

LE MENSUEL DE LA FONDATION iFRAP

SOCIÉTÉ ■ CIVILE

Enquêter pour réformer N° 156

SANTÉ

LES 5 ATOUTS (à copier)

DU SYSTÈME
ALLEMAND

Avril 2015 - 8 €

■ FONDATION
iFRAP

FONDATION POUR LA RECHERCHE
SUR LES ADMINISTRATIONS ET
LES POLITIQUES PUBLIQUES

SANTÉ : LES 5 ATOUTS (À COPIER) DU SYSTÈME ALLEMAND

Le système de santé allemand est proche du nôtre : dans son financement, son organisation, et dans la part totale en % du PIB que chaque pays y consacre : 11,3 % du PIB en 2012 en Allemagne contre 11,6 % en France. Il s'agit d'un système de santé avec lequel on peut d'autant mieux se comparer qu'il est confronté au même défi que nous : le vieillissement de sa population, dans des proportions d'ailleurs autrement plus préoccupantes en Allemagne, et son corollaire, le développement de maladies chroniques. D'ailleurs, la part que les deux pays devront consacrer d'ici 2050 aux dépenses de santé est estimée devoir doubler (un peu plus de 25 % du PIB).

L'Allemagne se distingue par les réformes menées depuis 1993, qui, combinées à la bonne situation économique du pays, ont mené l'assurance maladie à présenter des résultats en excédent (tandis que le déficit de l'assurance maladie en France approche les 7 milliards d'euros pour 2014).

Notre pays a certes mené des réformes, une nouvelle loi Santé est d'ailleurs en discussion au Parlement, mais celles-ci ont été insuffisantes à redresser les comptes, à faire bouger les acteurs. Ainsi, il existe en France un fort consensus autour des mesures à mettre en œuvre : développer l'ambulatoire à l'hôpital, la télémédecine, l'hospitalisation à domicile, mettre en œuvre de véritables parcours de soins, décloisonner l'hôpital ; pourtant, notre système reste terriblement inerte.

Il ne s'agit pas de copier le modèle allemand mais plutôt de regarder au niveau microéconomique sur quels leviers les Allemands se sont appuyés, comment les réformes allemandes ont réussi à faire bouger les lignes, là où nos réformes n'ont visiblement pas suffi.

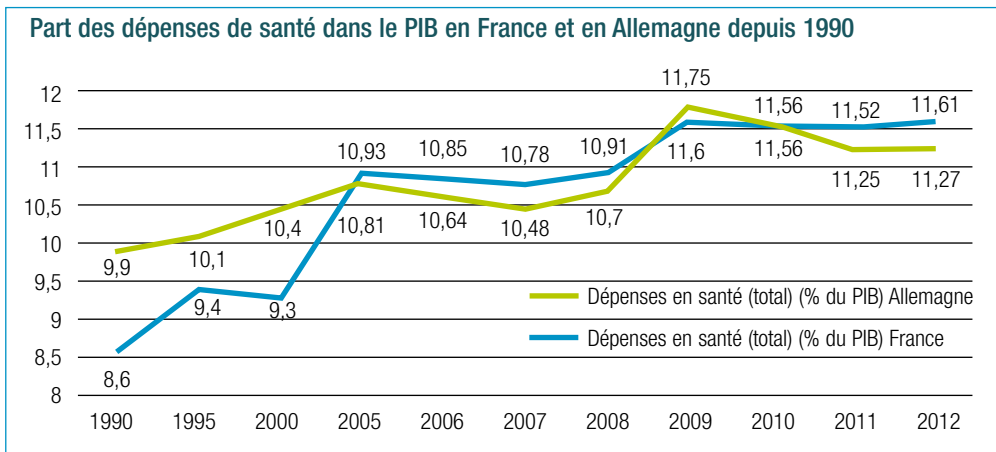
- Notre pays dépense 13,7 milliards d'euros de frais administratifs en raison du système hybride assurance maladie/complémentaire, ce qui en fait l'un des systèmes les plus dépensiers au monde ;
- En matière de médicaments, la France dépense 15 % de plus que l'Allemagne ;
- En matière de dépenses hospitalières, en dépensant la même somme que les Allemands à population comparable, la France pourrait économiser 11 milliards d'euros par an ;
- L'efficacité des réformes allemandes : entre 1990 et 2012, les dépenses de santé ont augmenté de 3 points de PIB en France contre 1,7 point en Allemagne, malgré la réunification et le vieillissement de la population ;
- Si on considère les dépenses d'assurances mutualisées (assurance maladie et complémentaires à partir de 2016), notre pays dépense 13,5 milliards d'euros de plus à population comparable.

BENCHMARK FRANCE-ALLEMAGNE

10

La France aurait le « meilleur système de santé au monde ». Performant mais loin d'être efficient : alors que nous y consacrons collectivement 11,6 % du PIB, nous nous situons à la

11^e place dans le classement européen *Euro Consumer Health* (EHCI), deux places derrière l'Allemagne. La question est donc d'optimiser et de réguler efficacement les dépenses de santé.



Entre 1990 et 2012, la part des dépenses de santé dans le PIB a augmenté de 3 points en France quand elle a augmenté de seulement 1,7 point en Allemagne, et ce malgré le choc de la réunifi-

cation et le vieillissement de sa population. On mesure donc l'impact des réformes structurelles qui ont été entreprises en Allemagne depuis 1993 pour maîtriser l'évolution des dépenses.

Qualité des soins

L'indice EHCI 2014 est la 8^e étude réalisée sur les systèmes de soins de santé dans 36 pays européens. Il s'agit d'une comparaison de six mesures clés en prenant en compte le point de vue des patients et des consommateurs.

Alors que la France figurait à la première place de cet index en 2006, celui-ci classe désormais l'Allemagne devant la France (7^e contre 9^e). Ce qui montre que notre système de soins est perfectible. Ainsi, entre 1990 et 2001, les taux de mortalité par crise cardiaque et par maladie cérébro-vasculaire ont davantage baissé en Allemagne qu'en France. Sur la même période, la baisse de la mortalité par cancer est plus marquée en Allemagne. En outre, l'Allemagne réalise plus de dépistage du cancer du col utérin et du sein, recense moins de complications chirurgicales (embolies, septicémies, corps étrangers). Enfin, chez nous, les inégalités sociales de santé sont plus importantes que chez nos voisins : les écarts de mortalité en fonction du niveau d'éducation et en fonction de l'emploi sont plus élevés. L'impact du revenu sur la santé est plus déterminant qu'en Allemagne¹.

¹ Van Doorslaer E. et X. Koolman, 2004, « *Explaining the differences in income-related health inequalities across European Countries* », *Health Economics*.

2012 En milliards d'euros	En Allemagne	En France	Chiffre allemand rapporté à population égale à la France	Différence Fr./All. pour une dépense en Allemagne rapportée à la population française
Dépenses de santé courantes	290,4	226,7	231,6	4,9 Mds € de plus qu'en France
Dépenses de santé € par habitant	3548,5 €	3474 €		
Dépenses de la Sécurité sociale (PKV inclus)	204,3	167,4	162,9	4,4 Mds € de moins qu'en France
Dépenses de santé « mutualisées »	231	198,8	185,2	13,5
Dépenses de santé « mutualisées » € par habitant	2 496,6 €	3045,6 €		
Dépenses administratives de Sécurité sociale et d'assurances privées	15,5 (11,7 GKV+PKV 3,8 assurances supplémentaires)	13,8 (7,5 Sécurité sociale 6,3 assurances complémentaires)	12,4	1,4 Md € de moins qu'en France
Dépenses de santé consacrées à l'hôpital	87,5	81	69,8 Mds	11,2 Mds € de moins qu'en France
Dépenses hospitalières € par habitant	1 069,4 €	1 241,6 €		
Dépenses de santé consacrées au transport sanitaire	4,7	4,1	3,8 Mds	291 M € de moins qu'en France
Éducation et formation du personnel de santé	1,6	1,9	1,3	570 Mds € de moins qu'en France
R&D	4,1	7,3	3,2	4,1 Mds € de plus en France
Prévention	5,6	1,2	4,4	3 Mds € de plus qu'en France
Produits pharmaceutiques	41,7	35,8	33,2	2,5 Mds € de moins qu'en France
Médecine de ville	90,3	65,5	72	6,4 Mds € de plus qu'en France

