

Chapitre IV

Dix ans d'évolution des systèmes de soins et de prise en charge des dépenses de santé en Europe : de profonds changements, des enseignements pour des réformes du système de soins en France

PRÉSENTATION

La dépense courante de santé des pays de l'Union européenne atteint 10,5 % de leur PIB et le secteur ainsi financé compte 27,5 millions d'emplois⁸³. Le niveau des dépenses publiques qui sont consacrées à ces politiques – qui dépassent souvent 15 % du total - est en outre l'un des paramètres les plus significatifs de l'équilibre des budgets publics. Les enjeux des réformes des systèmes de santé ont donc acquis, partout au sein de l'Union, une importance de premier plan.

Ces systèmes ont été, au cours des dix dernières années, soumis à de multiples pressions qui ont fragilisé leurs équilibres.

Ils ont d'abord été brusquement confrontés, à partir de 2008-2009, à une crise économique et financière, puis des finances publiques, majeure. Celle-ci a nécessité, dans la plupart des pays, des plans d'économies, mais aussi des réformes structurelles d'ampleur et de modalités variables.

Sur le long terme, ils sont soumis, dans une mesure qui s'est accrue au cours de la décennie écoulée, à des tensions liées au vieillissement de la population, à l'extension de la prévalence des pathologies chroniques et au renchérissement des technologies et des produits de santé.

L'organisation et la gouvernance des systèmes de santé connaissent par ailleurs de profondes transformations, s'agissant en particulier des rapports entre autorité centrale et échelons locaux.

Aussi est-il intéressant de dresser un premier bilan de ces évolutions, de façon à situer notre pays par rapport à ses voisins, mais aussi de prendre toute la mesure des réformes et expériences menées.

En 2015, la Cour avait étudié les systèmes d'assurance maladie en France et en Allemagne⁸⁴. Elle n'avait cependant encore jamais procédé à une enquête comparative sur les systèmes de soins et de prise en charge des dépenses de santé d'un large ensemble de pays comparables à la France en

⁸³ Pour les 23 principaux pays de l'Union européenne dont les statistiques sont suivies par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), données 2015.

⁸⁴ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2015*, chapitre XV Les systèmes de retraite en France et en Allemagne, p. 533-588, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Europe. Tel est l'objet de l'enquête qu'elle a menée⁸⁵, qui retrace les réponses apportées par les autres pays européens aux tensions croissantes, mais inégales, auxquelles sont soumis leurs systèmes de santé depuis dix ans (I) et les réformes structurelles auxquelles ils ont procédé (II).

I - Des dispositifs de prise en charge soumis à des tensions croissantes mais inégales

Si tous les pays européens ont été affectés par la récession économique de 2008-2009, seule une partie d'entre eux ont été confrontés à une crise de leur dette souveraine. Ceux-ci ont mis en œuvre des mesures de grande ampleur pour limiter les dépenses socialisées de santé, ce qui a conduit à dégrader la prise en charge de la demande de soins. Les autres pays ont également pesé sur l'évolution des dépenses, mais de manière moins forte ou durable. Pour sa part, la France a préservé ses systèmes de santé et de prise en charge des dépenses, au prix de déficits persistants de l'assurance maladie.

A - Des mesures de limitation des dépenses d'intensité graduée selon les pays

L'ensemble des pays européens a mis en œuvre des mesures, d'intensité variable en fonction de la gravité de la situation de leurs finances publiques, visant à réduire la part socialisée des dépenses de santé, les rémunérations des professionnels de santé et les investissements. Tous exercent par ailleurs une pression particulière sur les dépenses de médicaments. L'évolution de la dépense de santé socialisée par habitant diverge entre le nord et le sud de l'Europe.

⁸⁵ Les travaux se sont déroulés entre novembre 2017 et mars 2018 et se sont appuyés sur les sources documentaires internationales (notamment l'exploitation des bases de données harmonisées sur les dépenses de santé de l'Organisation mondiale de la santé, de l'Organisation de coopération et de développement économiques et d'Eurostat), françaises, allemandes, anglaises, italiennes, espagnoles, néerlandaises, suédoises, portugaises et irlandaises disponibles, ainsi que sur des séries d'entretiens réalisés avec le soutien de l'ambassade de France auprès des principaux acteurs du secteur dans les capitales concernées (sauf La Haye) complétées, en Italie et en Espagne, au niveau régional (Latium et Toscane, Castille et León et Pays basque).

1 - Dans les pays les plus affectés par la crise de 2008, des arbitrages sévères sur les dépenses mises à la charge des patients, les rémunérations et les investissements

a) L'accroissement de la participation des patients au coût des traitements

Presque tous les plans d'économies ont fait appel à l'augmentation des franchises, aux tickets modérateurs ou à la mise de certaines dépenses à la charge des patients.

Ces mesures ont eu le plus d'ampleur dans les pays les plus affectés par la crise, à commencer par l'Irlande et le Portugal, concernés par la procédure des mémorandums avec la Commission européenne, la Banque centrale européenne et le Fonds monétaire international à la suite de la crise de leurs dettes souveraines. En Irlande, des participations forfaitaires sont demandées depuis 2012 pour les séjours hospitaliers (75 € par jour limités à 10 jours, portés à 80 € en 2013), y compris les passages aux urgences (100 €). Le plafond mensuel des biens et services médicaux prescrits mis à la charge des patients a été fixé à 100 € en 2009 et progressivement monté à 144 € en 2013. Au Portugal, les forfaits hospitaliers ont plus que doublé en 2012. Alors qu'ils s'échelonnaient auparavant entre 3 € et 10 € suivant les types de soins, cet intervalle a été porté de 10 € à 20 €. Les franchises ont par ailleurs été sensiblement augmentées pour les soins de ville et portées à des niveaux élevés pour certaines classes de médicaments (antidépresseurs, antiacides gastriques, paracétamol notamment).

L'Espagne et l'Italie ont suivi la même voie, la première en portant en 2012 les tickets modérateurs pour les médicaments jusqu'à 60 % pour les patients jouissant des revenus les plus élevés⁸⁶ ; la seconde en introduisant un co-paiement sur les consultations de spécialistes de 10 €, s'ajoutant à un paiement de base pouvant atteindre 36,15 €. Une participation de 25 € est par ailleurs demandée pour les passages aux urgences jugés non urgents.

⁸⁶ Les franchises sont toutefois plafonnées (à 8,14 € par mois pour les ménages ayant moins de 18 000 € de revenus annuels, 18,32 € par mois pour ceux entre 18 000 € et 100 000 €, 61,08 € par mois au-delà) et certaines catégories de la population (retraités exonérés d'impôts, chômeurs en fin de droits, personnes bénéficiant de certaines aides sociales à l'intégration) en sont exemptées.

Dans ces quatre pays, de larges dispositifs d'exonération ou d'atténuation de la portée des mesures adoptées ont toutefois permis de limiter l'impact de ces mesures sur les populations les plus fragiles⁸⁷.

Bien qu'avec moins d'intensité, les niveaux de prise en charge des dépenses de santé ont également été réduits dans d'autres pays de l'échantillon étudié. Aux Pays-Bas et en Suède, où existent des mécanismes de « bouclier sanitaire » laissant, en deçà d'un seuil, certaines dépenses à la charge des patients, celui-ci a ainsi été progressivement relevé, passant de 150 € par an en 2009 à 385 € en 2017 dans le premier et, plus modestement, d'environ 90 € à 110 € en 2012 dans le second⁸⁸.

En Allemagne en revanche, où un « bouclier sanitaire » fonction du revenu avait été instauré en 2004, de même qu'une série de participations des assurés aux coûts de leur prise en charge, les franchises de 10 € sur les consultations de médecins généralistes et spécialistes, ont été supprimées en 2012, compte tenu de la bonne tenue financière de l'assurance maladie.

b) La contraction du panier de soins pris en charge

Plusieurs pays ont retiré des produits et des prestations du panier de soins pris en charge. L'Espagne a ainsi engagé depuis 2012 un mouvement de révision visant à supprimer les traitements de « symptômes mineurs » (plus de 1 000 produits). L'Italie s'est engagée dans une direction similaire à la même époque. Les Pays-Bas ont, à partir de 2009, progressivement renoncé à rembourser les somnifères et tranquillisants dans le cas général, les antidépresseurs, les antiacides gastriques, les acétylcystéines⁸⁹, les statines hors l'application de recommandations de bonne pratique, les contraceptifs pour les femmes de plus de 21 ans, les appareils d'aide à la marche, les couvertures anti-allergènes et certains soins de longue durée⁹⁰.

Presque achevée en Allemagne, en Italie et en Espagne, la tendance à concentrer l'intervention des mécanismes de solidarité sur l'hôpital, la médecine générale et spécialisée, les urgences, les médicaments les plus importants, tandis que l'essentiel des soins dentaires, optiques, les audioprothèses et les transports sanitaires non urgents sont laissés à la charge des patients, s'est poursuivie aux Pays-Bas et en Irlande. Pour sa

⁸⁷ Ils bénéficient par exemple à plus de 30 % des Irlandais (les détenteurs de la « carte médicale ») et à plus de 50 % des Portugais.

