

# **LA REGULATION DU MARCHÉ DE LA SANTÉ**

Bernard BONNICI

Conseiller général des établissements de santé  
Membre honoraire de l'Inspection générale des  
affaires sociales (IGAS)

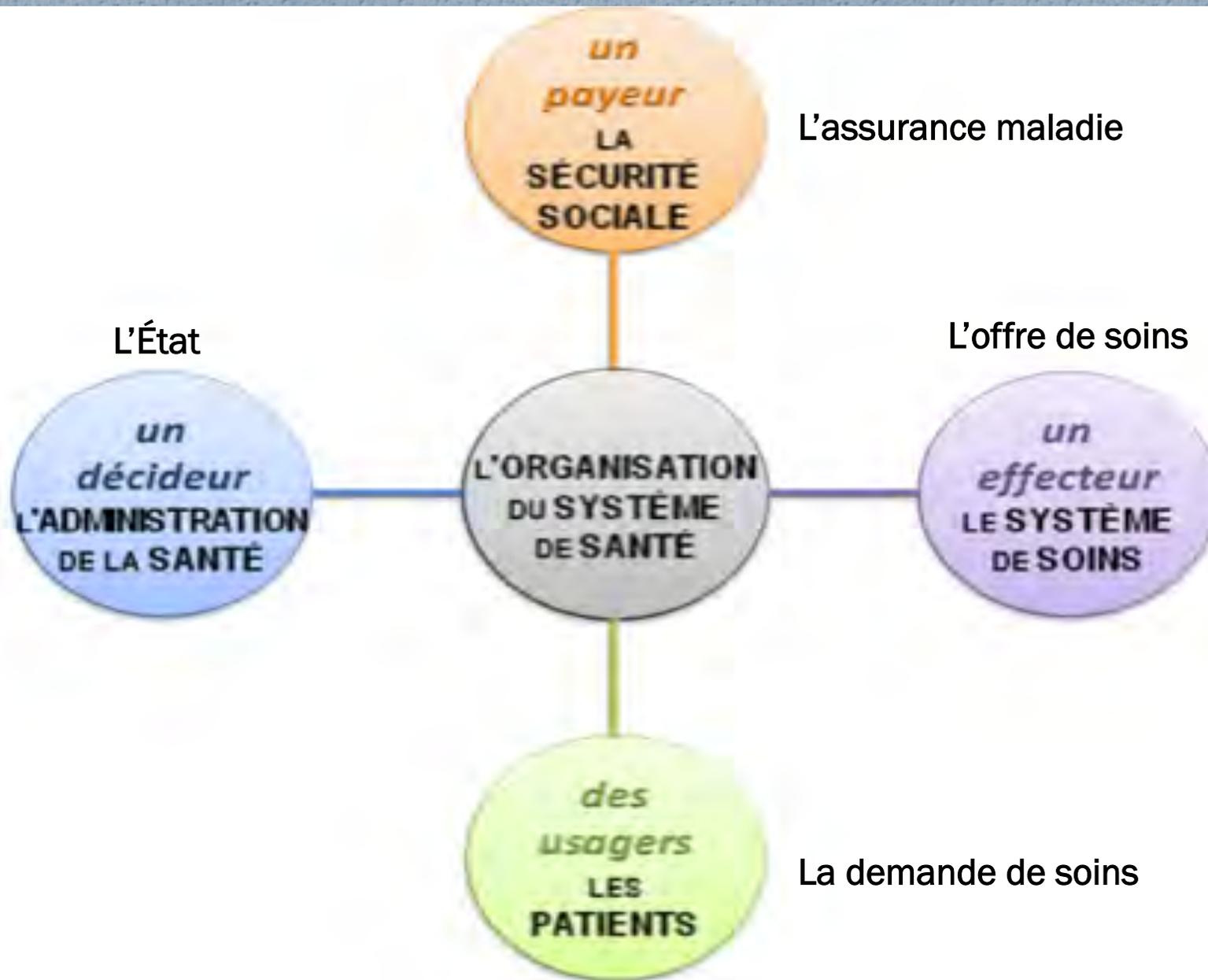
CNAM, Paris le 12 octobre 2017

# INTRODUCTION

- ◆ Approche individuelle du concept de santé
- ◆ Approche collective

- ◆ La régulation ne s'effectue pas mécaniquement par le prix et par l'ajustement de la demande et de l'offre de santé, justifiant par là même l'intervention de deux puissants régulateurs :
  - l'État qui organise et contrôle le marché,
  - l'assurance maladie, au sein de la sécurité sociale, qui finance le système de santé
- ◆ La demande de santé est élastique et varie en fonction :
  - de l'âge,
  - du sexe,
  - des comportements individuels,
  - du niveau de protection sociale,
  - du niveau d'éducation,
  - des conditions climatiques (grippe, canicule)

- ◆ De son côté, l'offre de santé (producteurs de soins, système de soins) est inélastique car composée de structures rigides et de professionnels de santé qui ne sont pas autorisés librement à s'adapter à l'évolution de la demande en fonction des besoins de la population
- ◆ L'offre de santé est :
  - fortement règlementée par l'État qui la contrôle étroitement,
  - particulièrement visée par les réformes affectant depuis des années le système de santé