En matière de système de santé, la France et l'Allemagne sont très proches :

■ des principes communs : le financement du risque maladie majoritairement assis sur les cotisations sociales, une préférence sociale pour une prise en charge collective du risque santé, une médecine ambulatoire exercée principalement par les médecins libéraux et une médecine

hospitalière dominée par l'hôpital public ;
■ un même défi : d'un côté, le financement socialisé a donné l'illusion d'un accès illimité et gratuit aux soins, entraînant une explosion de la demande. De l'autre, le ralentissement de la croissance et la montée du chômage ont réduit fortement les recettes de l'assurance maladie. Dès lors, l'assurance maladie a très tôt connu des

Évolution du solde de la branche maladie de la Sécurité sociale en France (en milliards d'euros)

Année	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Solde	-2,4	-0,7	-1,6	-2,1	-6,1	-11,1	-11,6	-8	-5,9	-4,6	-4,4	-10,6	-11,6	-8,6	-5,9	-6,8

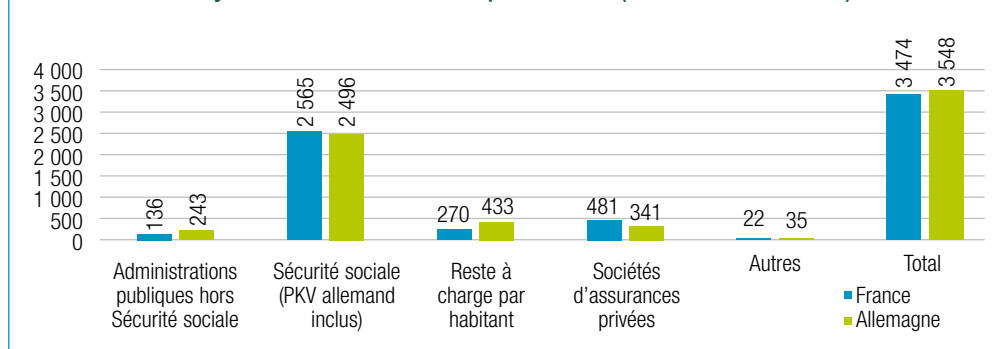
déficits structurels qui ont mis la France, comme l'Allemagne, au pied du mur.

Deux systèmes comparables ; mais des trajectoires profondément divergentes depuis 20 ans. Pour réguler la demande et l'offre de soins, l'Allemagne a fait le choix d'introduire une dose de concurrence régulée dans son système de santé. Résultat : les caisses ont affiché un excédent de 30 milliards d'euros en 2013. Le contrôle des dépenses s'est fait sans pour autant nuire à la santé des Allemands. Cette évolution s'est appuyée sur la décentralisation et la contractualisation propre

au système allemand. L'Allemagne, qui souffrait d'un système bureaucratique et lourd, d'hôpitaux gourmands, d'assurances éclatées, part de loin, et la lente transformation de son système de santé est riche d'enseignements.

Peut-on et doit-on s'inspirer de notre voisin allemand ? Nous avons distingué cinq leviers qui ne devraient pas manquer d'inspirer nos décideurs publics : panier de soins, rémunération des médecins, concurrence entre caisses d'assurance maladie et décentralisation, restructuration des hôpitaux, transparence du système de santé.

Financement du système de santé en euros par habitant (source Eurostat 2012)



LES PISTES POUR RÉFORMER LA SANTÉ EN FRANCE

Premier levier : oser le panier de soins et les franchises

Réguler la demande de soins est un exercice complexe : il consiste à se prémunir à la fois contre les renoncements aux soins et la surconsommation. Il existe deux possibilités : soit on rembourse partiellement un éventail très large de soins, ce qu'a choisi la France, soit on rembourse intégralement un panier restreint de soins, ce qu'a choisi l'Allemagne.

En France, la définition floue des contours de la couverture a permis à l'État, de faire « des *rationalisations clandestines* »², en réduisant le taux de remboursement (plan Seguin, plan Barrot, plan Veil) ou en augmentant les tickets modérateurs (plan Barre), en instaurant des franchises (franchise médicale, participation forfaitaire).

Il en a découlé ce que Brigitte Dormont, économiste de la santé, qualifie de « *maquis tarifaire* » : si

d'un point de vue global, la Sécurité sociale prend en charge plus des trois quarts³ des dépenses de santé, plaçant la France dans la fourchette haute des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), cela masque de grands écarts de situation : 50 % des dépenses maladie concernent 5 % des assurés. Les patients atteints d'affection longue durée (ALD) bénéficient d'un remboursement à hauteur de 100 % de leur traitement⁴, les 82,4 % de patients restants jouissant d'une couverture plus faible, à hauteur de 59,7 % en 2010⁵.

Le système des ALD n'est pas sans défaillances : absence de contrôle des ordonnances, des entrées/sorties, des cas polyopathologiques. Mais surtout il génère des inégalités de traitement entre les patients, dans la mesure où il ne repose que sur

■ 2 Jean-Louis Bourlanges.

■ 3 76,7 % des dépenses de santé en 2013, un taux très stable, dans la mesure où il s'élevait à 76,5 % en 1970.

■ 4 La liste des affections exonerantes est restée très générale et les ALD 31 (affections « hors liste ») et ALD 32, parce qu'elles couvrent des pathologies très hétérogènes et larges, constituent près de 20 % des dépenses.

■ 5 Site internet : Améli, les taux de remboursement.

une approche médicale : deux personnes devant faire face à une dépense équivalente vont être remboursées très différemment si elles bénéficient ou pas du régime ALD. Il faudrait préférer une démarche économique pour éviter les restes à charge trop importants (bouclier sanitaire). En France, les individus s'exposent à des « restes à charge » non plafonnés⁶ et qui peuvent parfois être considérables et doivent prendre des compléments santé très inégales dans leur couverture. On a d'un côté les *insiders*, les salariés des grandes entreprises qui profitent d'une couverture très étendue, encouragés par des exonérations de cotisations sociales pour l'employeur, ou ceux qui disposent de mutuelles « fermées » ou institutions de prévoyance (caisse des dépôts, Banque de France, EDF, etc.). De l'autre, tous les *outsiders*, (les retraités, étudiants, chômeurs) dont la situation n'ouvre pas droit à la CMU-C et qui n'ont accès qu'à des contrats individuels moins avantageux au risque de renoncer à certains soins⁷.

D'autant que les contrats collectifs étant déficitaires pour une complémentaire, ils surenchérisent les coûts des contrats individuels.

Surtout, ce système est coûteux et inefficace. Inefficace car il rend les dépenses de santé difficilement maîtrisables. La double lame opérée par la complémentaire dissipe la vertu responsabilisatrice du ticket modérateur⁸ (la somme d'un euro crée-t-elle de véritables incitations ?), rend la demande plus solvable et favorise les dépassements d'honoraires, l'augmentation des prix des soins et dispositifs médicaux (implants dentaires, lunettes, etc.) – au détriment de ceux qui sont moins bien couverts. Coûteux car le système est entravé par la mauvaise coordination entre la Sécurité sociale et les assurances complémentaires. **Les frais de gestion se superposent inutilement (un même soin fera l'objet d'un examen par l'assurance maladie et la mutuelle, même si cette dernière traite des sommes bien plus faibles) : ils s'élèvent à 13,7 milliards d'euros (7,5 milliards d'euros pour les organismes de la Sécurité sociale et 6,2 milliards d'euros pour les organismes complémentaires).** Ce qui fait de notre système l'un des plus dépensiers au monde.

