de ces mesures, voir l'article de Bertrand Hue, "Le piège des bonnes pratiques médicales", disponible à : http://www.droit-medical.net/article.php?id_article=35.

¹¹ Voir le rapport d'information du Sénat, intitulé "La tarification à l'activité à l'hôpital : la réforme au milieu du gué", disponible à : <http://www.senat.fr/rap/r05-298/r05-2980.html#toc49>.

¹² Sur le risque d'effets pervers de la T2A, voir l'étude du Comité économique et social, "L'hôpital public en France : bilan et perspectives", juin 2005, p. 164-169, disponible à : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000659/0000.pdf>.