

## ÉDITORIAL

*Ce rapport privilégie deux aspects : Quelles sont les justifications économiques de l'intervention de l'État dans le secteur de la santé ? Que penser des systèmes en vigueur de tarification des actes médicaux et comment les améliorer ?*

*La première interrogation renvoie aux arguments habituels en faveur d'une intervention publique. Mais d'après l'auteur, il convient de remettre à plat un certain nombre de paramètres et d'idées reçues, et pas seulement du fait du resserrement de la contrainte budgétaire avec la crise.*

*La tarification à l'activité (T2A) pratiquée en France est un progrès en comparaison du système antérieur. Elle soulève cependant un certain nombre de problèmes.*

*Le rapport souligne la difficulté de mettre en œuvre un pseudo-marché dans un contexte où les mécanismes concurrentiels de fixation des prix ont été dès le départ neutralisés. Comment pondérer les considérations d'efficacité dans l'allocation des ressources et de justice sociale ? Comment concilier redistribution et incitations ? La discussion sur les franchises, le ticket modérateur... est alors sollicitée.*

Christian de Boissieu

n° 3/2012  
Rapport CAE n° 103

DÉCEMBRE 2012

## Réflexions sur l'organisation du système de santé

Rapport de Gilles Saint-Paul

*Dans ce rapport, Gilles Saint-Paul présente ses réflexions sur l'organisation du système de santé français. Il propose des pistes de réforme, en posant sur ce secteur aux nombreuses spécificités le regard d'un économiste extérieur au domaine de la santé. Avec une prise de recul revendiquée, l'auteur analyse en particulier deux points. D'une part, il se pose la question de savoir ce qui peut justifier que l'assurance et une partie de l'offre de soins soient publiques, et non pas privées. D'autre part, l'auteur se penche sur la tarification à l'activité (T2A). Celle-ci consiste à se doter de prix pour les actes médicaux effectués à l'hôpital. Elle a pour effet d'inciter les hôpitaux à aligner leurs coûts sur les tarifs imposés, mais la question de la fixation des tarifs se pose avec acuité. Enfin, l'auteur réaffirme le bien-fondé de mesures accentuant l'internalisation des coûts chez les différents acteurs (patients, médecins, mutuelles). En particulier, l'auteur préconise l'adoption d'un système de franchise/plafond indexé sur les revenus de l'assuré.*

*Cette lettre, publiée sous la responsabilité de la cellule permanente, reprend les principales conclusions tirées par l'auteur.*

### L'intervention publique dans le secteur de la santé

Dans un premier temps, Gilles Saint-Paul pose la question de la justification du monopole public de l'Assurance-maladie. L'auteur rappelle que le marché de l'assurance des soins de santé n'est à l'évidence pas un marché comme les autres, notamment en raisons des asymétries d'information qui le caractérisent : aléa moral et sélection adverse.

#### Les justifications de l'intervention publique dans le marché de l'assurance-santé

L'aléa moral justifie l'existence du ticket modérateur, car sinon, rien ne viendrait limiter les dépenses des patients, couvertes à 100 %. La sélection adverse est, elle, susceptible de mener, sinon à la disparition pure et simple du marché de l'assurance-santé, du moins à l'écroulement des risques forts, tenus de s'acquitter de primes d'assurance

élevées. Cette propriété bien connue en économie de l'assurance, et appliquée au remboursement des soins de santé, empêcherait la redistribution horizontale entre biens portants et malades, qui est pourtant un des premiers fondements de l'assurance-maladie.

Le marché de la santé est par ailleurs incomplet, du fait qu'un certain nombre de maladies ou prédispositions à des maladies, étant héréditaires, sont présentes dès la naissance, et ne peuvent donc pas donner lieu à une assurance *ex ante*.

En outre, le caractère obligatoire de l'affiliation à l'assurance-maladie est fondé, entre autres, sur une possible myopie des agents, qui pourraient ne pas juger utile de s'assurer contre un risque fort, mais dont la probabilité d'occurrence serait faible. L'État endosse alors un rôle paternaliste en décidant, à la place des agents, de tous les assurer.