Ce système permet à l'État de se décharger sur les mutuelles, et *in fine* les ménages. Pire, il est doublement gagnant : d'une part, en dérembourasant et, d'autre part, en taxant les complémentaires. Celles-ci paient, en plus des cotisations sociales, une taxe spécifique fléchée directement vers la Sécurité sociale, taxe qui est passée de 3,5 % à 7 % il y a 3 ans.

Les complémentaires sont exclues en pratique par la Cnam et le ministère de la Santé de la gestion et de l'organisation du système de soins. Elles sont très morcelées (entre 700 et 1 000 organismes complémentaires pour 13 % des dépenses de santé) et ne pèsent pas lourd individuellement : les plus grosses prennent en charge seulement 0,6 % des dépenses de santé des Français.

L'Allemagne ne connaît pas cet enchevêtrement, dans la mesure où elle a mis en place un système de « panier de soins ». Les soins couverts par le GKV (*gesetzliche Krankenversicherung*, assurance maladie allemande) sont très étendus :

■ prévention, vaccinations, dépistages (pour le cancer, pour les femmes à partir de 20 ans et les hommes à partir de 45 ans) ;

■ traitement curatif comprenant la médecine de ville, les soins hospitaliers, les soins d'urgence, les soins dentaires, les soins infirmiers à domicile, des soins de réadaptation. Cependant, l'optique ne fait plus partie du panier de soins depuis 2004 pour les individus de plus de 18 ans ;

■ prothèses dentaires et orthodontie.

Ainsi sont exclues du panier de soins les dépenses de transport non urgent, les cures thermales, les chambres individuelles...

La définition du panier est transparente et fait l'objet d'un débat politique ; cela permet de « prioriser » les soins jugés les plus utiles, c'est-à-dire les soins qui méritent d'être pris en charge par la communauté, et ainsi, d'exercer une meilleure régulation des coûts⁹. En France, on continue de rembourser certains médicaments dont le Service médical rendu (SMR) est jugé par la commission de transparence de la Haute Autorité de santé « faible ».

Par ailleurs, et pour responsabiliser le patient, l'Allemagne a mis en place des franchises : for-

■ 6 Tickets modérateurs, participations forfaitaires, franchises, forfait hospitalier et autres dépassements au-delà du tarif opposable.

■ 7 IRDES, 2014, renoncement aux soins pour raisons financières selon la situation vis-à-vis de la complémentaire santé en 2012.

■ 8 Certaines dispositions fiscales depuis 2006 essaient d'inciter les organismes complémentaires à maintenir des éléments de responsabilité à la charge de l'assuré ; mais cela reste marginal.

■ 9 Sur les avantages du panier de soins et l'évaluation médico-économique, on pourra se reporter à l'étude du Conseil d'analyse économique « Pour un système de santé plus efficace », juillet 2013.

fait hospitalier de 10 euros par jour plafonné à 280 euros par an, forfait médicamenteux de 10 % entre 5 et 10 euros. Ticket modérateur pour les consultations médicales, la *Praxisgebühr*, qui consistait à payer chaque trimestre 10 euros de cotisation, a été supprimée au 1^{er} janvier 2013, notamment pour redistribuer les excédents des caisses d'assurance maladie. Elle avait cependant été fortement critiquée pour l'excessive bureaucratie qu'elle avait générée. Mais elle avait comme corollaire une rémunération des médecins différente, qui permet de maîtriser les dépenses de médecine de ville.

Si les soins en dehors du panier peuvent faire l'objet d'une couverture par des assurances « supplémentaires » (on estime que 19,6 % des Allemands en disposent), le reste à charge ne peut être pris en charge et conserve son rôle responsabilisateur dans la consommation de soins.

Ces participations ont été plafonnées en fonction des ressources (2 % des revenus, et 1 % en cas de maladie chronique) par un système de « bouclier sanitaire ».

On mesure l'efficacité du système allemand : franchises, panier de soins et plafond de « reste à charge » ont permis de responsabiliser les patients dans une optique de maîtrise des dépenses. Si on compare les assurances (assurance maladie + assurances supplémentaires en Allemagne/complémentaires en France, obligatoires à partir de 2016) en laissant de côté la part « administrations publiques » (dont il convient de noter qu'elle passe essentiellement par les *Länder* en Allemagne alors qu'elle est assumée par l'État en France) : notre pays dépense 198 milliards d'euros par an contre 231 milliards d'euros en Allemagne dans ses assurances, soit, ramené à une population identique, 13,5 milliards d'euros de plus que l'Allemagne.

Deuxième levier : réformer la rémunération des médecins

En économie de la santé, il n'existe pas de « meilleur système de rémunération ». Le « paiement à l'acte » convient à une bonne prise en charge du patient face à un problème de santé ponctuel. La « capitation », forfait payé au médecin par patient, est plus adaptée au suivi des maladies chroniques. En France, le paiement à l'acte favorise la pratique individuelle de la médecine mais ne promeut pas la prévention et le dépistage. Il entraîne des comportements d'« induction de la demande »¹⁰, c'est-à-dire la prescription inutile de certains soins, phénomène renforcé par l'absence de contrôle : selon une enquête TNS-Sofres, en France, en 2012, seuls 72 % des actes des médecins libéraux et hospitaliers sont pleinement justifiés. Ce comportement est favorisé par les demandes des patients et la peur du risque judiciaire. Cela est encore plus vrai dans les zones très denses en médecins, où le nombre plus faible de patients est compensé par l'augmentation des actes. Le phénomène s'explique aussi par la faible valorisation des consultations, l'une des plus faibles de l'OCDE et le tarif unique. **C'est exactement**

le contraire qu'il faudrait faire : revaloriser les actes des praticiens, les rendre modulables au territoire où ils sont dispensés, tout en limitant les abus du paiement à l'acte.

En Allemagne, la rémunération des médecins a été progressivement encadrée. Depuis 2008, le système est balancé par une sorte de paiement par capitation (*Praxisbudget* ou droit de tirage). Les unions de médecins (*Kassenärztliche Vereinigungen* ou KBV), auxquelles les praticiens doivent obligatoirement adhérer, et les caisses s'entendent sur une enveloppe globale souple, qui dépend des risques sanitaires de la population. Les unions assurent ensuite une répartition entre leurs membres en fonction du nombre d'actes réalisés (paiement à l'acte), chaque médecin se voyant fixer un volume standard de soins par patient en fonction de leur risque (droit de tirage).

Ce système, qui combine capitation et paiement à l'acte, fait que pour un volume d'actes inférieur au plafond, les caisses ne paient que le volume d'actes réalisés (non un forfait). Mais

■ 10 Delattre E. et Dormont B. (2003) : « *fixed fees and Physician-induced Demand : a panel data study on French physicians* », *Health economics*, (vol. 12, n° 9).

comme l'activité est plafonnée, le médecin n'a pas d'incitation à augmenter son nombre de soins au-delà d'un certain niveau. En parallèle, les consultations ont été revalorisées en 2004. Ce mécanisme a permis de freiner la croissance des dépenses de santé à 1,7 % en Allemagne entre 1997 et 2007, alors qu'elles augmentaient de 2,5 % en France.

Pour réguler efficacement les dépenses de santé, il faut donc une responsabilisation symétrique des patients et des médecins. Les médicaments sont un exemple probant. **Les dépenses de médicaments restent plus élevées de 15 % en France par rapport à l'Allemagne (2 % contre 1,8 % du PIB)**, et ce, même si les dépenses ont cessé d'augmenter et ont même diminué ces dernières années ; les Français consomment toujours davantage de médicaments, en valeur et en volume.

L'Allemagne fait la part belle aux génériques, à raison de trois boîtes sur quatre, contre seulement une sur cinq en France.

Cela s'explique par une politique volontariste en Allemagne pour contraindre les prescriptions médicales : les caisses d'assurance maladie

fixent pour chaque praticien un volume cible de prescriptions en fonction de sa spécialité, des caractéristiques de la population et de ses prescriptions de l'année précédente. S'il dépasse cette cible de plus de 25 %, le médecin doit, faute de justification, rembourser les montants prescrits au-delà de 115 % de ladite cible (une différence par rapport à notre système qui ne prévoit que des incitations positives). Ensuite, les patients paient une franchise sur chaque boîte de médicaments.