⁸⁸ De 1 800 SEK à 2 200 SEK pour les prescriptions.

⁸⁹ Fluidifiant utilisé pour traiter les affections respiratoires.

⁹⁰ Assistance psychologique, soins à domicile au-delà de 10 heures hebdomadaires.

part, la France n'a pas mené sur la période d'actions visant à restreindre le champ du panier de soins pris en charge par l'assurance maladie.

c) La diminution des effectifs et des rémunérations des professionnels de santé

Dans ce domaine, l'écart entre les mesures prises par les pays les plus affectés par la crise et les autres est particulièrement important.

Les coupes ont été plus sévères dans les pays où les professionnels de santé, dont les médecins, sont des salariés d'un système national de santé (Irlande, Espagne, Portugal) ou lui sont contractuellement liés (Royaume-Uni, Italie), que dans les systèmes de médecine libérale (Allemagne, Pays-Bas). En Irlande et au Portugal, les deux pays sous mémorandum, les baisses de rémunération ont dépassé 30 % pour certaines catégories de professionnels dans le premier cas, 15 % dans le second, assorties pour ce dernier d'une hausse de cinq heures du temps de travail hebdomadaire et d'une réduction de la rémunération des heures supplémentaires.

Des mesures similaires ont été prises en Espagne⁹¹. En Italie, le niveau central a organisé un blocage des rémunérations, un plafonnement des charges de personnel des régions et l'absence de renouvellement de départs à la retraite. Dans les régions en forte difficulté sur le plan budgétaire, les effectifs ont fortement baissé⁹².

Les autres pays ont pris des mesures moins sévères. Au Royaume-Uni, des gels, puis des périodes de modération salariale, ont toutefois été mis en œuvre entre 2011 et 2014 ; ils se sont ajoutés à des diminutions d'effectifs. Aux Pays-Bas, la structure décentralisée du système de soins⁹³ ne se prêtait pas à des mesures générales. Un système de contribution sur les revenus des fournisseurs de soins a toutefois été mis en place en 2008 pour modérer la progression des dépenses de santé, avant d'être remplacé

⁹¹ Baisse de 5 % des salaires pour tous les employés publics en 2010 (dans ce système national de santé, les professionnels de santé sont salariés de l'État et des communautés autonomes) en 2010, suppression du 14^{ème} mois en 2012, allongement de deux heures et demie de la durée de travail hebdomadaire, réduction des vacances et de la prise en charge des absences pour maladie. Les effectifs ont également baissé.

⁹² Moins 15 % entre 2006 et 2014 dans le Latium par exemple.

⁹³ Assurances maladie en compétition sur un marché, médecins indépendants contractant avec les précédentes, hôpitaux très majoritairement à but non lucratif.

en 2011 par des cibles de limitation de la dépense⁹⁴. En Allemagne, des dispositions législatives ont bloqué pendant deux ans (2011-2012) l'évolution des rémunérations des médecins, mais des rattrapages ont été négociés par la suite. Toutefois, la fixation d'enveloppes pour les dépenses de soins de ville, conjuguée à un système de tiers payant, a permis de contenir l'évolution des dépenses et des revenus des médecins libéraux.

d) La baisse de l'investissement

Les divergences ont là aussi été marquées entre les pays : les statistiques de formation brute de capital fixe dans le secteur de la santé (bâtiments, équipements) réunies par l'OCDE ou les sources nationales montrent une stabilité ou une croissance pour la Suède, mais de très fortes baisses pour l'Espagne (jusqu'à - 60 %, où il est passé de 2,7 Md€ en 2008 à 1 Md€ en 2015), le Royaume-Uni, l'Irlande et le Portugal.

2 - Dans tous les pays, une pression particulière sur les dépenses de médicaments et les achats hospitaliers

La dépense de médicaments, qui représente en moyenne 1,5 % du PIB dans les pays de l'Union européenne, a partout été mise à contribution.

En Italie et au Portugal, des dispositifs de plafonnement global de la dépense ont été introduits. Le dépassement de valeurs limite conduit les entreprises pharmaceutiques à rembourser tout ou partie de l'excès correspondant de dépenses⁹⁵. Ces mécanismes, également pratiqués par la France⁹⁶, occupent, particulièrement en Italie, une place prépondérante dans le contrôle du niveau final de la dépense de santé. Des dispositifs

⁹⁴ Accords de limitation avec les spécialistes, puis avec l'ensemble des fournisseurs de soins primaires, pour limiter la hausse des dépenses à 2,5 % par an.

⁹⁵ En Italie, les laboratoires remboursent la totalité du dépassement sur les dépenses de ville et la moitié sur celles qui concernent l'hôpital, les régions assurant dans ce cas le complément. Le dispositif portugais a évolué vers une taxe sur les laboratoires dont peuvent s'exonérer ceux d'entre eux qui modèrent les dépenses et contribuent à des fonds financiers en faveur de l'hôpital ou de la ville.

⁹⁶ À travers la fixation par la loi d'une clause de sauvegarde « L » visant à encadrer l'évolution du chiffre d'affaires des entreprises lié aux médicaments remboursés par l'assurance maladie et d'une contribution « W » pour le chiffre d'affaires propre aux médicaments traitant l'hépatite C. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre VIII La fixation du prix des médicaments : des résultats significatifs, des enjeux toujours majeurs d'efficience et de soutenabilité, un cadre d'action à fortement rééquilibrer, p. 335-395, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

comparables existent au Royaume-Uni, où ils sont souscrits volontairement par les entreprises et en Espagne depuis 2015, où ils ont toutefois une moindre portée dans la mesure où ils ne s'adressent qu'aux communautés autonomes et non aux entreprises pharmaceutiques elles-mêmes et ont seulement un caractère incitatif.

L'usage des médicaments génériques et, plus récemment, bio-similaires⁹⁷, a été fortement encouragé. Il atteint dans certains pays comme le Royaume-Uni ou l'Allemagne plus de 80 % des prescriptions. Les obligations faites au médecin, sous réserve de certaines exceptions de portée variable selon les pays, de prescrire en dénomination internationale et au pharmacien de fournir le médicament le moins cher, ont été le premier instrument de leur déploiement. De nombreux pays développent en outre des actions de formation, des campagnes d'information, le recours à des moyens électroniques d'aide à la prescription, des systèmes de suivi des prescriptions des médecins permettant de connaître leurs performances dans ce domaine, ainsi que des mesures d'incitation financière⁹⁸.

Pour accroître l'efficacité de ces mesures, des diminutions de prix des médicaments génériques ont par ailleurs été décidées. L'Espagne établit par exemple des prix de référence calculés sur les valeurs les plus basses des molécules entrant dans une même catégorie d'efficacité. Le Portugal oblige, comme en France, à une baisse des prix de 60 % par rapport au médicament princeps originel et la Suède, de 65 %.

La Suède a en outre particulièrement mis l'accent sur la mise en concurrence des fournisseurs pour réduire les coûts en organisant des achats aux enchères par l'Agence du médicament. Cette dernière se prévaut d'obtenir, avec les Pays-Bas, les prix des génériques les plus bas en Europe. Le développement d'achats par appels d'offres groupés pour tout le système hospitalier, voire du système de santé dans son ensemble, s'est également développé ces dernières années en Italie, en Espagne et au Portugal, au niveau central ou régional. Ces procédures ont souvent été étendues à une partie des autres achats des hôpitaux.

En vue de maîtriser le coût croissant de l'innovation pharmaceutique, les pays européens ont fait évoluer leurs méthodes de fixation des prix. Les produits pris en charge ont été mieux ciblés, au moyen notamment

⁹⁷ Les médicaments bio-similaires sont la copie de médicaments biologiques, à la différence des médicaments génériques, qui sont la copie de médicaments chimiques.

⁹⁸ Notamment le Royaume-Uni pour la totalité de ces dispositifs, l'Italie, l'Espagne, l'Allemagne, les Pays-Bas pour certains d'entre eux.

de la diffusion des méthodes d'analyse médico-économiques qui comparent leur coût et leur efficacité. Les médicaments nouveaux sont de plus en plus suivis en vie réelle pour déterminer si leur efficacité concrète justifie leur prix⁹⁹. Parfois, certaines molécules particulièrement onéreuses n'ont été introduites que de manière progressive¹⁰⁰.

La pratique généralisée de remises confidentielles sur les prix publics des médicaments crée néanmoins une asymétrie d'information au détriment des États lors de leurs négociations avec les entreprises pharmaceutiques, en restreignant les possibilités de comparaison des prix avec ceux obtenus par leurs homologues. Cette situation appelle la mise en place de mécanismes de négociation groupée entre tout ou partie des États de l'Union européenne, dont la France¹⁰¹.