- ◆ Les dépenses de santé en France sont très élevées en comparaison à celles d'autres États et sont en constante augmentation du fait notamment du coût élevé du **progrès médical** et du **vieillissement continu de la population**
- ◆ En 2015, le montant de la dépense courante de santé (DCS) s'est élevé à **262 milliards €**, soit près de 12 % de la richesse nationale (produit intérieur brut)
- ◆ Au sein de la DCS, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) a atteint environ **198,5 milliards €** en 2016 soit près de 9 % de la richesse nationale
- ◆ On remarquera dans le tableau ci-après que ce sont les systèmes de santé **bismarkiens** qui sont les plus coûteux comparés aux systèmes **beveridgiens**

Part des dépenses totales de santé (DCS) dans le PIB de certains pays de l'OCDE en 2012

Pays	En % du PIB
Allemagne	11,3
Belgique	10,9
Canada	10,9
Danemark	11,0
Espagne	9,4
Etats Unis	16,9
Finlande	9,1
<b>France</b>	<b>11,6</b>
Grèce	9,3
Irlande	8,9
Italie	9,2
Pays Bas	12,1
Royaume Uni	9,3

**1. LA RÉGULATION DU  
MARCHÉ DE LA SANTÉ NE  
S'EFFECTUE PAS  
SPONTANÉMENT**

# L'ÉTAT ORGANISE ET CONTRÔLE LE MARCHÉ DE LA SANTÉ

- ◆ L'État légifère pour fixer le cadre et le contenu de la réponse aux besoins de la population
- ◆ Il fixe les règles d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé, en particulier publics, ainsi que les modalités de leur contrôle
- ◆ Il détermine le numerus clausus des professions médicales et régule le dispositif de formation des professionnels de santé non médicaux