Enfin, l'auteur se penche sur les propriétés de l'assurance-maladie comme outil de redistribution en nature. Les raisonnements usuels invitent à préférer la redistribution sous forme monétaire à la redistribution en nature : la redistribution monétaire laisse aux agents le libre choix de l'utilisation des sommes reçues, ce qui est impossible avec une fourniture d'un bien ou service en particulier. Toutefois, l'auteur rappelle que des arguments plus fins découlant du lien entre revenu et demande de soins sont susceptibles de nuancer ce propos.

### Les objections à l'intervention publique

À chacun de ces arguments, l'auteur réagit en avançant que la fourniture publique de l'assurance-maladie est certes une façon de le prendre en considération, mais pas nécessairement la seule.

L'existence de franchises est tout à fait envisageable avec un système d'assurance-santé privée. De plus, l'interdiction de procéder à de l'écrémage, potentiellement causé par la sélection adverse, pourrait être imposée à des assureurs privés comme à l'assurance-maladie publique. De la même façon, les assureurs privés pourraient être contraints d'accepter tous les clients, y compris ceux atteints de pathologies héritées ou apparues dès le plus jeune âge. Concernant le paternalisme, l'auteur suggère qu'une information sur les risques suffisamment diffusée, ainsi qu'une inscription d'office dans un régime d'assurance, pourraient résoudre le problème de la myopie des agents.

Au final, l'auteur en déduit qu'aucun des arguments étudiés ne justifie à lui seul que la fourniture privée d'assurance-santé soit inefficace. L'assurance-maladie pâtit, en outre, du système d'assurances complémentaires, que l'auteur souhaiterait voir remplacé par des assurances supplémentaires. Pour chaque bien de santé, un unique assureur serait concerné, ce qui limiterait les problèmes liés à l'absence de coordination entre assureurs multiples.

### Analyse critique de la T2A

Dans un second temps, l'auteur analyse en détail les implications de la mise en place de la T2A sur le marché de la fourniture de soins. La T2A, qui s'applique pour l'heure aux hôpitaux publics et à certaines cliniques privées sous contrat, consiste à définir une grille des diverses pathologies, les groupes homogènes de malades (GHM), et un tarif de remboursement unique pour chaque GHM. L'auteur reconnaît l'amélioration de la T2A par rapport aux pratiques précédentes, qui donnaient lieu

au remboursement des frais encourus par les hôpitaux sur la base de leurs seuls coûts réels. Toutefois, Gilles Saint-Paul considère que certains points méritent d'être discutés :

- les tarifs sont-ils correctement fixés ?
- les GHM sont-ils réellement homogènes ?
- le signal fourni par le tarif donne-t-il réellement lieu aux réallocations souhaitées ?

### Définition du tarif et équilibre du marché des soins

Tout en admettant les particularités du secteur de la santé, Gilles Saint-Paul se propose, à l'instar de l'analyse micro-économique de l'équilibre de marché, d'étudier les implications de la T2A comme mécanisme affectant l'offre et la demande de santé.

La T2A représente un premier pas indéniable vers une reconnaissance de l'importance d'un signal-prix sur le marché de la fourniture de soins. Toutefois, le tarif est asymétrique, au sens où il ne véhicule pas, ou mal, la valeur accordée par les consommateurs aux soins reçus, et se limite à un signal-coût à l'endroit des producteurs.

*Du côté de la demande*, il est en effet difficile pour les autorités publiques de mesurer la valeur marginale accordée par les patients aux soins qui leurs sont prodigués. Elles peuvent avoir recours aux évaluations contingentes, de manière à quantifier la valeur du « bien santé ». Toutefois, ces méthodes aboutissent à une valorisation moyenne, et non pas marginale, des soins. Il est alors possible que les pouvoirs publics surestiment la valeur de la santé, et proposent en conséquence des tarifs trop élevés. Ces derniers, à leur tour, inciteront les hôpitaux à accroître leur offre plus que nécessaire. Ces évaluations ne sont pas non plus capables de mesurer les externalités positives associées aux soins (au premier rang desquelles se trouvent les vaccinations) qui participent à la valeur sociale de la demande de soins. Une solution pour inférer la valeur des soins ressentie par les patients serait de mettre en place des phénomènes de rationnement par files d'attente. Les tarifs d'un GHM seraient d'autant plus revalorisés que la pénurie associée serait relativement forte.