3 - De fortes divergences dans l'évolution des dépenses de santé et de leur prise en charge

Les mesures d'économies prises dans tous les pays ont exercé une pression générale sur les dépenses de santé. Leur rythme de progression s'est nettement réduit en Europe, marquant une inflexion à partir de 2009, en passant de +7,9 % par an entre 2007 et 2009 à +2,4 % de 2009 à 2014. La part des dépenses de santé prise en charge par la voie de dispositifs publics a suivi une évolution plus marquée (+7,9 % à +2,1 %). La part moyenne des dépenses de santé prises en charge par des dispositifs publics s'est ainsi réduite de 74,1 % en 2007 à 73 % en 2014.

Ce léger désengagement, en moyenne, du financement public des dépenses de santé recouvre toutefois des réalités nationales très différentes, liées notamment à l'impact inégal de la crise de 2008. Alors que l'Allemagne, la Suède ont assez vite rétabli leurs comptes publics et engagé un cycle de réduction de leur endettement, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, l'Irlande mais surtout l'Italie, l'Espagne et le Portugal, ont connu une période prolongée de déficits souvent élevés.

⁹⁹ Un système de registres gérés par l'Agence italienne du médicament permet ainsi de suivre plus de 130 molécules.

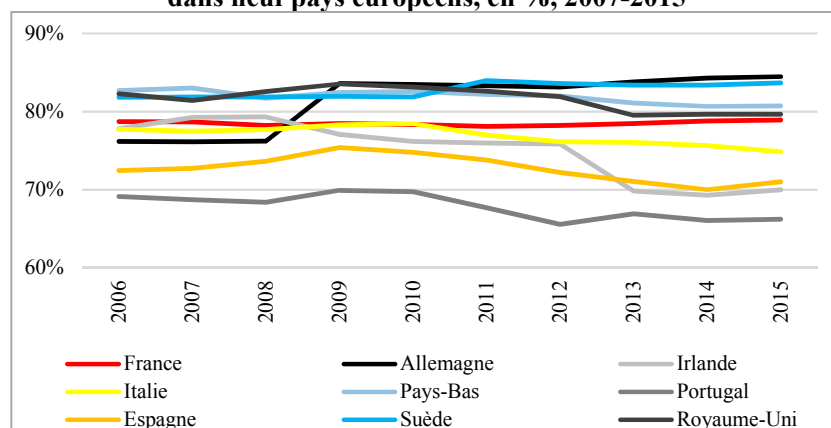
¹⁰⁰ Notamment en Italie, en Espagne et au Portugal pour les traitements de l'hépatite C.

¹⁰¹ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre VIII La fixation du prix des médicaments : des résultats significatifs, des enjeux toujours majeurs d'efficacité et de soutenabilité, un cadre d'action à fortement rééquilibrer, p. 335-395, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

La crise a eu un effet sur le PIB de la France comparable à celui de la moyenne des huit pays étudiés sur l'ensemble de la décennie écoulée, même si la récession de 2009 y a été moins forte et que la reprise de la production y a été un peu plus lente à partir de 2014. Les déficits publics ont été moins réduits qu'ailleurs (en 2016, ils étaient plus élevés de 1,9 point de PIB, soit 42 Md€, que la moyenne des soldes publics des huit pays précités) et l'endettement public n'a, au contraire de la situation qui prévaut dans la plupart des autres pays de la zone euro, toujours pas amorcé de décrue par rapport au PIB.

Des plans d'économies contrastés dans des contextes économiques et financiers distincts ont suscité une nette divergence dans l'évolution des dépenses publiques de santé. Alors qu'en Allemagne, en Suède, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en France, les dépenses publiques de santé ont crû plus vite que le reste des dépenses publiques entre 2007 et 2014¹⁰², elles ont au contraire porté plus que les autres le poids de l'ajustement au Portugal, en Irlande, en Espagne et en Italie. Dans ces quatre pays, la part socialisée des dépenses de santé a baissé.

Graphique n° 6 : évolution de la part socialisée des dépenses de santé, dans neuf pays européens, en %, 2007-2015

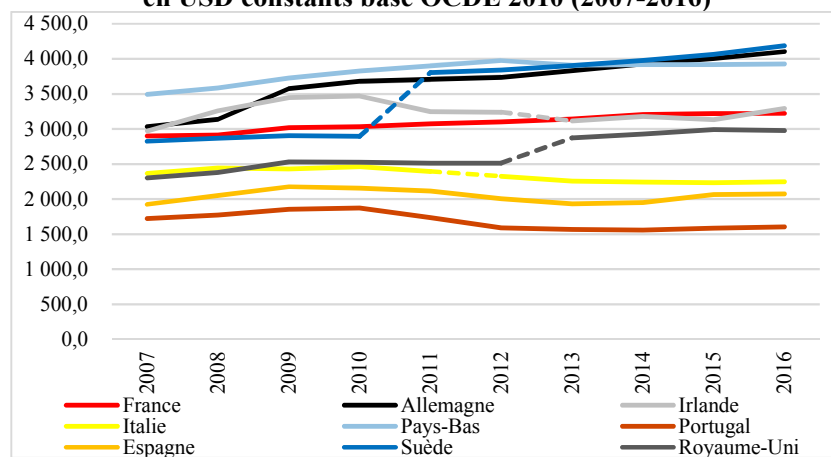


Source : base de données santé, OCDE.

¹⁰² Les dépenses publiques de santé sont ainsi passées en Allemagne de 18,1 % du total des dépenses publiques en 2007 à 19,65 % en 2014 (+1,6 point) ; elles ont gagné près de deux points aux Pays-Bas entre ces deux années, alors qu'elles ne représentent plus que 11,9 % des dépenses publiques au Portugal (-2,7 points par rapport à 2007) et 13,4 % en Irlande (-2,5 points) [Organisation mondiale de la santé (OMS)].

Mesurées en monnaie et parités de pouvoir d'achat constantes et abstraction faite des ruptures de données qui affectent quelques années, les dépenses publiques de santé par tête se sont accrues, pendant la période, pour l'Allemagne, la Suède, les Pays-Bas et plus modestement pour le Royaume-Uni et la France. Elles se sont en revanche repliées au Portugal, en Irlande, en Espagne et en Italie.

Graphique n° 7 : évolution des dépenses publiques de santé par tête dans neuf pays européens, en parités de pouvoir d'achat constantes, en USD constants base OCDE 2010 (2007-2016)



Note : les pointillés indiquent des ruptures de séries pour la Suède en 2011, l'Italie en 2012, le Royaume-Uni et l'Irlande en 2013.

Source : base de données santé, OCDE.

Ces mouvements ont pour conséquence une divergence dans l'évolution des dépenses laissées à la charge des ménages : leur niveau s'est nettement accru en Italie, en Espagne, au Portugal et en Irlande, mais aussi aux Pays-Bas¹⁰³, alors qu'il est resté stable, ou a même légèrement diminué, dans les autres pays.

¹⁰³ +2,9 points de dépenses de santé en Italie et au Portugal, +2 points aux Pays-Bas et +1,5 point en Espagne entre 2006 et 2015 ; +2 points en Irlande entre 2006 et 2012 selon la base de données de l'OMS.

Ces évolutions sont d'autant plus sensibles pour les ménages que le supplément de dépenses laissées à leur charge n'a été que rarement couvert par les assurances privées. Si en Irlande, celles-ci se sont fortement développées, atteignant 15 % des dépenses de santé en 2015 contre 8,2 % en 2006, tel n'est pas le cas ailleurs. Au Royaume-Uni¹⁰⁴, en Espagne et aux Pays-Bas, la part des dépenses courantes de santé financée par ces opérateurs a ainsi diminué depuis 2006, tandis qu'elle est restée stable en Suède¹⁰⁵. Même en Italie, où la place de ces dispositifs a plus que doublé en dix ans, ils restent peu répandus (2,3 % des dépenses)¹⁰⁶.

B - Un impact négatif perceptible sur certains systèmes de soins

Même s'il est encore trop tôt pour en apprécier les conséquences sur la santé des populations, dans plusieurs pays européens, le rationnement quantitatif de l'offre de soins ou le renchérissement de l'accès aux soins ont conduit à retarder la prise en charge, voire dans certains cas à évincer une partie de la demande de soins.

¹⁰⁴ Dans ce pays, 5,5 % de la dépense de santé et 11 % de la population sont maintenant couverts par une assurance privée souscrite soit par l'employeur, soit à titre individuel.

¹⁰⁵ Royaume-Uni : 5,5 % de la dépense courante de santé en 2015 contre 7,2 % en 2006 ; Espagne : 4,7 % contre 6,2 % ; Pays-Bas : 7,0 % contre 8,1 % ; Suède : 11,4 % et 11,6 %.

¹⁰⁶ En Allemagne, l'existence d'un système privé qui concerne les 10 % des ménages les plus aisés s'explique également par le souhait de ces derniers de pouvoir bénéficier de prestations plus généreuses que celles offertes par le système public.