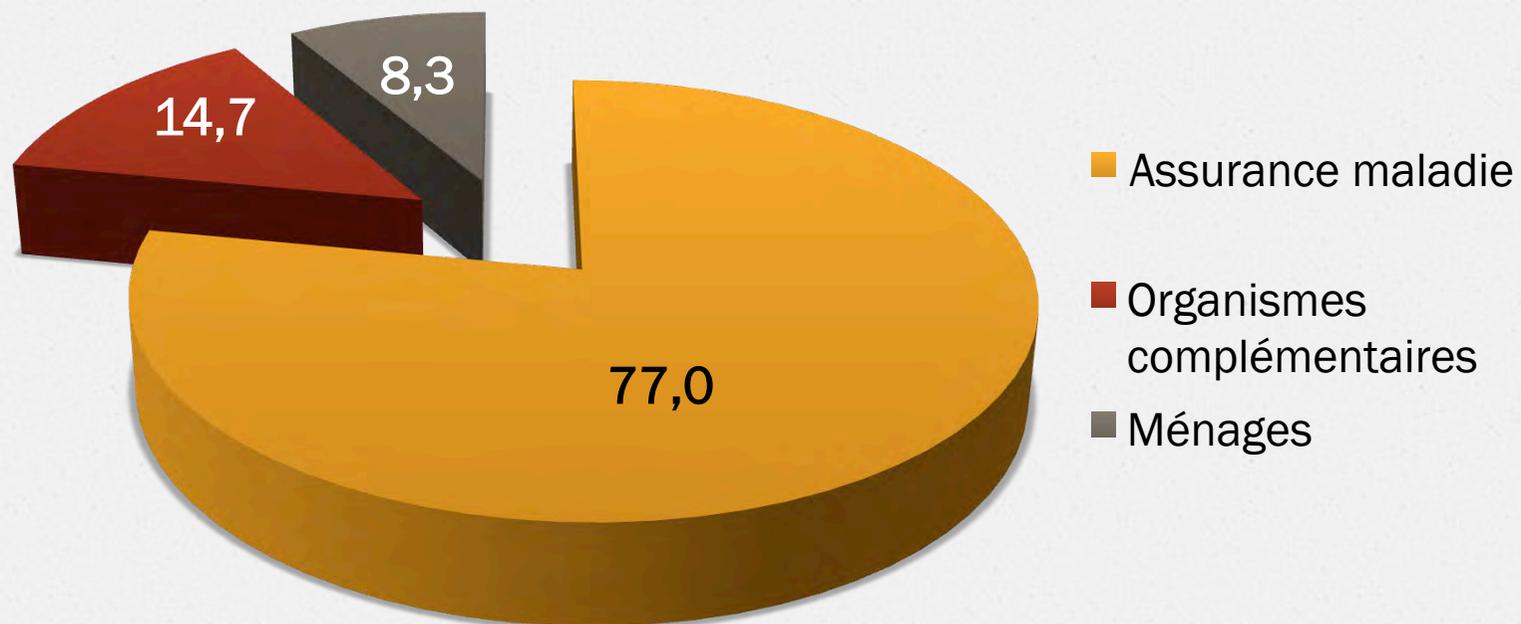
◆ Il fixe :

- les tarifs des prestations de santé et leurs modalités de remboursement par l'assurance maladie,
- le montant des honoraires médicaux,
- le montant du forfait hospitalier et du ticket modérateur,
- le prix des médicaments et des autres biens médicaux (prothèses, optique et petit appareillage médical)

◆ Il autorise la mise sur le marché des médicaments et de certains produits de santé ou équipements médicaux