*Du côté de l'offre*, la raison d'être de la T2A paraît plus claire : ce système impose un remboursement uniforme sur la base du coût moyen observé par enquête sur un échantillon représentatif d'établissements de santé. La T2A incite donc les hôpitaux à accroître leur pro-

ductivité, et à réallouer leurs ressources à cet effet. Selon la nature et la structure des coûts supportés par les firmes, les conséquences d'un tarif administré, égal au coût moyen, seront variées.

Si on considère que les coûts unitaires sont constants et indépendants du volume de production, le tarif de T2A forcera les établissements les moins productifs à restructurer leurs activités, voire à fermer. Si le coût unitaire s'élève avec l'échelle de production (difficulté de dupliquer une même activité), le tarif T2A pourrait avoir des conséquences dramatiques, car alors les hôpitaux ne rentreraient plus dans leurs frais. Le cas inverse où le coût unitaire décroît avec la production (amortissement de coûts fixes) donne, lui, classiquement lieu au monopole naturel. Enfin, dans le cas où, pour chaque établissement, existe une taille optimale minimisant le coût de production, l'instauration de la T2A aurait pour effet de sélectionner les hôpitaux les plus rentables. La question du volume de production se poserait alors, car rien ne garantirait que les établissements dont l'activité serait rentable au tarif imposé offriraient la quantité optimale de soins.

La T2A est également un outil puissant de redéploiement de l'offre de soins. Par exemple, certains soins en ambulatoire ont vu leur tarif s'élever par rapport au tarif des soins en hospitalisation équivalents. Ces ajustements tarifaires traduisent la volonté des pouvoirs publics de développer la médecine ambulatoire, pour répondre à une modification de la demande de soins. L'auteur se demande cependant comment, de manière opérationnelle, les autorités de santé pourraient quantifier la hausse du tarif nécessaire pour infléchir les comportements dans le sens souhaité, et sur quelle durée cette déformation temporaire des tarifs devrait être opérée.

Pour garantir la maîtrise budgétaire globale des dépenses de santé, les tarifs de la T2A sont ajustés de manière uniforme à la baisse, dès que l'objectif de l'ONDAM est dépassé. Or, l'uniformité de la baisse n'exerce aucun effet incitatif sur les comportements individuels : il conviendrait de réduire les tarifs des professionnels qui sur-prescrivent, et non pas ceux de l'ensemble des acteurs. En l'état, l'articulation T2A/ONDAM donne lieu au problème du passager clandestin. L'auteur suggère de davantage fonder la régulation de l'activité sur les incitations individuelles, quitte à ne plus imposer un contrôle global des dépenses, car celui-ci introduit une forme de sur-détermination.

### La question de l'homogénéité des GHM

La définition des GHM (groupes homogènes de malades) pose l'épineuse question du degré de précision de la cartographie des différentes pathologies. En particulier, ces dernières se distinguent non seulement par leurs natures propres (affections respiratoires, digestives, etc.), mais également, à pathologie donnée, par leurs degrés de gravité. L'uniformité du remboursement, quelle que soit la gravité de la maladie, pourrait engendrer une forme de sélection adverse. Les comparaisons internationales suggèrent toutefois que la France a déjà choisi un niveau de détail particulièrement élevé (plus de 2 000 GHM, contre 1 200 en Allemagne).