1 - Des conséquences encore incertaines de la crise économique sur la santé publique

Les revues de la littérature économique de la santé disponibles¹⁰⁷ ne permettent pas aujourd'hui de discerner l'impact des récessions économiques sur la santé des populations. Il en ressort en général au contraire que les difficultés économiques passées et notamment la montée du chômage, sont associées à une baisse du niveau de la mortalité. Ce paradoxe apparent peut s'expliquer par les effets positifs sur la santé des changements de comportements de consommation d'alcool ou de tabac, voire de conduite automobile et donc d'accidents de la route entraînés par la diminution des revenus, qui l'emporteraient sur les effets négatifs liés à la réduction des budgets consacrés aux soins.

S'agissant des difficultés économiques rencontrées depuis 2008, plusieurs études ont établi des corrélations avec certains aspects de la santé publique, au premier chef la santé mentale¹⁰⁸ et la consommation de médicaments affectant le système nerveux, mais aussi avec une baisse des séjours à l'hôpital et une fréquence plus élevée de problèmes obstétricaux¹⁰⁹. Il serait cependant hâtif de tirer de ces quelques éléments des conclusions définitives.

D'une part, la plupart des conséquences potentielles des difficultés économiques sont souvent très postérieures à leur cause, ce qui plaide pour un délai d'observation plus long que celui dont ont disposé à ce jour les statisticiens de la santé pour évaluer les effets de la crise de 2008 et des réductions des dépenses de santé qui n'ont souvent été mises en œuvre qu'à compter de 2011-2012.

¹⁰⁷ Notamment : *Economic crisis, health systems and health in Europe, impact and implications for policy*, Sarah Thomson, Josep Figueras, Tamas Evetovits, Matthew Jowett, Philippa Mladovsky, Anna Maresso, Jonathan Cylus, Marina, Karanikolos, Hans Kluge, *European observatory on health systems and policies*, 2015 et OECD Health Working paper n° 76, *Health, austerity and economic crisis: assessing the short-term impact in OECD countries*, septembre 2014.

¹⁰⁸ Une étude de l'Observatoire national du suicide, *Suicide, état des lieux des connaissances et perspectives de recherche*, premier rapport, Paris, 2014 met notamment en évidence une augmentation des suicides chez les hommes d'âge actif.

¹⁰⁹ Ces études mettent là aussi en évidence une diminution des décès dus à l'alcool (OCDE et *European observatory on health systems and policies, op. cit.*).

D'autre part, les résultats dégagés de l'étude des crises précédentes ne sont pas nécessairement transposables. En effet, aucun de ces épisodes n'a eu à la fois l'ampleur des fluctuations de ces dix dernières années¹¹⁰ et la propriété de s'être déroulé dans un contexte où, du fait du développement des maladies chroniques et des progrès médicaux permettant une survie longue au prix de traitements coûteux, l'état de la santé était aussi dépendant des dépenses publiques.

2 - L'allongement des files d'attente

Les délais nécessaires pour avoir accès à certains soins se sont allongés avec la crise, particulièrement dans les pays les plus durement affectés. Si les États qui mettent en œuvre des systèmes nationaux de santé financés sur des dotations limitatives du budget national ont été particulièrement concernés, ils ne sont pas les seuls.

En Italie, bien que la collecte des données concernant les listes d'attente ne soit pas organisée au niveau national, la difficulté à obtenir un rendez-vous de spécialiste, à faire réaliser un examen médical ou à fixer une date pour une hospitalisation est de loin, avec le coût, la première mise en avant par les enquêtes sur le système national de santé¹¹¹. Il ne reste dans certains cas qu'à recourir aux consultations privées organisées, par le système de l'*intramoenia*, par les médecins hospitaliers en plus de leur activité principale, ou à s'adresser au secteur privé, onéreux dans ce pays, d'autant que les assurances privées y sont peu développées.

Au Portugal, le nombre d'exams médicaux a diminué d'un quart entre 2010 et 2012 du fait des compressions budgétaires et, début 2018, plus de 700 000 personnes n'étaient pas inscrites dans les patientèles des médecins de premier recours, ce qui conduit notamment à retarder les prises de rendez-vous. La mise en place de statistiques nationales permet

¹¹⁰ Bien que sans comparaison avec les phénomènes étudiés dans ce chapitre, l'impact considérable en termes de santé publique de l'effondrement de l'URSS (l'espérance de vie des hommes est tombée en Russie de 64 à 57 ans entre 1991 et 1994) en raison de l'augmentation de la consommation d'alcool, des suicides, des homicides et des crises cardiaques, témoigne des conséquences que des perturbations extrêmes peuvent engendrer (*L'impact des conditions macroéconomiques sur les conditions de santé*, Nicolas Da Silva, in La revue de l'Institut de recherche économique et sociale, numéro 91-92, février 2018).

¹¹¹ Notamment celle de l'organisation de consommateurs « *Cittadinanzattiva* » ou celle du *Centro studi investimenti sociale* (CENSIS, 51^{ème} rapport, 2017).

cependant de suivre en partie la situation¹¹² et des mesures ont été prises pour tenter de la contrôler¹¹³. En Irlande, les files d'attente affectent plus de 15 % de la population¹¹⁴ ; le nombre de personnes concernées et les délais moyens y sont en augmentation. Au Royaume-Uni, les délais de réponse pour quelques prestations cible (chirurgie, cancer, ambulances, urgences) se sont tous dégradés depuis 2012¹¹⁵.

Même si elle n'atteint pas les chiffres précédents, la situation s'est également aggravée à certains égards en Espagne. Le nombre de patients en liste d'attente pour la chirurgie s'y est ainsi accru de 57 % entre 2006 et 2016¹¹⁶ ; la durée moyenne d'attente a augmenté en chirurgie (83 jours en 2016¹¹⁷), mais s'est réduite pour les rendez-vous (51 jours à cette date¹¹⁸). En Suède, les listes d'attente sont l'une des raisons du développement des assurances privées, qui permettent un accès plus rapide aux soins.

3 - Des inégalités qui se creusent

Dans certains pays, les dix dernières années ont vu s'aggraver les disparités régionales. Tel est le cas de l'Italie, où les mesures des performances régionales effectuées par le ministère chargé de la santé¹¹⁹ montrent que les cinq régions qui n'atteignaient pas, en 2015, le niveau minimum requis appartenaient toutes à la moitié sud du pays. Les écarts entre les régions se sont accrus depuis 2002, alimentant un phénomène de migration des malades du sud vers le nord de la péninsule. Au Portugal et en Espagne, des disparités territoriales se manifestent également, parfois davantage marquées par l'opposition entre les régions plus enclavées de l'intérieur et les zones côtières.

¹¹² En 2016, la durée moyenne d'attente pour une consultation spécialisée était de 121 jours. Pour la chirurgie, elle s'élevait à 94 jours.

¹¹³ Un programme de consultations à délai réduit ; une mise en réseau de tous les hôpitaux du pays pour certains soins.

¹¹⁴ Selon les statistiques du *National Treatment Purchase Fund*.

¹¹⁵ D'après une étude du *King's Fund* : *What is happening to the waiting times in the NHS?*, novembre 2017.

¹¹⁶ +24 % pour les rendez-vous.

¹¹⁷ Contre 70 jours en 2006.

¹¹⁸ 29 jours en 2006.

¹¹⁹ Un ensemble de 166 indicateurs portant sur l'activité, les résultats et la composante hospitalière du système de santé, faisant notamment état de mesures de la mortalité à 30 jours et à un an à la suite de certaines interventions médicales.

Les enquêtes par sondages, coordonnées par Eurostat, sur le renoncement aux traitements médicaux mettent en évidence une nette augmentation de la perception de besoins insatisfaits. Ceux-ci sont en effet, toutes causes confondues, passés de 2,4 % des répondants pour l'ensemble de la population de l'Union européenne en 2008 à 3,2 % en 2014, avant de revenir à leur niveau d'avant-crise en 2016. Même si, s'agissant d'auto-déclarations faites dans des contextes nationaux très différents, les comparaisons sont difficiles, l'examen des réponses par pays montre qu'à la notable exception de l'Espagne, c'est dans ceux qui ont été les plus touchés par la crise que l'expression de besoins non satisfaits est la plus élevée. L'écart entre les quintiles extrêmes de revenu s'est également accru, pendant la période des plus grandes restrictions budgétaires, passant de 1 à 4 environ en 2008 à 1 à 5 en 2014.

C - En France, des choix orientés vers la préservation du système, au prix de déficits persistants

Par comparaison avec les pays européens plus touchés qu'elle par la crise, la France est parvenue à préserver la part socialisée des dépenses de santé, un large accès aux soins, ainsi que les effectifs et les rémunérations des professionnels de santé. Malgré une maîtrise mieux assurée de l'évolution globale des dépenses d'assurance maladie qu'au cours des années 2000, ces choix ont eu pour corollaire la permanence de déficits importants de l'assurance maladie, après comme avant la récession économique de 2009.