**L'ASSURANCE MALADIE APPARAÎT  
COMME LE PRINCIPAL FINANCEUR  
SUR LE MARCHÉ DE LA SANTÉ**

## Les différents contributeurs à la CBSM en 2016 (en %)



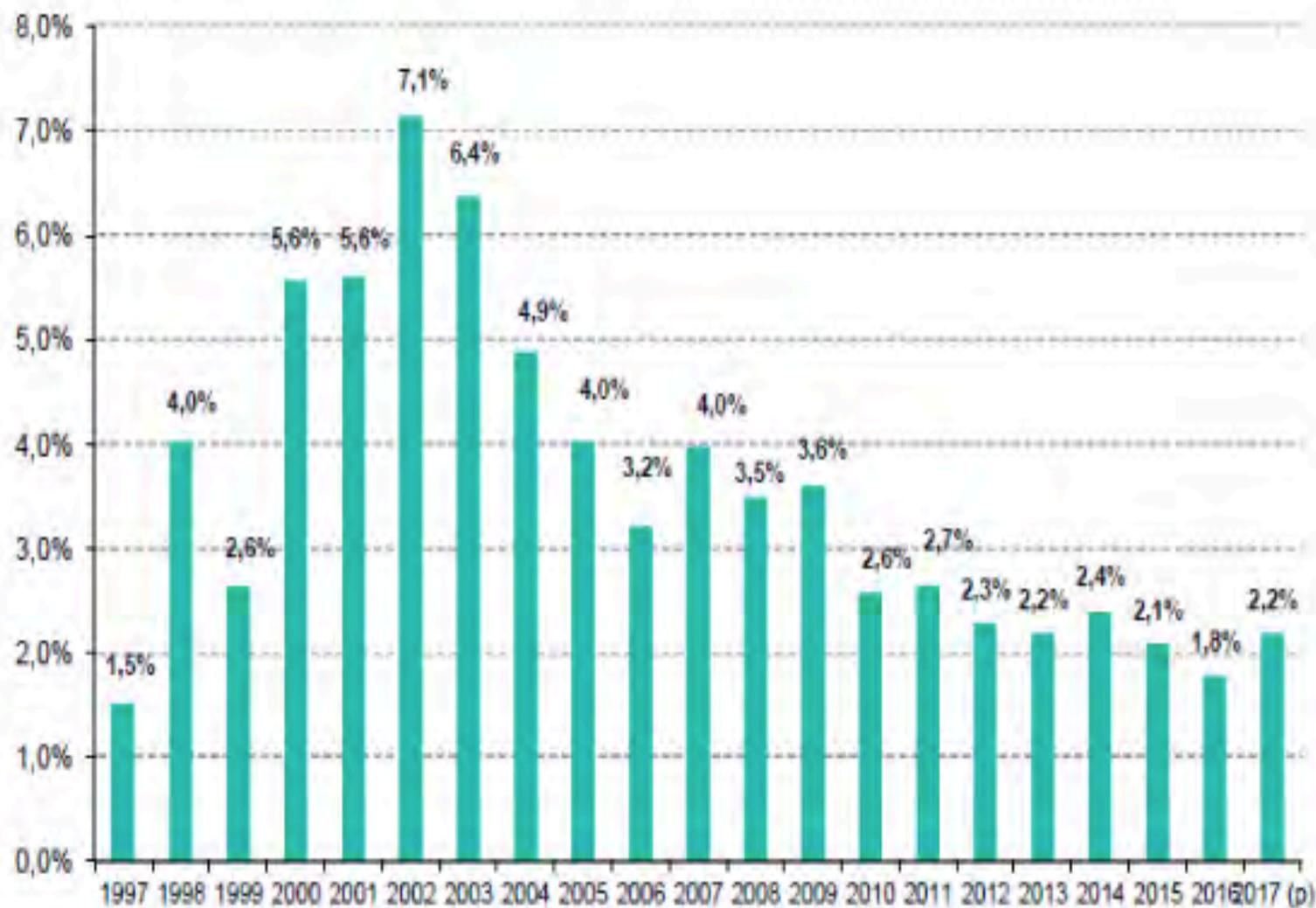
- ◆ L'assurance maladie **indemnise les malades** par des :
  - prestations en **nature** (remboursement des frais de santé) :
    - frais d'hospitalisation
    - soins ambulatoires dont les soins de ville
  - prestations en **espèces** (indemnités, prestations journalières et capital) :
    - maladie
    - maternité
    - invalidité
    - décès
    - accidents du travail et maladies professionnelles

◆ **L'assurance maladie rémunère les producteurs de soins :**

- **indirectement** par le remboursement du montant des actes aux professionnels de santé libéraux de ville,
- **directement** tous les établissements de santé publics et privés par la tarification à l'activité (T2A) qui assure leur financement depuis 2004