Par ailleurs, la qualité des soins présente un certain degré d'hétérogénéité entre établissements de santé. Il est possible que l'instauration d'un tarif unique T2A ne mène pas à une homogénéisation de la qualité offerte, mais plutôt à des phénomènes de files d'attente différenciées : les établissements de haute qualité seraient sujets à rationnement, et l'accès aux autres hôpitaux serait plus aisé. En tout état de cause, le lien entre le tarif T2A et le niveau de qualité jugé acceptable n'est pas évident et gagnerait à être appréhendé avec précaution.

### La question des mécanismes de réallocation

La T2A est conçue comme un signal-prix adressé aux fournisseurs de soins. Ce signal devrait, dans l'idéal, les mener à adapter leur offre en fonction du niveau de leurs coûts de production relativement aux tarifs pratiqués. Or, il n'est pas certain que les personnels de santé répondent systématiquement à ces incitations. Pour encourager ces évolutions, des mesures récentes rendent possible l'instauration de primes d'intéressement, mais leurs effets ne sont pas encore perceptibles. Par ailleurs, la logique de l'alignement des coûts de production voudrait que certains établissements cessent leurs activités, mais dans la pratique, de fortes oppositions retarderaient, sinon empêcheraient, ces fermetures.

### Quelques perspectives de politique économique

Le système français d'assurance-santé tente de faire face à deux contraintes antagonistes : assurer un accès égalitaire aux soins d'une part, et enrayer la montée des dépenses d'autre part. À cet égard, les revalorisations des tickets modérateurs suggèrent qu'une dose de

responsabilisation individuelle, même progressive, devrait avoir des vertus en termes budgétaires, sans forcément engendrer des effets anti-redistributifs majeurs.

L'auteur est favorable à la mise en place d'un système de franchise/plafond, par exemple annuels, et dont les montants pourraient être indexés sur les revenus des assurés. De cette façon, les pouvoirs publics choisiraient la dose de redistribution verticale opérée par l'assurance-maladie.

Gilles Saint-Paul propose par ailleurs une réforme ambitieuse, consistant en l'instauration de comptes-santé individuels. Ces comptes seraient initialement crédités d'un montant à définir. Puis, les recours aux dépenses de santé viendraient réduire le solde détenu. Les assurés n'auraient jamais l'obligation de financer un solde négatif, mais pourraient en revanche demander la conversion de soldes excédentaires, dépassant un certain seuil, en versements monétaires. Avec un pareil compte santé, les efforts des assurés en matière de prévention, dépistage, soins précoces, leur permettraient de conserver, ou au moins de retrouver après un certain temps, un solde positif. Cela créerait des incitations financières à adopter de telles pratiques. *A contrario*, un système de plafond annuel de reste à charge produirait moins d'incitations à la modération des dépenses et aux comportements précautionneux, car l'assuré ne serait plus sollicité pour le financement de ses soins, une fois le plafond dépassé.

Gilles Saint-Paul considère que les incitations pourraient également être accentuées à l'endroit des professionnels de santé. La T2A est un indéniable premier pas, mais elle fournit le signal prix, sans pour autant offrir de courroie de transmission entre tarif et incitations à la réallocation. Accélérer la mise en place des procédures d'intéressement dans les hôpitaux publics, ou susciter le développement des établissements privés, lucratifs comme non lucratifs, permettrait de surmonter cet obstacle. Concernant la médecine de ville, l'extension de la T2A à ce secteur paraît souhaitable. Il convient néanmoins de reconnaître que les réorganisations causées par la T2A risquent d'être moins efficaces et plus douloureuses pour des cabinets de petite taille, qu'elles ne le sont pour de vastes hôpitaux. La tendance actuelle du regroupement de médecins libéraux dans des structures privées de taille conséquente laisse cependant penser que la T2A gagnerait à être étendue à la médecine de ville.

### Commentaires

Selon **Franck von Lenep**, l'argumentaire du rapport de Gilles Saint-Paul tient principalement en ce que le recours au signal-prix est trop peu fréquent dans l'organisation du système de santé français. Or, Franck von Lenep n'est pas convaincu qu'une utilisation accrue du signal-prix soit toujours souhaitable.