Enfin, si les laboratoires pharmaceutiques fixent librement les prix des médicaments (ce qui n'est pas le cas en France), le remboursement de ceux-ci dépend d'un prix de référence (*Festbetrag*) fixé pour tous les médicaments dont les molécules présentent la même efficacité et une action thérapeutique équivalente. En revanche, en France, les tarifs de référence sont les mêmes pour des médicaments qui ont la même molécule, ce qui incite à la production de contre-génériques qui n'apportent pas de véritables améliorations. Par contre, les médicaments se révèlent bien moins chers en France et peuvent varier du simple au triple entre les deux pays¹¹.

La démographie médicale et les « déserts médicaux »

La France fait face à des tensions démographiques médicales croissantes (3,3 médecins pour 1 000 contre 3,8 en Allemagne) et voit se former des déserts médicaux dans certaines de ses régions. La pyramide des âges est défavorable et le nombre de médecins formés est parmi les plus faibles de l'OCDE. Comment expliquer un tel phénomène ? Médecins et administrations ont une responsabilité partagée. Les premiers, par la voie de leur syndicat mais surtout des universitaires, ont créé un rationnement du nombre de médecins par la voie du *numerus clausus*, dont on sent maintenant les effets dévastateurs. La hausse du *numerus clausus* décidée en 2004 n'a, compte tenu de la longueur des études de médecine, pas encore inversé la tendance. Les secondes ont voulu soigner la pénurie de médecins par des mesures contraignantes, ce qui a entraîné l'exact effet inverse, en décourageant les nouveaux médecins de s'installer en libéral. L'Allemagne qui avait emprunté cette voie revient sur ses pas. En Allemagne, des mesures incitatives ont été mises en place telles que la revalorisation salariale des médecins généralistes s'installant dans les zones rurales, les aides à la formation pour inciter les étudiants et surtout le déplafonnement du volume d'actes dans les zones ciblées. La liberté d'installation est le corollaire d'un système de rémunération des médecins qui comprend une dose de « capitation », de façon à ce que l'offre médicale s'adapte davantage à la demande. Pour autant, les *Länder* et les unions régionales continuent d'exercer un droit de regard sur la planification médicale.

■ 11 Étude comparative du prix des médicaments entre la France et l'Allemagne, réalisée par le Centre européen de la consommation.

Troisième levier : pour la concurrence régulée entre les caisses d'assurance maladie et la décentralisation

En France, les différents plans de redressement des comptes de l'assurance maladie entre 1970 et 1990 ont suivi une logique budgétaire. Face à l'inefficacité de ces plans, l'idée émerge progressivement que seul un contrôle renforcé sur l'offre de soins est à même de maîtriser durablement et efficacement les dépenses de santé (loi Teulade, plan Juppé, loi HPST¹²).

L'étatisation et la centralisation apparaissent comme les seuls moyens de pallier les défaillances d'un financeur unique. Le système français s'est alors lentement et subrepticement rapproché du modèle britannique : fiscalisation de la Sécurité sociale (CSG), perte d'autonomie des caisses maladie (les représentants ne sont plus élus).

Mais la planification étatique est un échec ; en voulant maîtriser l'offre, elle ne fait que l'empêcher d'évoluer.

C'est pourquoi il est intéressant de confier à des assurances en concurrence le soin d'être les « aiguillons » du système de santé, car ce sont elles qui paient et qui disposent de l'expertise et des données statistiques à même d'apprécier la qualité des soins. C'est ce qui a été introduit en Allemagne et aux Pays-Bas. Pour beaucoup, les outils du marché et la recherche du profit ne seraient pas compatibles avec la santé. Ils déduisent cette incompatibilité du célèbre article de Kenneth Arrow de 1963 ; pourtant, ce dernier ne fait que montrer les spécificités du marché de la santé, où le bien « soin de santé » est un bien particulier. La complexité du diagnostic et du traitement et le fait que le patient soit assuré empêche d'en apprécier la qualité et le coût effectifs, et donc d'arbitrer de façon optimale entre les différents offreurs, comme sur un autre marché.

Une mise en concurrence des caisses garantit à l'assuré le choix des prestataires de soins, avec lesquels la caisse a contracté. Si la couverture par la caisse restreint l'accès à certains

fournisseurs ou devient trop contraignante, l'assuré est libre au moment de la souscription de l'accepter ou non et doit pouvoir en changer. Et inversement, le médecin peut choisir les caisses avec lesquelles il contracte, négocier ses pratiques médicales, ses tarifs et diversifier ainsi ses sources de revenus. Quand on parle de concurrence des caisses en Allemagne, on se focalise trop souvent sur la séparation entre le régime légal d'assurance maladie (GKV) et les assurances privées (PKV *Private Krankenversicherung*) qui peuvent se substituer au régime légal pour ceux, s'ils le souhaitent, dont les revenus dépassent un certain seuil (4 237 euros en 2013) et qui fonctionnent par capitalisation. La coexistence de deux régimes différents d'assurance n'est d'ailleurs pas sans poser problème¹³ : elle crée des stratégies d'optimisation des acteurs (les malades chroniques restent dans le régime public afin de ne pas payer des primes trop élevées dans le privé) qui nuisent à une concurrence régulière entre les caisses. Les Pays-Bas, lors de la réforme de 2006, ont supprimé le secteur privé en contrepartie de quoi ils ont institué une véritable concurrence entre les caisses légales. Historiquement, chaque salarié allemand était automatiquement affilié à une caisse d'assurance maladie – selon des critères géographiques ou professionnels – de laquelle dépendaient sa protection et celle de sa famille. Il existait donc une myriade de caisses qui définissaient souverainement les taux de cotisations et les soins pris en charge (cotisations allant de 8 % à 16,5 %, expositions différentes aux risques). Depuis 1990, une succession de réformes a réaménagé le système :

■ depuis le 1^{er} janvier 1996, les caisses sont en concurrence et chaque citoyen est libre de choisir la caisse (excepté certaines professions comme les agriculteurs) et peut en changer librement (et le fait en pratique). Les

■ 12 Loi « Hôpital, patients, santé et territoire », dite aussi loi Bachelot, de 2009. Cette loi reprend en partie les propositions contenues dans le rapport remis par Gérard Larcher en 2008.

■ 13 Elle crée une différenciation dans la qualité des soins prodigués, car un patient du PKV est la promesse d'une meilleure rémunération pour le médecin.

caisses sont des organismes autonomes de droit public gérés par le privé, sous la tutelle du ministère fédéral de la Santé ;

■ afin que la concurrence ne s'oriente sur la sélection des assurés et de leurs risques, la grande coalition SPD-CDU a créé en 2009 un « fonds de santé » (*Gesundheitsfonds*), qui centralise l'ensemble des cotisations et recettes fiscales avant de reverser aux caisses des dotations standardisées en fonction du risque de leurs assurés – âge, sexe, morbidité. Pour un homme de 40 ans qui souffre de diabète, l'État va ainsi verser deux sommes à la caisse de laquelle il dépend : une somme qui correspond au risque santé d'un homme de 40 ans et une autre, correspondant au risque diabète¹⁴. Ce mécanisme de compensation met toutes les caisses sur un pied d'égalité, en mutualisant les risques. L'État impose un taux de cotisation unique (15,5 %, 7,3 % pour l'employeur et 8,2 % pour le salarié, auquel s'ajoute depuis 2004 0,9 % pour les soins dentaires) et un panier minimum de soins identique pour toutes les caisses, qui peuvent proposer ensuite des assurances supplémentaires. La somme versée à chacune des caisses pour un certain risque ne couvre pas les dépenses réelles mais correspond aux coûts moyens engendrés par le traitement des personnes de ce groupe de risque. Dès lors, la caisse peut dégager des bénéfices si les dépenses de traitement sont inférieures à ce montant standardisé, ce qui pousse à l'efficacité et aux gains de productivité ; en cas d'excédents, elle peut reverser à ses cotisants une prime ; en cas de déficit, elle peut demander un forfait supplémentaire (les assurés ont alors la possibilité de changer de caisse) ;