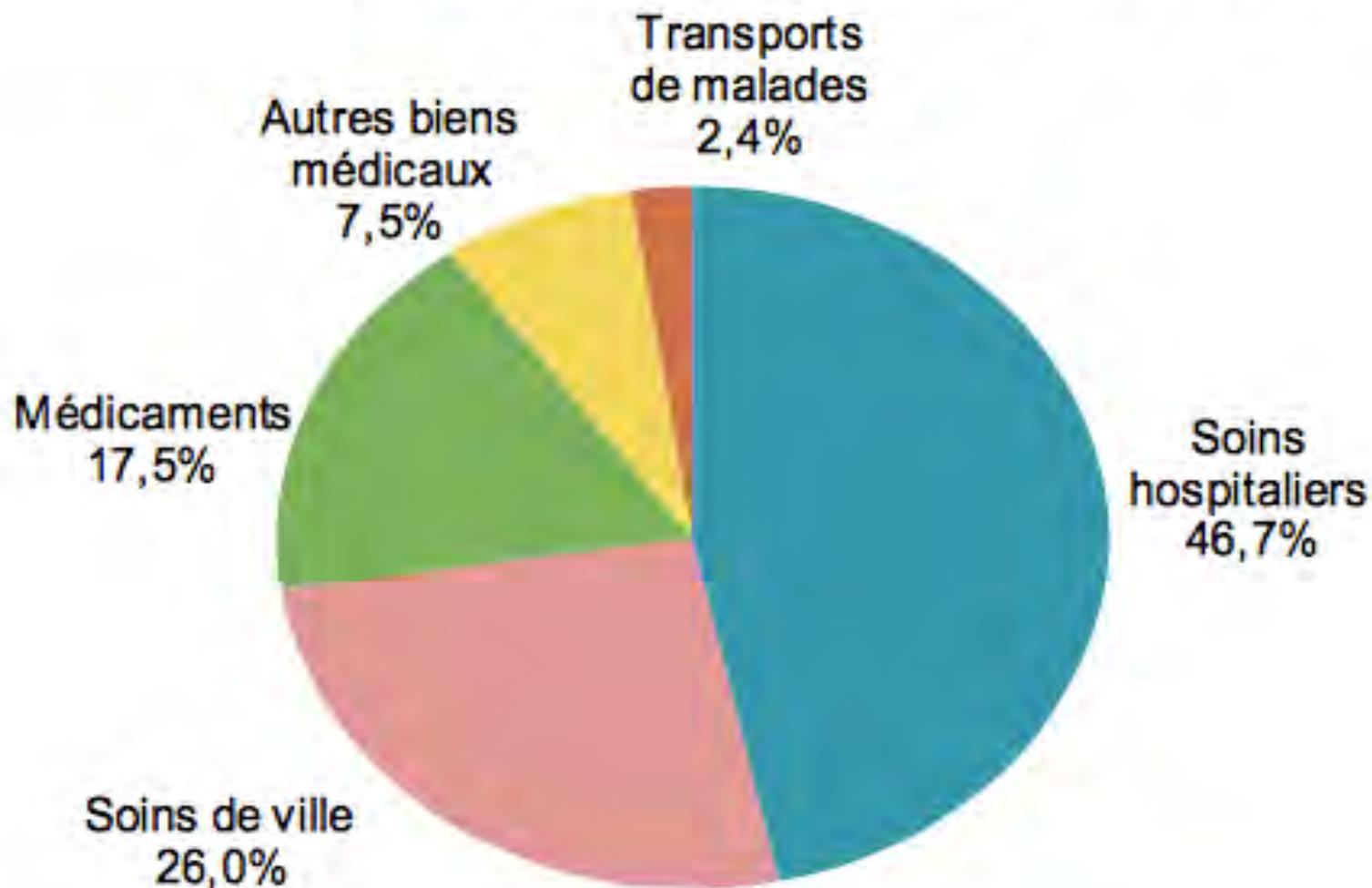
- ◆ Une loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), votée par le Parlement chaque année depuis 1997, fixe notamment un **objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)**
- ◆ Ce dernier devrait atteindre près de **200 milliards €** pour 2018 (+ 2,3 % par rapport à 2017 soit + 4,4 milliards €)