1 - Le maintien à un niveau élevé de la part socialisée des dépenses

Moins affectée par la crise que d'autres pays européens, notamment ceux qui ont dû exécuter des plans d'économies substantiels, la France a également fait un usage plus limité des franchises, des tickets modérateurs et des forfaits laissés à la charge des patients. Entre 2007 et 2011, ces dispositifs ont réduit de près de 2 Md€ le montant des dépenses d'assurance maladie, soit environ 1 % de la consommation de soins et de biens médicaux¹²⁰. Depuis lors, la loi de financement de la sécurité sociale pour

¹²⁰ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2016*, chapitre IV La participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir, p. 153-203, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

2018 a relevé le forfait hospitalier, reportant ainsi 200 M€ de dépenses sur les assurances complémentaires privées ou directement sur la minorité de patients qui n'en ont pas souscrit.

De même, une part accrue des dépenses de médicaments a été mise à la charge des assurances complémentaires ou directement des patients : instauration en 2011 d'un taux réduit de remboursement (15 %) par l'assurance maladie des médicaments à faible service médical rendu, abaissement la même année du taux de remboursement de ceux à service médical modéré (de 35 % à 30 %), déremboursements de médicaments à faible service médical rendu en 2011, 2012 et en 2015.

Par ailleurs, l'incidence des dépassements d'honoraires au-delà des tarifs de l'assurance maladie, une spécificité de notre pays, même parmi ceux dotés d'un système d'assurances sociales¹²¹, s'est accrue ces dix dernières années, même si l'on note un léger tassement du taux moyen de dépassement depuis 2013¹²².

Malgré cette conjonction d'évolutions conduisant à dégrader la couverture des assurés, le taux de prise en charge global des dépenses de santé par l'assurance maladie a été maintenu à un niveau élevé (78,9 % de la dépense courante de santé au sens international en 2015 contre 78,7 % en 2007, en passant par un point bas de 78,1 % en 2011 d'après le ministère de la santé). Cette situation apparemment paradoxale s'explique par le poids grandissant dans le total des dépenses des affections de longue durée prises en charge à 100 % par l'assurance maladie. Elle s'accompagne de ce fait d'une concentration croissante des interventions de l'assurance maladie sur les patients affectés de maladies chroniques.

¹²¹ En Allemagne, le système des tarifs de médecine de ville plus élevés appliqués aux patients couverts par des assurances privées (soit 10 % de la population) a une portée différente car les patients concernés sont exclusivement couverts par ces opérateurs.

¹²² Cour des comptes, *Rapport public thématique*, L'avenir de l'assurance maladie : assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs, novembre 2017, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

En outre, alors que de nombreux pays ont eu tendance à concentrer les prises en charge par les systèmes publics sur les secteurs de soins essentiels, en laissant de façon croissante aux patients ou aux assurances volontaires la couverture des soins dentaires ou de l'optique notamment, la France a pris une autre direction : elle a préféré généraliser les dispositifs de protection complémentaire santé à l'ensemble de la population afin notamment qu'ils prennent en charge ces types de dépense.

De fait, les protections complémentaires santé (assurances privées désormais obligatoires¹²³ dans le cadre collectif de l'entreprise et subventionnées par des allègements de la fiscalité et des prélèvements sociaux, aides publiques sous conditions de ressources pour les plus démunis, généralement inactifs¹²⁴ et assurances individuelles) couvrent plus de 95 % de la population française. En définitive, le taux moyen de reste à charge final pour les ménages est, avec 6,8 % de la dépense courante de santé en 2015, le plus faible en Europe. De surcroît, il s'est réduit : en 2007, il s'élevait à 7,4 %.

Cette moyenne recouvre néanmoins des situations individuelles hétérogènes en fonction de l'existence et du niveau de la protection complémentaire, ainsi que de l'objet de la dépense. Fréquemment, les dépenses restant à la charge des ménages portent sur les prothèses dentaires et auditives et les équipements d'optique. Afin de prévenir les renoncements à ces dispositifs médicaux, les pouvoirs publics ont défini, en liaison avec les professionnels de santé concernés, l'assurance maladie obligatoire et les assurances maladie complémentaires, des offres sans reste à charge après intervention de ces deux niveaux de protection. Elles sont appelées à se déployer entre 2019 et 2021¹²⁵.

¹²³ Depuis 2016, tous les employeurs de salariés doivent souscrire un plancher de garanties d'assurance complémentaire pour leurs salariés et cofinancer à hauteur d'au moins 50 % les garanties souscrites, quel qu'en soit le niveau.

¹²⁴ Couverture maladie universelle complémentaire, gratuite pour ses bénéficiaires (CMU-C) et aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS), pour les foyers dont les ressources dépassent le plafond de ressources de la CMU-C.

¹²⁵ Voir le chapitre VII du présent rapport : les soins visuels : une prise en charge à réorganiser, p. 241.

2 - Un système de santé soumis à des tensions plus faibles que dans d'autres pays

Malgré les multiples faiblesses d'organisation du système de santé français, régulièrement soulignées par la Cour, la permanence d'un niveau élevé d'investissement¹²⁶, la poursuite de la prise en charge de l'innovation médicale, la permanence, sauf dans les « déserts médicaux », d'une densité comparativement élevée de professionnels de santé, concourent toujours à classer notre pays de manière plutôt favorable dans les comparaisons internationales. Il en est ainsi en matière d'espérance de vie, de mortalité par cardiopathie ischémique et de survie après un infarctus aigu du myocarde ou certains cancers¹²⁷.

Les Français, d'après les enquêtes d'opinion coordonnées par Eurostat, expriment d'ailleurs sur l'accessibilité des soins un jugement à mi-chemin des pays les plus pessimistes (Italie, Portugal, Irlande, Suède) et de ceux qui jugent leur situation la plus enviable (Allemagne, Espagne, Pays-Bas, Royaume-Uni). Contrairement à la situation qui a prévalu, dans l'ensemble, en Europe, la situation des moins favorisés, à l'aune de ces sondages, ne s'est pas dégradée aussi vite pendant les années les plus difficiles de la crise. Elle a même rattrapé son écart avec les assurés les plus aisés dans les années récentes.

Tableau n° 47 : besoins déclarés d'examen ou de traitement médical non satisfaits, pour la seule raison de leur coût, en fonction des niveaux de revenus (16 ans et plus, 2008-2016)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
20 % de la population ayant les revenus les plus élevés	0,1	0,3	0,3	0,4	0,2	0,4	0,5	0,1	0,2
20 % de la population ayant les revenus les plus faibles	4,1	4,2	4,8	5,2	4,9	5,0	6,3	2,3	3,0
Écart	4,0	3,9	4,5	4,8	4,7	4,6	5,8	2,2	2,8

Source : Eurostat.

¹²⁶ La FBCF de l'ensemble des acteurs du système de santé est passée de 12,8 Md€ en 2008 (soit 0,64 % du PIB) à 13,2 Md€ en 2015 (soit 0,60 % du PIB), en passant par un point haut en 2011 (14,1 Md€, soit 0,68 % du PIB). Cette diminution reflète l'achèvement du plan d'investissement « Hôpital 2012 »).

¹²⁷ Cour des comptes, *Rapport public thématique*, L'avenir de l'assurance maladie : assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs, novembre 2017, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

3 - Des arbitrages favorables aux professionnels de santé

Les effectifs ont continué à augmenter, qu'il s'agisse de ceux des médecins (224 875 tous modes d'exercice confondus au 1^{er} janvier 2017, soit +4 % depuis 2008¹²⁸), ou des agents de la fonction publique hospitalière (1,044 million fin 2015, soit +3,9 % depuis 2010¹²⁹).

Des mesures d'économie d'ampleur limitée ont été appliquées aux rémunérations des professionnels de santé. À titre principal, elles ont concerné les personnels des établissements publics de santé, les professionnels libéraux étant peu affectés.

Le gel de 2010 à 2015, puis en 2018 de la valeur du point d'indice de la fonction publique s'est appliqué aux personnels hospitaliers. Au-delà des augmentations générales du point d'indice de 2016 et de 2017, une partie d'entre eux bénéficie de mesures de revalorisation de leurs carrières (protocole parcours professionnels, carrières et rémunérations applicable aux trois fonctions publiques), dont l'application a été reportée d'une année et s'étale sur quatre années (de 2018 à 2021).

L'absence de revalorisation, entre 2011 et 2017, des tarifs des consultations médicales se situe en deçà des efforts faits par certains de nos voisins. Elle n'a pas empêché les rémunérations des médecins libéraux de continuer à croître à un rythme rapide¹³⁰, sous l'effet de la hausse des rémunérations hors lettre (grille des actes techniques, rémunération sur objectifs de santé publique), du dynamisme du volume des actes, insuffisamment régulé, et de la poursuite de l'augmentation des dépassements d'honoraires en valeur absolue. Depuis lors, la convention médicale de 2016 a prévu de nombreuses mesures de revalorisation, dont l'augmentation de 23 € à 25 € du tarif de base de la consultation médicale (lettre C), pour un coût total en année pleine estimé à 1,25 Md€, part complémentaire comprise et principalement concentré sur 2017 et 2018.