Ainsi, du côté du comportement des assurés, Franck von Lenep doute de la pertinence de l'aléa moral *ex ante*. Quant à l'aléa moral *ex post*, s'il existe – en remboursant intégralement les dépenses de santé, l'incitation à surconsommer est indéniable –, il semble quantitativement faible. De plus, en élevant la part payée par l'assuré, toutes les dépenses sont réduites, et pas uniquement celles considérées comme inutiles, ce qui invite à la plus grande prudence. Une réduction excessive des dépenses de santé – dont celles consacrées à la prévention – peut d'ailleurs s'avérer contre-productive.

Concernant le comportement des offreurs de soins, Franck von Lenep reconnaît la finesse de l'analyse de Gilles Saint-Paul sur les implications de la T2A. Cette démarche peut cependant être dépassée. Des gains d'efficience, dans la médecine de ville comme à l'hôpital, sont possibles (par exemple, en matière de prescription médicamenteuse). Le levier tarifaire existe bel et bien : à l'instar de l'Allemagne, les tarifs de T2A devraient être dégressifs à l'échelle de la fourniture de soins d'un établissement, et non pas à l'échelle nationale, comme c'est le cas avec l'ONDAM. Toutefois, au-delà de ces incitations par les prix, c'est toute l'organisation du système de soins qu'il convient de redessiner. La définition du panier de soins et des recommandations de bonne pratique, ainsi qu'une meilleure coordination entre médecine hospitalière et médecine de ville, sont des étapes essentielles, qui gagneraient à être également prises en considération.

**Brigitte Dormont** rejoint Gilles Saint-Paul sur l'utilité de l'analyse économique, pour une clarification des objectifs du système de santé français, ainsi que pour une évaluation de ses performances. Selon Brigitte Dormont, l'analyse économique de Gilles Saint-Paul est peut-être, en certaines occasions, poussée à un niveau qui la rendrait difficilement applicable. Pour

## Les Rapports du Conseil d'analyse économique

- 70. Perspectives agricoles en France et en Europe
  - 71. Mondialisation : les atouts de la France
  - 72. Les leviers de la croissance française
  - 73. Mesurer le pouvoir d'achat
  - 74. Gaz et électricité : un défi pour l'Europe et pour la France
  - 75. Private equity et capitalisme français
  - 76. La mondialisation immatérielle
  - 77. Innovation et compétitivité des régions
  - 78. La crise des subprimes
  - 79. Salaire minimum et bas revenus
  - 80. Politique de change de l'euro
  - 81. Performances à l'exportation de la France et de l'Allemagne
  - 82. Loger les classes moyennes
  - 83. Le financement des PME
- 84. Immigration, qualifications et marché du travail
- 85. Le partage des fruits de la croissance en France
  - 86. Épargner à long terme et maîtriser les risques financiers
  - 87. Politique climatique : une nouvelle architecture internationale
  - 88. Refondation du droit social : concilier protection des travailleurs et efficacité économique
  - 89. Investissement direct étranger et performances des entreprises
  - 90. Les mobilités des salariés
- 91. Investissements et investisseurs de long terme
- 92. Créativité et innovation dans les territoires
- 93. Les effets d'un prix du pétrole élevé et volatil
- 94. Les marchés de brevets dans l'économie de la connaissance
- 95. Évaluer la performance économique, le bien être et la soutenabilité
- 96. Banques centrales et stabilité financière
- 97. Valoriser le patrimoine culturel de la France
- 98. L'émergence de la Chine : impact économique et implications de politique économique
- 99. Réformer le système monétaire international
  - 100. Crise et croissance : une stratégie pour la France
  - 101. La protection du consommateur : rationalité limitée et régulation
- 102. Les mutations du marché du travail allemand
  - 103. Réflexions sur l'organisation du système de santé

Les rapports du CAE sont disponibles  
à La Documentation française  
29 quai Voltaire  
75344 PARIS Cedex 07  
Téléphone : 01 40 15 70 00  
Télécopie : 01 40 15 72 30  
et sur : [www.cae.gouv.fr](http://www.cae.gouv.fr)

La  
documentation  
Française



autant, elle reconnaît que des vérités essentielles apparaissent dans ce rapport : la nécessité de séparer les champs d'intervention de l'Assurance-maladie et des assurances complémentaires, l'impossibilité pour la tarification à l'activité de répondre simultanément à trois objectifs, ainsi que la difficile prise en considération de la qualité des soins dans la définition des tarifs T2A.