■ Les caisses d'assurance maladie ont longtemps été empêchées de contracter librement avec les praticiens. La contractualisation était jusqu'alors relativement verrouillée dans la mesure où les négociations ne pouvaient avoir lieu qu'avec les unions de médecins au niveau des *Länder*. Cela permettait en contrepartie, de garantir aux patients le

libre choix du praticien. La loi de modernisation de l'assurance maladie (GMG 2003), ainsi que la loi de 2007, ont remis en cause le monopole contractuel des unions de médecins en autorisant la signature de contrats sélectifs (*Selektivverträge*) entre les caisses et les médecins ou les groupes de médecins. Elle permet, en outre, aux caisses de créer des centres de soins médicaux (*Medizinische Versorgungszentren*) composés de médecins et d'autres professions de santé. Tout cela permet un meilleur suivi du patient dans le cadre de filières de soins, en rapprochant prévention et soins curatifs, médecine générale et spécialisée, hôpital et médecine de ville¹⁵. Il s'agit soit de contrats d'intégration des soins (*integrierte Versorgung*), soit de contrats pour la prise en charge des malades chroniques ou de médecins de famille (*Hausartzsystem*).

Toutefois, la concurrence entre les caisses reste encore inaboutie : les caisses d'assurance maladie ont relativement mal vécu la perte de compétences dans la fixation et la gestion des cotisations. Les caisses, pour rester solides financièrement, ont été obligées de se regrouper : leur nombre est passé de 1 100 au début des années 1990 à 131 en juillet 2014. Ce sont 10 caisses qui prennent en charge les deux tiers des assurés du régime légal, à commencer par les puissantes *Techniker Krankenkasse* (8,7 millions d'assurés) et *Barmer GEK* (8,6 millions d'assurés).

L'État a été obligé de voler au secours des caisses, au plus fort de la crise, en doublant le niveau de subventions versées au fonds de santé entre 2009 et 2010, de 7,1 milliards à 15,6 milliards d'euros. On peut imputer cette fragilité financière non pas au système concurrentiel, mais plutôt à sa dépendance aux cotisations sociales volatiles avec la conjoncture économique. **Néanmoins, il faut rappeler que, comme pour les retraites, le niveau de cotisations a été fixé dans le souci de préserver le coût du travail en Allemagne, au bénéfice de la compétitivité des entreprises.**

■ 14 En 2013, 53 % des fonds de santé sont répartis entre les caisses d'assurance légale en fonction de l'âge et du sexe et 43 % en fonction des groupes de morbidité, c'est-à-dire en fonction des pathologies particulières des assurés. Le mécanisme comptabilise 80 maladies : en font partie, les dépenses de santé moyennes qui, par assuré, pour une pathologie, sont supérieures d'au moins 50 % à celles de l'ensemble des assurés.

■ 15 Les médecins face aux réformes des systèmes de soins : une mise en perspective comparative France-Allemagne-Suède, Institut Montparnasse.

Le système de santé aux Pays-Bas

Dans le dernier classement de l'EHCI 2014, les Pays-Bas se classent premiers, loin devant leurs voisins. Ce pays est l'exemple probant de la réussite d'un régime obligatoire, avec des caisses d'assurance mises en concurrence et pouvant contracter librement avec les prestataires de soins.

Avant cette réforme, le système de santé néerlandais était proche de l'actuel modèle français mais depuis 2006, tout a été refondé. Un résident néerlandais est dans l'obligation de souscrire une assurance de son choix et de cotiser mensuellement pour le panier de base. Libre à lui de vouloir ensuite compléter ce panier par une mutuelle dans la même ou dans une autre assurance. Si le panier de base est fixé par l'État, le montant de la cotisation est déterminé par les assureurs avec comme unique condition, celle d'imposer le tarif déterminé à tous les cotisants, qu'importent donc les risques, la catégorie socioprofessionnelle ou l'âge (en 2014, la moyenne était de 95 euros par mois et par personne).

Un fonds de compensation a été créé pour mutualiser les risques ; il est financé par les charges sur les salaires, 6,9 %, ainsi que par des cotisations supplémentaires pour les indépendants et les retraités. Les plus démunis perçoivent une allocation spécifique de la part de l'État (*Zorgtoeslag*) et les enfants de moins de 18 ans sont assurés gratuitement par l'assurance de leurs parents.

Les assurances se distinguent les unes des autres par la qualité de leurs prestataires et de leurs filières de soins et le montant des remboursements. Du côté des prestataires, ils peuvent contracter avec différentes assurances, diversifiant leurs sources de revenus sans dépendre d'un payeur unique.

Le coût du système s'élève encore à 11,8 % du PIB mais devrait se réduire par une modernisation des procédures de soins puisque 45 % des dépenses de santé sont encore consacrées aux hospitalisations.

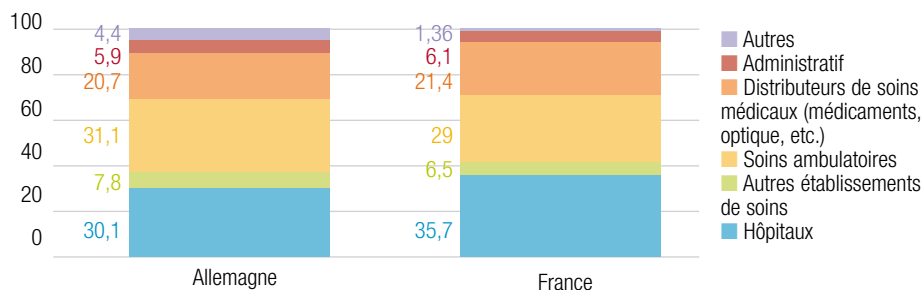
Il est intéressant de noter que, comme en Allemagne, les réformes aux Pays-Bas ont conduit à une forte concentration des caisses. Mais l'État néerlandais, estimant que c'est la concurrence qui est l'aiguillon dans la réduction des dépenses, a opté pour une régulation du système qui doit éviter la constitution d'un oligopole.

Quatrième levier : restructurer et repenser l'hôpital

Il existe d'importantes différences entre la France et l'Allemagne en matière de dépenses hospitalières : en consacrant la même somme que les Allemands par habitant, actuellement 1 069 euros par habitant en Allemagne contre 1 241 euros en France, soit 25 % de plus, la France pourrait économiser plus de 11 milliards d'euros. Cet écart s'explique par quatre handicaps français : l'impossible restructuration des hôpitaux, une gestion trop centralisée, la lourdeur de la fonction publique hospitalière et l'absence d'un véritable management à l'hôpital.

► **La France possède 30 % d'établissements de santé de plus qu'en Allemagne**, soit 2 751 contre 2 084. Ramené à la population, on compte plus de 42 établissements par million d'habitants contre 25 en Allemagne. En cause, la forte proportion de petits hôpitaux : la Cour des comptes en recensait 320 en septembre 2013. Ces petits établissements publics de santé, qui disposent d'un plateau technique surdimensionné, ne sont pas viables. De nombreux rapports ont établi les liens entre volume d'actes et sécurité. Mais ces constats ne se sont pas encore traduits par des

Répartition des dépenses de santé par destinataire (en % du total), source Eurostat



fermetures. Le poids des élus locaux, et particulièrement des maires, souvent présidents du conseil de surveillance de l'hôpital, lui-même parfois premier employeur local (Nantes, Avignon, Amiens), empêchent souvent ces restructurations.

Ainsi, la fusion, le regroupement, la fermeture ou la réorientation des petits établissements (déjà en marche) vers les soins de suite et de réadaptation (SSR) et le médico-social peut s'avérer nécessaire pour leur viabilité financière (énormes économies d'échelle) et leur attractivité¹⁶.