## Une progression maîtrisée de l'ONDAM



**2. LA RÉGULATION DU  
MARCHÉ DE LA SANTÉ  
PORTE ESSENTIELLEMENT  
SUR LE SECTEUR  
HOSPITALIER**

## Structure de la CSBM en 2015



**Source > DREES, Comptes de la santé.**

## LES SOINS AMBULATOIRES NE SONT PAS EXCLUS DE LA RÉGULATION

- ◆ Les soins ambulatoires (**103,7 milliards €** en 2015) regroupent :
  - les soins de ville (50,5 milliards €) effectués par les médecins généralistes et spécialistes, les sages-femmes, les dentistes, les soins d'auxiliaires médicaux, les laboratoires,
  - les médicaments (33,9 milliards €),
  - les autres biens médicaux (14,6 milliards €) : optique, prothèses, matériels, pansements, petit appareillage)
  - Les transports de malades (4,5 milliards €)

- ◆ L'État et l'assurance maladie ont élaboré différentes stratégies pour contenir l'évolution et les coûts de ce secteur
- ◆ En ce qui concerne les **soins de ville**, la maîtrise s'effectue essentiellement par le contrôle des honoraires et du prix des prestations
- ◆ La régulation par la démographie médicale qui avait été tentée en 1996 (plan JUPPÉ) a été abandonnée du fait de la pénurie de médecins et de l'existence de déserts médicaux qui nuisent au principe d'égal accès aux soins. L'installation des médecins de ville (107 000), contrairement aux pharmacies d'officine (1 078) et aux infirmières libérales (110 000) n'est pas conditionnée par le respect d'un numerus clausus
- ◆ Les laboratoires d'analyses médicales ont fait l'objet d'un mouvement de concentration de grande ampleur depuis 2010 permettant de réduire leur coûts d'exploitation
- ◆ En revanche, la prise en charge des cures thermales reste toujours aussi coûteuse

- ◆ Pour ce qui est des **médicaments** (11 000 spécialités en 2013), l'introduction des génériques, moins coûteux pour l'assurance maladie, n'est pas un réel succès
- ◆ Dans le champ des **autres biens médicaux**, la promesse en 2017 d'une prise en charge à 100% par l'assurance maladie des frais de prothèses dentaires, optiques et auditives n'est actée, du fait de son coût, ni dans la loi de financement de la sécurité sociale, ni dans le budget de l'Etat pour 2018
- ◆ L'assurance maladie a beaucoup de mal à contenir la croissance des **transports sanitaires** dont les lobbys sont particulièrement puissants comme ceux des laboratoires pharmaceutiques.

# MAIS C'EST LE SECTEUR HOSPITALIER QUI EST PRINCIPALEMENT VISÉ PAR LES EFFORTS DE RÉGULATION ET DE MAÎTRISE DES DÉPENSES

- ◆ Cette volonté n'est pas récente
- ◆ Ce n'est pas un hasard car ce secteur représentait **46,7 % des dépenses de la CBSM** en 2015,

- ◆ Les instruments de contrôle et de maîtrise se sont diversifiés au fil des ans :
  - 1970 : création de la carte sanitaire et de formules de coopération inter-hospitalière – approche quantitative de l’offre hospitalière-
  - 1991 : création du schéma régional de l’organisation sanitaire (SROS) – approche qualitative de l’offre hospitalière-
  - 1996 : création des agences régionales de l’hospitalisation (ARH) et du contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens (CPOM) signé entre le DGARH/ARS et le directeur de l’établissement de santé
  - 2004 : mise en place d’une nouvelle gouvernance dans les établissements de santé publics (pôles)
  - 2005 : mise en place d’un financement identique des établissements publics et privés par la tarification à l’activité (T2A)
  - 2009 : création des agences régionales de santé (ARS) et de nouvelles formules de coopération inter-hospitalière
  - 2016 : création des groupements inter-hospitaliers de territoire (GHT)