¹²⁸ Panorama de la santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

¹²⁹ Séries statistiques de la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP).

¹³⁰ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre V La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins, p. 213-256, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

En Allemagne, après des gels en 2011 et 2012, les rémunérations des médecins sont réparties à la hausse¹³¹. Le contexte dans lequel cette évolution prend place est cependant très différent : celui d'excédents quasi permanents de l'assurance maladie depuis 2004.

4 - Un retour graduel à l'équilibre financier de l'assurance maladie, permis avant tout par des hausses de prélèvements

Les mesures d'économies mises en œuvre en France n'ont pas suffi à faire face à l'augmentation spontanée des dépenses.

L'assurance maladie connaissait un important déficit avant même la récession économique de 2009 (4,4 Md€ en 2008). Dans un premier temps, il s'est creusé jusqu'à 11,9 Md€ en 2010. À partir de 2011, il s'est réduit, principalement sous l'effet de recettes nouvelles qui ont atteint 11 Md€ en cumul entre 2009 et 2016 et, dans une moindre mesure, d'un contrôle de plus en plus efficace de la dépense¹³², dont le taux de croissance affiché par les pouvoirs publics a été ramené de 4 % en 2007 à 2,2 % en 2017¹³³.

Ces succès relatifs et récents sont de plus à nuancer¹³⁴. D'une part, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a relevé à 2,3 % le taux prévisionnel d'augmentation des dépenses d'assurance maladie pour chacune des années 2018 à 2021. D'autre part, des biais de présentation masquent une progression réelle plus rapide des dépenses. Enfin et surtout, les dispositifs mis en œuvre pour contenir leur hausse globale montrent un essoufflement certain. Hors médicaments, l'enveloppe de soins de ville continue de progresser à un rythme proche de 4 % par an et son dépassement récurrent doit être compensé en cours d'année par des réductions de dotations aux établissements de santé et médico-sociaux. En 2017, une difficulté nouvelle s'est manifestée : la progression de l'activité des établissements publics de santé n'a pas suffi à compenser l'incidence des baisses de tarifs sur le niveau de leurs recettes ; leur déficit agrégé a presque doublé par rapport à 2016, passant de 439 M€ à 835 M€.

¹³¹ +1,0 % en 2013, +1,3 % en 2014, +1,4 % en 2015, +1,6 % en 2016, +0,9 % en 2017, +1,2 % en 2018 (Union fédérale des caisses d'assurance maladie, *KBI*).

¹³² Dans le cadre notamment d'un « plan ONDAM » développant de façon pluriannuelle de nombreuses mesures d'économie.

¹³³ Taux de croissance effectif de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

¹³⁴ Voir le chapitre II du présent rapport : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une construction et une exécution fragiles, p. 65.

II - La mise en œuvre de réformes structurelles améliorant l'efficacité des systèmes de soins

Les pays européens entrant dans le champ de la comparaison effectuée par la Cour ont mené à bien des réformes, souvent de grande ampleur, visant à encadrer plus efficacement l'évolution des dépenses de santé et à en améliorer l'efficacité sur le long terme. Par contraste, l'organisation des soins en France a connu des évolutions plus limitées.

A - Des transformations profondes dans l'organisation des acteurs de la santé

À côté des mesures en recettes et en dépenses permettant de rééquilibrer les comptes publics à court terme, la plupart des pays européens ont engagé ou approfondi des changements structurels visant à améliorer le rapport entre les services fournis par le système de santé et les ressources qui lui sont consacrées.

1 - La révision des modes de rémunération

Les réformes structurelles mises en œuvre ont en premier lieu concerné les modes de rémunération des acteurs du système de santé, médecins ou hôpitaux. En ce qui concerne la médecine de ville, la modification du mode de rémunération des médecins a constitué dans la plupart des pays un puissant levier pour améliorer l'efficacité du système de santé. Ainsi, au Royaume-Uni, la rémunération des médecins généralistes est-elle composée d'une somme forfaitaire par patient (capitation) à laquelle s'ajoutent diverses primes dont une prime dite « d'excellence » visant à inciter les médecins à réaliser des actes considérés comme prioritaires par le NHS (prévention, prise en charge de certaines pathologies). Des mécanismes de même nature peuvent être observés en Suède ou en Italie, où ont été mis en place des éléments de rémunération des généralistes liés à l'atteinte d'objectifs de santé publique.

Des incitations financières, voire des obligations comme en Espagne, ont aussi été utilisées pour favoriser l'installation des médecins dans les zones peu peuplées. Si les pays les plus concernés par ces dispositifs (Suède, Royaume-Uni) sont ceux que la géographie rend les

plus sensibles aux « déserts médicaux », l'Allemagne a également instauré des mécanismes interdisant les installations dans les zones surdotées. Certains pays ont par ailleurs introduit des incitations à la prise en charge des patients dont la situation sociale fragilise l'état de santé. Le NHS a ainsi pondéré le système de capitation par un coefficient lié à la situation sociale des patients suivis par chaque généraliste.

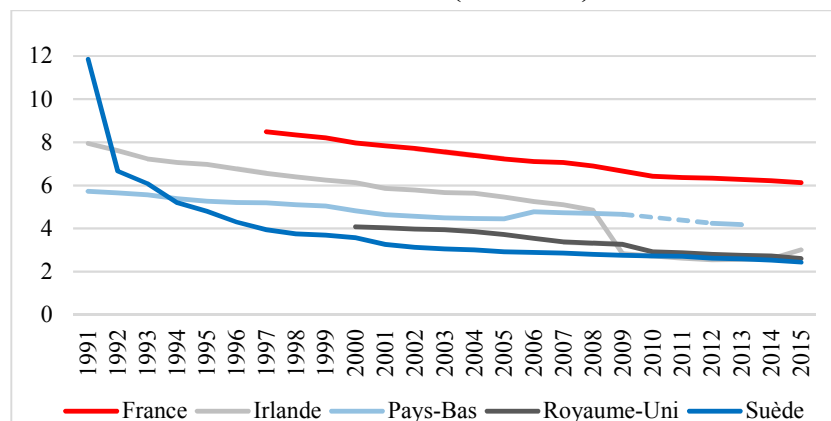
Le financement des hôpitaux a également été réformé en profondeur. La tarification à l'acte existe dans la plupart des systèmes, généralement associée à des subventions globales destinées à prendre en charge certains types de dépenses sur une base forfaitaire. Tel est le cas en Italie, où ce mode de financement rémunère les missions d'enseignement, de banques d'organes ou de greffes assurées par les hôpitaux. Il en va de même au Portugal, où les hôpitaux sont rémunérés, dans le cadre de budgets globaux annuels, pour moitié environ par groupe homogène de malades et pour le solde par des forfaits globaux ou associés à des soins. Dans ce dernier pays, le paiement à l'acte des dialyses rénales a ainsi été remplacé par une rémunération par patient couvrant non seulement le traitement lui-même, mais aussi les analyses biologiques, l'imagerie et les traitements médicamenteux pour des co-morbidités (anémie, défaut de minéralisation, maladies cardiovasculaires).

Certains pays, comme le Portugal ou la Suède, ont ajouté un étage de rémunération lié à la qualité des soins, appréciée en fonction non seulement du respect des procédures, mais aussi des résultats atteints.

2 - Un système hospitalier qui se réorganise

La réorganisation des hôpitaux a constitué le deuxième grand volet des réformes structurelles mises en place dans les pays européens. Afin d'améliorer l'efficacité des dépenses de santé, la plupart des pays ont procédé à des baisses de capacités hospitalières et à un report d'une partie de l'activité vers le secteur ambulatoire en ville, dans une logique de « virage ambulatoire ».

Graphique n° 8 : évolution du nombre de lits d'hôpital pour 1 000 habitants (1991-2015)



Note : les pointillés indiquent une rupture de données en 2010 et 2011 pour les Pays-Bas.
 Source : base de données santé, OCDE.

Certains pays, comme la Suède qui avait connu une crise économique majeure dans les années 1990, ont pris ce virage depuis plusieurs décennies déjà, le nombre de lits d'hôpital y passant de 12 pour 1 000 habitants en 1991 à 2,4 en 2015¹³⁵. Au Royaume-Uni, le nombre de lits d'hôpital rapporté à la population a été réduit de 4,1 pour 1 000 habitants en 2000 à 2,6 en 2015. Dans d'autres pays, l'effort de réorganisation a été moins prononcé : en Allemagne, ce même nombre s'établissait en 2015 à 8 pour 1 000 habitants.