La France développe l'excès inverse : alors que différentes études tendent à montrer que l'optimum se situe aux alentours de 300 lits, elle se plaît à créer des mastodontes hospitaliers difficiles à manager et à remplir ; les exemples des hôpitaux d'Évry-Corbeil-Essonnes (1 125 lits) et d'Amiens (1 739 lits) sont éloquentes. Elle lance périodiquement de vastes plans d'investissement (les plans H2007 et H2012), qui sont des gabegies parce que mal adaptés qui, de surcroît, aggravent l'endettement des hôpitaux (qui a triplé entre 2002 et 2011 pour atteindre 26 milliards d'euros). Les investissements n'ont pas été orientés vers des secteurs stratégiques comme l'ambulatoire, qui reste gravement en retard en France alors qu'il est une source d'économie et de meilleurs soins, ou encore dans les systèmes informatiques.

Cependant, l'introduction de la tarification à l'activité dans les hôpitaux a suscité la recherche d'un meilleur amortissement pour les équipements lourds : ainsi, des IRM qui fonctionnent

pour l'hôpital public, sont utilisés par des radiologues de ville pour des consultations au-delà des heures habituelles de l'hôpital.

L'Allemagne a mené une grande restructuration de son offre hospitalière. Elle est la conséquence des crises financières des *Länder* (qui ont la charge exclusive des investissements des hôpitaux publics) et de la modification de la rémunération des hôpitaux (mise en place de la tarification à l'activité en 2003) accompagnée de la convergence des remboursements entre hôpitaux publics et privés, dès 2009 alors qu'elle n'a toujours pas eu lieu en France¹⁷. Elle s'est traduite de trois façons :

- le désengagement des régions et l'entrée des capitaux privés dans le financement des investissements des hôpitaux publics ;
- la privatisation des hôpitaux publics ;
- la dérégulation de la planification hospitalière au profit d'une autonomie des acteurs.

L'Allemagne applique avec rigueur le principe de l'équilibre budgétaire et de sécurité.

Un comité fédéral commun réunit des représentants du secteur ambulatoire et hospitalier et établit des critères justifiant le maintien ou la fermeture de certaines activités (il faut par exemple que les services d'orthopédie pratiquent plus de 50 endoprothèses du genou par an).

Après trois ans de déficit, le Land négocie avec l'hôpital un plan de restructuration afin de supprimer ou de fusionner avec un autre hôpital les activités non rentables, de confier au secteur privé la gestion de l'hôpital ou même de le fermer définitivement.

■ 16 François Lalande, Claire Scotton, Pierre-Yves Bocquet, Jean-Louis Bonnet, « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? » IGAS, 2012

■ 17 En France, les remboursements sont différents entre les hôpitaux publics et privés (la convergence a été repoussée à 2018 (aujourd'hui différence de tarif de 26 %). La FHF, Fédération hospitalière de France, qui représente l'hôpital public, explique cette différence par les missions de service public qu'assure l'hôpital (pour lesquelles il reçoit enveloppes séparées : les MIGAC) et la différence de complexité des patients. En Allemagne, la convergence a eu lieu dès 2009 et aurait permis d'économiser jusqu'à 11 milliards d'euros par an.

Cette menace d'une reprise en main oblige les hôpitaux à mettre en œuvre au plus tôt les plans de restructuration nécessaires afin de rendre leur activité soutenable. La part des hôpitaux publics a été divisée par deux depuis 20 ans.

Beaucoup de petits hôpitaux ont été privatisés, on compte même parmi eux certains CHU tels que celui de Hambourg en 2005 et celui de Giessen et Marburg en 2006. Le processus étant en cours, il reste encore difficile de se prononcer sur les effets des restructurations même si certains travaux montrent leurs bienfaits en termes d'efficacité¹⁸ et de qualité des soins¹⁹.

► Une gestion décentralisée des hôpitaux

Face à l'unité et l'égalité du système de santé français, l'Allemagne se caractérise par la diversité organisée de son système de santé. La décentralisation lui permet de s'adapter aux particularismes locaux ; ainsi, il existe de grands contrastes entre *Länder* : dans certains, les établissements privés sont majoritaires, d'autres font le choix exclusif des établissements publics (Sarre), d'autres encore préfèrent les établissements privés à but non lucratifs. À l'échelle du pays, le public représente 50 % des établissements de santé, les établissements confessionnels 30 % et les établissements privés à but lucratif 20 %.

L'exemple probant est le financement de l'hôpital. Il suit en France et en Allemagne le même principe : une tarification à l'unité (T2A)²⁰ (DRG en Allemagne) qui consiste à classer les patients en fonction de leurs pathologies auxquelles correspond une tarification de remboursement par l'assurance maladie. Seulement en France, la T2A est comprise dans une enveloppe déterminée par l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) avec une valeur de point flottant. Cela signifie qu'en cas de dépassement de l'objectif national fixé par l'Ondam, il est prévu une baisse des tarifs de remboursement des soins pour l'ensemble des établissements, générant des comportements de « passager clandestin ». Ainsi, de nombreux travaux montrent qu'en dépit

d'une amélioration par rapport à la dotation globale par hôpital, la tarification à l'activité entraîne une induction de la demande²¹ peu ou pas justifiée (ablation de la thyroïde, appendicectomie, etc.).

En Allemagne, le budget n'est pas alloué, mais négocié²². La régulation a lieu au niveau de chaque établissement via la contractualisation avec les caisses locales ; en cas de dépassement, ce n'est pas l'ensemble des établissements qui pâtit d'une baisse des tarifs mais l'établissement qui a surcon-sommé : celui-ci peut alors avoir à financer 65 % du coût des actes qui se situent au-dessus du seuil négocié ; dans le cas contraire, il peut recevoir des excédents (40 %), par un reversement des économies effectuées. Ensuite, si la négociation sur la nomenclature des remboursements a lieu au niveau fédéral, les négociations sur les montants des remboursements et les volumes maximums ont lieu tous les ans entre les hôpitaux et les caisses d'assurance maladie au niveau régional, ce qui leur permet d'adapter les tarifs aux territoires. Notons cependant que dans certains cas, la décentralisation crée des redondances injustifiées, comme en matière de recherche, où elle apparaît loin de la force de frappe des plans nationaux en France. En Allemagne, le ministère est réduit à un rôle de régulation et de définition de la politique de santé publique et ne se compose que de cinq directions. Il délègue la prise de décision à des organismes paritaires (comité fédéral paritaire surtout) et aux régions.

La France a fait le choix inverse, la gouvernance du système est éclatée entre une nébuleuse d'acteurs dont les mandats sont mal définis : les directions du ministère de la Santé (DGOS, DSS, DREES)²³, les agences (ATIH, ANAP, HAS, ANSM)²⁴, la Cnam. Le système de santé est un « *dédale organisationnel et administratif* » (Brigitte Dormont). Il s'en dégage un manque de fluidité, chaque institution n'ayant à sa charge qu'un seul sous-domaine, laissant en aval aux Agences régionales de santé (ARS) la responsabilité délicate de la synthèse. Ainsi, la régulation séparée des hôpitaux (DGOS) et

■ 18 Entre 1997 et 2007, les gains des établissements privés ont été supérieurs de 3 à 5 % les quatre premières années aux hôpitaux qui n'ont pas été privatisés.

■ 19 Une étude de 2009 (Aurgurky, Beivers, Neubauer, Schwierz, *Be-deutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft*, RWI, 2009) va à rebours des idées habituelles en démontrant que les hôpitaux privés traitent des cas plus complexes et plus âgés que la moyenne.

■ 20 Il existe toute une littérature sur les défaillances de la T2A. Elle apparaît cependant comme la moins mauvaise des solutions et ses défaillances peuvent être corrigées, comme le rappelle à juste titre la Cour des comptes (chapitre VII, T2A et convergences tarifaires, rapport annuel sécurité sociale 2011).

de la médecine de ville (assurance maladie), les institutions ne collaborent que très faiblement. La bonne gouvernance d'un système de santé nécessite deux choses : la présence d'un décideur unique à chaque échelon et la distinction claire entre les rôles pour prévenir les conflits d'intérêts. Par exemple, à l'échelle de la région, l'autorité en charge, l'ARS, remplit deux fonctions incompatibles : elle régule l'offre de soins du public et du privé (via les « autorisations d'activité ») pour optimiser sa répartition sur le territoire tout en exerçant un rôle de tutelle sur les établissements publics en étant garant de leur équilibre financier... L'ARS pourrait retarder une autorisation d'activité à une cli-

nique afin que l'hôpital puisse s'adapter entre-temps... Évidemment non systématique, la possibilité même de cette pratique fait planer un soupçon qui tend les relations avec les cliniques. Il faut donc impérativement dissocier les rôles de régulation et de tutelle. Le rôle des ARS en termes de régulation est d'autant plus limité que pour ce qui a trait à la médecine de ville, celle-ci s'opère via la Cnam.