Brigitte Dormont regrette cependant que ce rapport n'ait pas dressé un état des lieux du fonctionnement du système de soins et n'ait pas montré en quoi la situation a évolué depuis le précédent rapport du CAE de Michel Mougeot.

Concernant le fonctionnement de l'hôpital, Brigitte Dormont rappelle que la grille de la T2A est si précise que le système se rapproche considérablement d'une tarification à l'acte susceptible d'engendrer de la demande induite. Il faudrait par ailleurs considérer les deux types d'aléa moral (sur l'offre et sur la demande) et comparer leurs effets sur la demande de soins.

Brigitte Dormont se tourne ensuite vers la question de l'assurance-maladie, sur laquelle porte l'essentiel de ses commentaires.

La question principale n'est pas le caractère public ou privé de l'assurance-maladie, mais son statut (obligatoire ou facultatif), et le nombre d'assureurs (un seul ou plusieurs en concurrence). L'argument paternaliste, avancé par Gilles Saint-Paul, est certes pertinent, mais au-delà d'une imparfaite prise en compte des risques par les individus, il est une seconde raison qui justifie le caractère obligatoire de l'assurance-maladie : *a posteriori*, les soins vitaux seront nécessairement pris en charge par la collectivité. Il n'est pas envisageable de laisser des individus atteints de graves affections sans soin, au motif qu'ils n'auraient pas choisi de s'assurer.

Comme le souligne Gilles Saint-Paul, l'articulation régime obligatoire/assurances complémentaires est une particularité française ; ailleurs, les assurances facultatives sont supplémentaires et remboursent des dépenses autres que celles prises en charge par le régime obligatoire. La situation française est bien source d'inefficacité, mais il faudrait aller plus loin dans l'analyse. Premièrement, pour les individus n'ayant pas accès à

un contrat collectif d'entreprise, les primes sont dégressives. Elles peuvent être très élevées pour les ménages les plus modestes, leur interdisant de fait l'accès. Deuxièmement, les complémentaires contournent l'interdiction de fonder les tarifs sur l'état de santé, en proposant une variété de contrats différents. Elles segmentent le marché en incitant chaque catégorie de risque à opter pour le contrat qui lui est destiné. Ceci engendre une dégradation de la mutualisation des risques, et des primes élevées pour certains individus. Troisièmement, le fait que la couverture par le régime obligatoire diminue pour certains postes (certains médicaments) est compensé par la plupart des mutuelles, ce qui s'avère contre-productif. Quatrièmement, le reste à charge peut être très élevé pour une petite minorité d'individus, pas forcément couverts par une complémentaire ou par le régime des affections de longue durée.

L'évolution du système d'assurance-maladie est une exigence, selon Brigitte Dormont. Elle peut prendre la forme d'une régulation des assurances complémentaires, avec interdiction de la sélection et compensation des risques. On peut concevoir aussi bien un unique assureur, qu'une concurrence régulée. Elle peut également prendre la forme d'un bouclier sanitaire, caractérisé par un plafond de reste à charge en cas de dépenses répétées, mais financé par une franchise pesant sur tous.

L'obligation d'assurance, réaffirmée par Brigitte Dormont, doit porter sur un panier de soins de base. La définition de ce panier, et son évolution avec le progrès technique médical, se poseront inévitablement, nécessitant un arbitrage avec d'autres dépenses. Finalement, le système français accorde aujourd'hui, pour la sélection des traitements, davantage de place aux critères médico-économiques, au moyen notamment des QALYs qui permettent de mesurer les différents états de santé des individus. ■