Là où des réductions de capacités hospitalières ont été décidées, elles sont généralement allées de pair avec une politique de regroupement hospitalier destinée à améliorer l'efficacité des dépenses. La Suède fait figure de précurseur dans ce domaine : des groupes hospitaliers y ont été créés dès les années 1990. Chacune des 20 régions suédoises comporte une organisation des soins hospitaliers hiérarchisée à trois niveaux : un centre hospitalier universitaire assurant des missions d'enseignement, de recherche et des soins spécialisés ; des centres hospitaliers régionaux pluridisciplinaires ; et des centres de soins de premier recours. Dans chacun de ces groupements, le centre hospitalier universitaire joue un rôle de coordonnateur de la politique d'offre de soins : il a autorité sur les autres établissements de son ressort géographique. Le modèle suédois a été adapté en Irlande à partir de 2013, les 49 hôpitaux existants étant intégrés dans

¹³⁵ Données OCDE.

sept groupes hospitaliers structurés chacun autour d'un hôpital universitaire de référence doté de compétences pour l'ensemble du groupement en matière budgétaire et de recrutement.

Sans aller jusqu'à la disparition des établissements hospitaliers en tant que personnes morales, ces nouveaux modes d'organisation, qui se rapprochent d'une filialisation, ont permis une rationalisation de l'offre de soins hospitalière de nature à améliorer le rapport entre le coût et la qualité des soins ainsi que la pertinence des investissements. Les autorités italiennes ont engagé une politique comparable en reconfigurant leur système hospitalier selon trois niveaux d'établissements et en introduisant des seuils d'activité minimum pour certains services (maternité, chirurgie).

Ces évolutions vont de pair dans tous les pays avec une progression de l'offre de soins privée et une mise en concurrence plus poussée des acteurs publics et privés.

À l'origine exclusivement publics, les hôpitaux suédois ont fait l'objet de privatisations à partir des années 2010, avec des résultats encore limités à ce jour (15 % des établissements sont privés). Au Royaume-Uni, les hôpitaux ont été mis en concurrence à partir de 2012, de nouvelles structures, les « groupes cliniques commissionnés »¹³⁶ (CCG), recevant mission d'acheter auprès d'eux les prestations de soins. L'Irlande a quant à elle confié à une agence publique (*National Treatment Purchase Fund*) le soin d'acheter des prestations non seulement à l'ensemble des hôpitaux irlandais publics et privés, mais aussi à des hôpitaux étrangers, afin de réduire les files d'attente dans les établissements les plus saturés.

Les Pays-Bas ont poussé le plus loin la logique de mise en concurrence, dans le cadre de la réforme menée en 2006, en mettant en œuvre trois marchés de santé : le premier portant sur le choix d'une assurance privée obligatoire par les assurés ; le deuxième sur l'achat de services de santé aux différents opérateurs par les assurances ; et le troisième sur le libre choix de leurs prestataires de santé par les assurés.

¹³⁶ Réseaux supervisés par le NHS et composés notamment de médecins.

3 - La rationalisation des parcours de soins

S'agissant du premier recours aux soins, l'Irlande, le Royaume-Uni et la Suède ont confié à des infirmières la tâche d'orienter les patients (par l'intermédiaire d'un numéro d'appel d'urgence en Suède, par exemple). Aux Pays-Bas, des infirmières spécialisées dans le domaine des maladies mentales ont été mises en responsabilité dès 2008 dans le cadre de schémas de prise en charge des patients. Dans ce dernier pays, 75 % des médecins généralistes emploient d'ailleurs des infirmières praticiennes.

En complément à ces dispositifs, des mécanismes d'incitation à la coordination des acteurs de santé ont été instaurés pour la prise en charge de certaines pathologies. C'est le cas notamment en Italie avec les « parcours de soins thérapeutiques » prévus à titre expérimental dans le cadre du plan national pour les maladies chroniques (septembre 2016). Au titre de ces parcours, des paiements groupés couvrent toutes les interventions qui bénéficient à un patient, qu'elles proviennent de l'hôpital ou des médecins de ville.

Enfin, des mesures ont été prises pour améliorer la prise en charge médico-sociale des patients. Tel est notamment le cas en Suède où ce secteur a été confié aux municipalités, tandis que le système de santé est financé par les régions. Afin d'inciter les municipalités à offrir un nombre de places suffisant dans les structures médico-sociales, elles disposent d'un délai maximum pour prendre en charge les personnes sortant de l'hôpital. Si elles ne sont pas en mesure de le faire dans le délai imparti, elles doivent reverser aux hôpitaux le coût du supplément de séjour correspondant.

4 - Des données électroniques mises au service de la qualité des soins

L'utilisation des technologies dématérialisées a été fortement développée dans le cadre des systèmes de prescriptions électroniques mis en place dans un grand nombre de pays européens.

De tels dispositifs ont été mis en place dans les années 2000 en Suède, au début des années 2010 au Royaume-Uni et dans les dernières années en Espagne, en Italie et au Portugal. Leurs fonctionnalités permettent non seulement, grâce aux données collectées, de suivre l'activité des praticiens, mais aussi de développer des logiciels d'aide à la prescription encourageant par exemple le recours aux génériques. Il en va ainsi au Royaume-Uni où le dispositif d'aide à la prescription suggère automatiquement un générique. Dans tous les pays ayant mis en place ce

type de système, les profils de prescription que l'on peut tirer de la base de données permettent de nourrir des échanges entre l'assurance-maladie et les médecins concernés, s'agissant notamment de la pertinence des traitements prescrits et du recours aux génériques.

Le recours aux technologies dématérialisées a également permis dans certains pays le développement d'un dossier médical électronique. Utilisé notamment en Suède ou en Italie en 2018, il rassemble la documentation relative à l'histoire clinique des patients. Il est donc un outil essentiel pour la rationalisation des parcours de santé et l'amélioration de la pertinence des soins.

L'utilisation des données électroniques permet aussi de mieux mesurer la qualité des soins et les résultats obtenus. S'appuyant sur une longue tradition d'épidémiologie (les premières statistiques publiques à cet égard datent du XVII^{ème} siècle), les autorités suédoises ont confié à une agence spécialisée (*National Board of Health and Welfare*) la mission de collecter et de publier les données de santé publique par région et par établissement. Elles disposent ainsi non seulement d'un instrument de connaissance des performances du système de santé, d'un dispositif d'enregistrement et d'échange d'informations utiles à la qualité des soins, mais aussi d'un moyen de stimuler les efforts des prestataires de santé, ceux-ci pouvant comparer les résultats obtenus.

B - Le renforcement des mécanismes de pilotage

Dans la plupart des pays européens, les mécanismes de pilotage des dépenses de santé ont été durcis afin de mieux maîtriser l'évolution au regard des besoins de la population et des objectifs de redressement de la situation des finances publiques.

1 - Une prise en compte croissante des besoins estimés de la population dans l'allocation territoriale des fonds

Dans les pays dotés d'un système national de santé financé par l'impôt et directement géré par l'État, des mécanismes ont été définis et progressivement affinés pour que l'allocation des fonds publics au niveau territorial prenne en compte, au moins pour partie, les besoins effectifs de la population et non pas seulement l'offre de soins existante.

Un premier exemple est fourni par l'Italie, qui a régionalisé l'organisation du système de santé depuis 2001. Un fonds national recueille les ressources fiscales affectées au financement du système de santé et répartit les moyens correspondants entre les régions, en fonction d'une clef tenant compte de la population pondérée par l'âge, le sexe et le profil de la consommation sanitaire. Récemment, cette clé a été modifiée afin d'intégrer des notions de performance. Au Portugal, les régions de santé créées en 1990 n'ont d'importance dans l'allocation des ressources que pour la médecine de ville, en fonction notamment de paramètres d'âge et de sexe des patients et de prévalence de quatre maladies chroniques. En Espagne, où les communautés autonomes sont dotées de compétences étendues, le niveau national ne répartit pas de fonds spécifiquement affectés à la santé ; il leur alloue des moyens au titre de l'ensemble de leurs attributions. Cette allocation prend toutefois principalement en compte des critères de population pondérée (population, superficie, dispersion, insularité, population protégée, plus de 65 ans, moins de 16 ans), qui font droit dans une certaine mesure aux besoins de santé.

En Allemagne et aux Pays-Bas, où un ensemble de caisses d'assurance maladie en concurrence entre elles prennent en charge les soins, des mécanismes centralisés de répartition du produit des cotisations ont été mis en place, en 2009 dans le premier de ces pays et en 2006 dans le second. Des calculs de la dépense standard¹³⁷ associée aux populations couvertes par chacun des assureurs président, dans le premier cas, à ce dispositif. La morbidité des patients est également prise en compte dans le second. Ces modalités visent à éviter que les caisses ayant une part plus élevée d'assurés malades ou âgés ne soient désavantagées. S'y ajoutent, dans le cas allemand, des formules de répartition régionale des fonds à la médecine de ville tenant compte de la morbidité¹³⁸.

¹³⁷ C'est-à-dire la dépense moyenne constatée pour une pathologie donnée, affectée au portefeuille d'assurés de chaque caisse.

¹³⁸ Par un mécanisme de fixation de plafonds de dépenses par médecin.