► **La question délicate des personnels et du statut**

La question du personnel et de son statut est centrale dans la maîtrise de la dépense publique hospitalière. Les données pour la France issues des statistiques annuelles des établissements (compilées par la DREES) sont les suivantes :

FRANCE	Hôpital public	Hôpital privé non-lucratif	Hôpital privé	Total
Total personnels médicaux	125 041	19 699	39 238	183 978
<i>Dont personnels médicaux salariés</i>	95 924	13 722	4 568	114 214
<i>Dont personnels médicaux libéraux</i>	1 695	3 990	34 456	40 141
Internes	27 422	1 987	214	29 623
Personnels non médicaux	822 175	143 465	149 374	1 115 014
<i>dont personnels de soins (voir définition page 22)</i>	563 979	97 454	114 488	775 921
Total	947 216	163 164	188 612	1 298 992

Le chiffre pour l'hôpital public est inférieur au chiffre total connu de la fonction publique hospitalière : 1 172 600 personnes dont 20 000 contrats aidés pour 2013. La fonction publique hospitalière regroupe, à l'exception du personnel médical, l'ensemble des emplois des établissements suivants : établissements d'hospitalisation publics, maisons de retraites publiques, établissements publics ou à caractère public relevant des services départementaux de l'aide sociale à l'enfance, établissements publics pour mineurs ou pour adultes handicapés ou inadaptés, centres publics d'hébergement et de réadaptation sociale. Par ailleurs, les chiffres des agents rattachés aux hôpitaux publics ne correspondent pas exactement avec ceux de la base SIASP qui sert aux statistiques de la DGAFP.

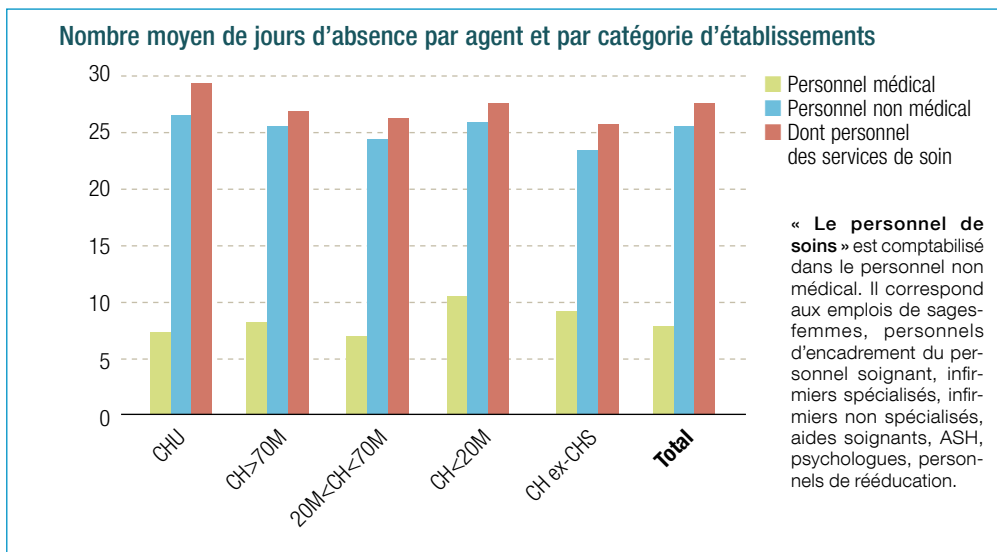
ALLEMAGNE	Données au 31/12/2013	Total
	Personnels médicaux	164 720
	Personnels non médicaux	999 425
	Total	1 164 145

Source : DESTATIS.

La conséquence est que l'on compte en moyenne 1,7 personne par lit en Allemagne contre 3,1 en France. La fonction publique

hospitalière est par ailleurs frappée par un fort absentéisme comme en témoigne le graphique suivant.

■ 21 (Voir p. 20) IRDES.
 ■ 22 (Voir p. 20) Une critique fréquente en France concerne l'absence de véritable autorité indépendante pour actualiser la classification et la grille tarifaire. En Allemagne, dans la lignée de ce qui se fait aux États-Unis, il existe une autorité dépolitisée et technique, seule garante de la qualité des travaux (InEK).
 ■ 23 (Voir p. 20) Direction générale de l'offre de soins ; Direction de la Sécurité sociale ; Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
 ■ 24 (Voir p. 20) Agence technique de l'information sur l'hospitalisation ; Association nationale des auxiliaires de puériculture ; Haute Autorité de santé ; Agence nationale de sécurité du médicament.



Source : ATIH - Agence technique de l'information sur hospitalisation. Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé à fin 2012.

Note : CH>70M : centre hospitalier dont le budget est supérieur à 70 M € ; CHS : Centre hospitalier spécialisé.

L'absentéisme est particulièrement marqué pour le personnel non médical pour raisons de maternité, paternité et adoption, ce qui s'explique par une forte féminisation de ces métiers. Ce phénomène touche d'autant plus les établissements de grandes tailles (CHU), ce que confirme une note de Dexia Sofcap, qui indique que le taux d'absentéisme varie en 2012 entre 10,7 et 13,7 % dans la fonction publique hospitalière, en fonction de la taille de l'établissement. À titre de comparaison, au sein des cliniques et hôpitaux privés, le taux d'absentéisme, de 6,8 % avec une moyenne de 25 jours par personne en 2013. Cette question de l'absentéisme est intrinsèquement liée au temps de travail à l'hôpital comme l'a indiqué Martin Hirsch, directeur des Hôpitaux de Paris, et qui réclame un assouplissement des 35 heures et un plafonnement des RTT. Les rythmes de travail contribuent à accumuler des jours à rattraper sous forme de RTT. RTT qui, compte tenu de la rigidité des organisations, sont souvent annulées au dernier moment. D'où un absentéisme élevé, explique-t-il, dans un entretien aux *Échos*. En février 2013, à l'annonce de la décision de suppression du jour de carence par Marylise Lebranchu, la FHF (Fédération hospitalière de France

représentant l'hôpital public) avait demandé son maintien, ayant constaté « les impacts positifs de cette mesure » dont les conséquences financières pouvaient être évaluées à 50 millions d'euros.

► **Le management à l'hôpital** : La loi HPST, en créant les pôles d'activité et en plaçant des managers à leur tête, a voulu accorder plus d'autonomie aux responsables.

Cette réforme est un rendez-vous manqué : les responsables ne sont ni des chefs d'entreprise ni autonomes par rapport à l'État. En termes de compétences, la formation des directeurs d'hôpitaux reste trop axée sur la dimension administrative ; de même, les chefs de service ou de pôle sont souvent des professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) dont les savoirs universitaires ne les prédisposent pas à la fonction de manager, auxquels il faudrait imposer une formation spécifique, pour le moment facultative. En termes de pouvoir ensuite, les chefs de pôle comme le déplore l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) dans son rapport Hôpital de 2012 « assurent davantage un pilotage médico-soignant de portée limitée qu'un véritable pilotage médico-économique ». Tout le contraire de l'Allemagne, où la contractualisation oblige à négocier

le budget. En France, un chef de pôle ou de service peut très difficilement animer son équipe : il ne dispose d'aucun pouvoir hiérarchique sur les membres de son pôle, d'aucun contrôle sur leurs salaires, a un droit de regard très limité sur l'avancement et les carrières des personnels médicaux. Ils ne peuvent pas facilement réorganiser et flexibiliser leurs services, comme la chirurgie ambulatoire. L'efficacité du pôle reste dépendante de l'initiative des acteurs de terrain, remarquables parfois, mais souvent entravée par l'individualisme des chefs de service occupés à sauver leur carré. En l'absence de direction forte, toute évolution

bénéfique, comme le numérique, devient un chantier inextricable, chacun menant sa politique sans se concerter avec les autres.