- ◆ **Les établissements privés, en particulier à but commercial** (1 012 établissements) se sont adaptés dès 2005 aux nouvelles règles imposées par l'État :
  - ils se sont concentrés au sein de grands groupes (Ramsey Générale de Santé, Elsan, Médipôle-partenaires, Vivalto santé et Capiro),
  - Ils ont « élagué » leur portefeuille d'activités pour le concentrer sur des activités et des actes très rémunérateurs (chirurgie, cardiologie, neuro-chirurgie, chirurgie ambulatoire...)
- ◆ Leur gouvernance allégée garantissant la recherche du profit, de l'activité et de la performance s'accommode de leur soumission au régime des autorisations d'activités nouvelles et d'équipements médicaux lourds imposé par l'État par le truchement des ARS
- ◆ Ils emploient des agents salariés qui bénéficient de conventions collectives bien moins protectrices que dans les établissements publics (fonction publique hospitalière)

- ◆ À l'inverse, il existe une très forte **résistance au changement** au sein des établissements publics de santé (1 416 établissements)
- ◆ Historiquement, ces établissements étaient habitués à ne subir qu'une faible contrainte budgétaire (prix de journée jusqu'en 1983)
- ◆ Le maire « président -né » du conseil d'administration poussait à la modernisation de l'établissement et au recrutement d'agents hospitaliers (bénéficiaire mais pas payeur)
- ◆ L'hôpital a généralement constitué le premier employeur de sa commune d'implantation
- ◆ Les réformes ont du mal à être acceptées dans un contexte de front politique, médical et syndical
- ◆ Jusqu'en 1996 (création des ARH), le directeur de l'établissement avait beaucoup de mal à résister à cette résistance organisée
- ◆ Aujourd'hui encore, son action est souvent menacée (« surtout ne pas faire de vagues »)

- ◆ Grâce aux efforts de productivité, le déficit des établissements publics est passé de 406 millions € en 2015 à **295 millions € en 2016**
- ◆ Ces résultats encourageants s'expliquent par :
  - l'évolution des organisations,
  - le développement de la prise en charge ambulatoire,
  - les économies dans les achats hospitaliers
- ◆ Ils pourraient être consolidés à terme par la **mutualisation des moyens** tant en interne (développement des pôles) qu'en externe (mise en place des GHT)

◆ Mais les difficultés de maîtrise de la dépense perdurent en raison :

- du statut très protecteur des fonctionnaires hospitaliers (727 000 emplois),
- de la rigidité du code des marchés publics,
- de la lourdeur des missions de service public qui s'ajoutent aux missions générales, bien que partagées avec les 691 établissements de santé privés à but non lucratif
- de l'impossibilité de renoncer à certaines activités budgétivores, non rémunératrices ou à risque comme :
  - l'obstétrique,
  - la médecine générale,
  - la psychiatrie
  - ou la prise en charge des personnes âgées

# CONCLUSION

- ◆ Le marché de la santé est atypique et perverti par l'intervention de deux régulateurs puissants que sont l'Etat et l'assurance maladie
- ◆ Or cette dernière est malade de la bonne santé du système de soins. Son déficit, même réduit par rapport à 2016, reste estimé à **4 milliards €** pour 2017
- ◆ Dans ces conditions, il conviendrait peut être de s'engager dans une réflexion sérieuse sur la transformation progressive de notre système de santé d'essence bismarkienne financé par les cotisations sociales en un système beveridgien financé par l'impôt, système plus juste, moins coûteux et davantage imperméable à la situation de l'emploi
- ◆ Le recours à la CSG depuis 1991 constitue un pas dans ce sens