Pour ce qui a trait à l'autonomie par rapport à l'État, le directeur de l'ARS, nommé en conseil des ministres, établit les objectifs de l'établissement et l'évalue. Mais cet exercice de déconcentration est limité. Si le conseil de surveillance qui a remplacé le conseil d'administration avec la loi HPST fait la part belle aux représentants de l'ARS au sein de l'hôpital, les élus locaux participent également à ce conseil et sont souvent source de blocage, leurs intérêts entrant parfois en contradiction avec la gestion de l'offre de soins.

Cinquième levier : ouvrir les données de santé !

Malgré de récents progrès, la France accuse un grand retard en matière de collecte et de partage d'informations relatives à la santé. Il existe deux grandes bases de données à l'échelle nationale, le PMSI pour les informations relatives aux établissements de santé et le Sniiram²⁵ pour les données relatives à la médecine de ville. Ces bases font face à plusieurs problèmes. Elles sont gardées jalousement par l'assurance maladie. Difficile dès lors d'apprécier au mieux le bilan des différents acteurs. Ces systèmes d'information sont centrés sur la gestion et le pilotage comptable, mais délaissent les parcours de soins et le suivi des patients. L'échec du Dossier médical personnel (DMP) est emblématique : il n'est que facultatif et non exhaustif, très loin des ambitions originelles. Si elle a développé un arsenal d'indicateurs économiques, la France est en revanche très en retard sur le développement d'une comptabilité analytique dans les hôpitaux (malgré des progrès ces dernières années) et sur l'utilisation d'indicateurs de qualité des soins, ce qui ne lui permet pas d'avoir un débat serein sur les questions d'efficacité. Elle se concentre essentiellement sur des indicateurs de moyens plutôt que de résultats ; la HAS certifie les processus à l'œuvre dans l'hôpital (consommation des solutions hydro-alcooliques, présence d'évaluation de la douleur

dans les dossiers des patients) indépendamment des résultats effectifs des hospitalisations.

En Allemagne, la concurrence a poussé les caisses à développer une comptabilité analytique tandis que depuis 2000, les hôpitaux doivent inclure dans les négociations avec les caisses d'assurance maladie des engagements sur des mesures de qualité des soins. Une agence indépendante, *Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen* (IQTIG), chapeaute la négociation en définissant des indicateurs standardisés de performance et en collectant et analysant les données des établissements de santé. Il produit également des rapports annuels publics sur la qualité des soins de chaque hôpital et chaque hôpital doit publier un rapport tous les deux ans faisant état de la qualité des soins, des infections nosocomiales ou encore des erreurs médicales. L'Allemagne a érigé la transparence en vertu cardinale de son système de santé²⁶. En rationnant l'information, notre système de santé développe à la marge des moyens alternatifs d'information des citoyens (forums, bouche-à-oreille, évaluation participative) qui ne sont ni fiables ni exhaustifs ni équitables. Le succès des palmarès élaborés par *Le Point*, *L'Express* ou *Doctissimo* témoigne de l'attente des citoyens en matière d'informations.

■ 25 Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie.

■ 26 Une étude britannique montre que les hôpitaux qui se sont engagés à rendre publics leurs résultats ont significativement amélioré la qualité des soins.

Conclusion

La loi Santé vient d'être votée en première lecture à l'Assemblée nationale. Les intentions sont louables : lutter contre les renoncements aux soins, créer de vrais parcours de soins. Mais les solutions proposées sont inadaptées. Par exemple, répondre au problème d'accessibilité aux soins par l'introduction du tiers payant généralisé, c'est introduire de la bureaucratie dans l'exercice de la médecine libérale, sans répondre aux problèmes des restes à charge élevés et de l'accès à des complémentaires inégales. Pourquoi n'avoir pas étudié le dispositif de bouclier sanitaire ? Au final, ce projet de loi consacre la place centrale de l'hôpital public, le système hybride d'assurance sociale (Cnam et complémentaires), la poursuite de l'étatisation du système de santé. Cette loi ne fait pas bouger les acteurs pour plus de flexibilité et d'innovation. Même s'il n'est pas parfait, le système de santé allemand a su se réformer depuis 20 ans autour de cinq grands principes : responsabilité, concurrence, décentralisation, contractualisation, transparence, qui ont produit leurs effets sur la trajectoire des dépenses sans sacrifier la qualité des soins. Voici comment nous en inspirer pour faire une vraie réforme de notre système de santé :

■ **responsabiliser les patients par l'instauration de franchises** sur les médicaments et sur les soins à l'hôpital et en médecine de ville, fixées à hauteur de 2 % du revenu des ménages (1 % pour les ALD) ; franchises qu'il faudrait toutefois **plafonner par un système de « bouclier sanitaire »**, système qui permettrait de supprimer le régime ALD ;

■ **repenser l'architecture hybride du remboursement des soins** entre assurance maladie et assurances complémentaires, qui coûte 13,5 milliards d'euros de plus en assurances obligatoires qu'en Allemagne (à population égale) ;

■ **créer un système de « panier de soins »**, qui priorise et circonscrit les soins que l'on veut confier à la charge de l'assurance maladie ; les assurés peuvent, s'ils le souhaitent, contracter une assurance supplémentaire pour les soins qui figurent en dehors du panier. Dans un premier temps, on peut envisager d'augmenter progressivement le ticket modérateur sur les soins à l'utilité médicale plus faible (transports hors urgences, kinésithérapie, soins prothétiques dentaires, indemnités journalières, etc.) ;

■ **décentraliser la gouvernance du système de santé et instaurer un système de « concurrence régulée »** entre les caisses d'assurance maladie, par la libre contractualisation entre les caisses et les prestataires des soins pour trouver les solutions les plus adaptées en matière de prévention, de parcours de soins, de prise en charge et de rémunération des médecins. L'intervention de l'État reste toutefois nécessaire afin d'éviter une sélection des patients en fonction de leurs risques (création d'un « fonds de santé ») ;

■ **revaloriser les pratiques du médecin généraliste**, via une coopération renforcée avec les infirmiers ou au sein de maison de santé. La libre contractualisation avec les caisses d'assurance maladie lui permet de diversifier sa rémunération, d'adapter ses pratiques et de ne pas dépendre d'un financeur unique ;

■ **dépolitiser l'hôpital**, prisonnier des élus locaux, qui peuvent lancer des projets surdimensionnés ou bloquer la fusion, la fermeture ou la privatisation de services ou d'hôpitaux inefficaces ou dangereux. Donner plus d'autonomie en adaptant le statut des personnels (notamment d'encadrement qui pourraient ne plus être embauchés sous statut) aux conditions locales d'emploi et en plaçant à leur tête des managers qui contractualisent leur budget pour permettre à l'hôpital de mettre en œuvre les réformes nécessaires : prendre le virage ambulatoire, diminuer le nombre de lits et réduire ses coûts ;

■ **favoriser le développement des établissements privés pour stimuler la concurrence**, en leur ouvrant accès à tout le service public hospitalier via des délégations de service public, en égalisant les remboursements entre le public et le privé et en séparant les fonctions communes au sein des ARS de planification de l'offre de soin et de tutelle des établissements publics ;

■ **sur la fonction publique hospitalière**, il faut dans un premier temps **revoir la question du temps de travail facteur d'absentéisme**, de dysfonctionnements des services et finalement d'une augmentation des coûts ;

■ **rendre plus transparent le système de santé** : ouvrir l'accès aux données anonymisées, imposer des indicateurs de performance validés par la HAS et obliger les établissements de santé à **communiquer périodiquement leurs données** en matière de sécurité et de qualité des soins.