2 - Des tensions entre l'autonomie des acteurs locaux et le contrôle des autorités centrales

a) *Un mouvement ancien de décentralisation*

Depuis une vingtaine d'années, voire davantage, la plupart des pays européens ont organisé un transfert progressif des activités de gestion et d'organisation des soins au niveau local. Cette évolution fait suite, comme en Espagne¹³⁹, en Italie¹⁴⁰ ou au Royaume-Uni¹⁴¹, à des réformes de l'organisation générale de ces pays. Elle a cependant suivi dans certains cas une logique propre au secteur de la santé. Ainsi, la Suède confie depuis les années 1980 le financement des prestations et des investissements aux comtés qui peuvent les moduler, dans un cadre législatif et réglementaire fixé au niveau national. En Angleterre (voir *supra*), une réforme volontariste a mis en place en 2012 des groupes d'achat cliniques (*Clinical Commissioning Groups*, au nombre de 211) chargés de l'achat des soins pour l'ensemble de la population qu'ils couvrent, sous le contrôle d'une Commission de la qualité des soins (*Care Quality Commission*) qui contrôle l'application des normes de qualité de service.

Une même tendance a conduit à accorder de plus en plus d'autonomie aux hôpitaux, qui, dans les pays dotés d'un système national de santé, leur étaient strictement intégrés à l'origine. Ce mouvement est ancien au Royaume-Uni et en Suède, mais plus récent au Portugal et en Italie. Dans ces pays notamment, des dispositifs de parangonnage des résultats des établissements de santé en éclairent les performances.

b) *Un renforcement des contrôles des autorités centrales conduisant parfois à reconcentrer la gestion*

La nécessité de mener à bonne fin les plans d'économie a, dans certains pays où l'organisation avait été auparavant décentralisée, conduit à resserrer les contrôles exercés par les autorités centrales.

Ainsi, en Italie, où les services régionaux de santé avaient fini par accumuler des déficits importants (6 Md€ en 2006), des procédures de « plans de sortie du déficit » ont été mises au point. Elles sont déclenchées dès que les dépenses sont supérieures de plus de 5 % aux recettes. Elles

¹³⁹ Transfert de l'administration des systèmes de santé locaux terminé en 2001.

¹⁴⁰ 2001 également, comme vu dans les développements précédents.

¹⁴¹ En 1999.

s'appuient sur des programmes de retour à l'équilibre jouant tant sur les recrutements et les rémunérations que sur la restructuration de l'organisation des soins ou l'amélioration des procédures d'achat. Elles placent de fait l'administration régionale de la santé sous un contrôle étroit du gouvernement central, qui nomme lui-même, pour toute la durée du plan, un commissaire ayant autorité sur elle. Ce dispositif a été couronné de succès, du moins pour ce qui concerne le niveau des déséquilibres financiers, divisés par six en dix ans¹⁴².

Des dispositifs de contrôle des déficits et de l'endettement régionaux ont également été mis en œuvre, par des règles constitutionnelles et organiques, en Espagne. Elles concernent les finances des communautés autonomes prises dans leur ensemble et non pas spécifiquement leurs systèmes de santé. Des mécanismes incitatifs ont cependant été adoptés afin d'infléchir leurs choix dans ce domaine. Le fonds de liquidité des autonomies, qui a distribué plus de 120 Md€ d'aides entre 2012 et 2016, n'accorde en effet ses concours que si certaines mesures de contrôle de l'évolution de la dépense de médicaments ou de l'efficacité des traitements ont été mises en place, ce qui a été le cas dans une majorité de régions.

Cette surveillance renforcée s'exerce aussi, depuis quelques années, sur les établissements de santé. Ainsi, en Italie, des « plans de sortie du déficit » hospitaliers, inspirés de ceux des régions, ont été mis en œuvre à partir de 2015. Au Portugal, les nécessités d'un contrôle plus strict des dépenses ont conduit à revenir largement dans les faits sur l'autonomie de ces établissements, qui doivent désormais obtenir les autorisations des ministères des finances et de la santé avant tout recrutement. Ces mesures centralisatrices n'ont d'ailleurs pas mis fin dans ce pays à leurs déficits chroniques, qui ont déjà nécessité deux renflouements budgétaires exceptionnels¹⁴³. Au Royaume-Uni également, le NHS a dû créer un fonds central spécialisé (*Transformation and Sustainability Fund*) pour limiter la dégradation des comptes des hôpitaux. Celui-ci a apporté des moyens supplémentaires de 1,6 Md£ en 2016/17 et 2017/18, sans toutefois que le nombre d'hôpitaux en déficit ne se réduise.

¹⁴² Cette baisse des déficits s'est en outre accompagnée dans certaines régions d'une réduction des délais de paiement, d'une baisse de l'endettement et d'une amélioration des indicateurs de santé.

¹⁴³ En 2012-2013, 1,83 Md€ ; en 2017-2018, 1,4 Md€.

C - Une organisation des soins en France peu réformée au regard des exemples étrangers

Par comparaison avec les autres pays européens étudiés et malgré certains progrès (développement de l'exercice coordonné, promotion des prises en charge ambulatoires, création des groupements hospitaliers de territoire, mise en place de rémunérations sur objectifs de santé publique), la France a effectué depuis la crise des réformes structurelles d'ampleur plus limitée. Ces ajustements se sont inscrits en décalage avec les autres pays dans quatre domaines.

1 - Une médecine de ville moins régulée

La médecine de ville en France fait l'objet de mesures de régulation plus faibles que celles mises en œuvre dans les autres pays européens.

Contrairement à ce qui est observé au Royaume-Uni ou en Suède, le rôle du médecin généraliste dans la structuration du parcours de soins y est resté modeste. Par ailleurs, malgré le progrès qu'a constitué la création d'une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) par la convention médicale de 2011 et les évolutions apportées à ce dispositif par la convention médicale de 2016¹⁴⁴, le système de rémunération des médecins ne les intéresse pas suffisamment aux grands objectifs de santé publique, notamment à la prévention des pathologies chroniques, pas plus qu'à une meilleure articulation des parcours des patients entre la ville et l'hôpital. Des mesures d'intéressement ont pourtant été mises en place dans quelques pays européens comme la Suède ou le Royaume-Uni. Elles ont permis une réelle amélioration de l'efficacité de la médecine de ville, bien que certains objectifs (lutte contre les déserts médicaux notamment) n'aient pu être atteints, faute d'incitations financières suffisantes.

Ces mesures de régulation ne vont pas nécessairement de pair avec une faible rémunération des médecins comme on peut le voir en Suède ou en Irlande. Elles ne sont pas davantage contradictoires avec un certain degré de liberté d'installation des médecins, la Suède comme le Royaume-Uni ayant abandonné au cours des deux dernières décennies le principe d'affectation d'une circonscription exclusive à un médecin, ni à la liberté

¹⁴⁴ Voir le chapitre VI du présent rapport : la lutte contre les maladies cardio-vasculaires : une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins, p. 203.

de choix de leur médecin par les patients. Au Royaume-Uni, le patient peut ainsi choisir depuis 2015 son médecin généraliste (*General Practitioner*).

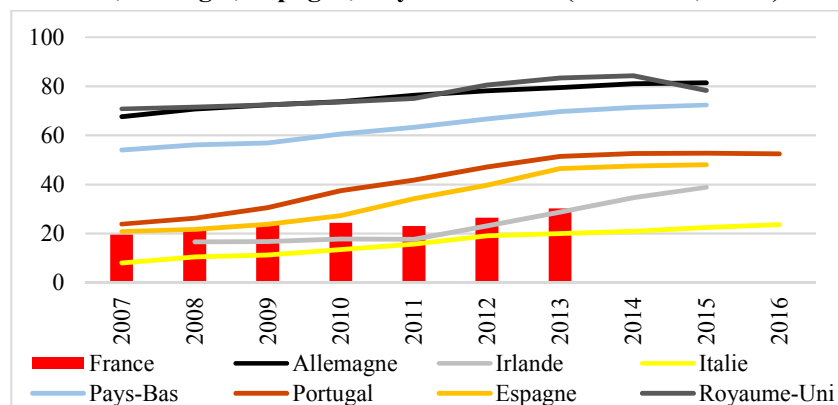
Le système français de rémunération des médecins libéraux ne permet pas davantage de les associer aux grands équilibres financiers de l'assurance maladie. Or un tel intéressement n'est pas impossible : l'Allemagne a ainsi entendu corriger certaines dérives du paiement à l'acte (hausse des prescriptions, augmentation du nombre de consultations) en mettant en place dès 2003 un système d'enveloppe (*Praxisbudget*) applicable à chaque médecin et venant plafonner sa rémunération. Ce système fonctionne de telle façon qu'au-delà d'un plafond défini pour chaque praticien, sa rémunération ne progresse plus, ce qui l'incite à ne pas augmenter davantage son activité. La mise en œuvre d'un tel système est facilitée dans le cas allemand par l'existence d'un système de tiers payant, les médecins étant rémunérés directement par les caisses.

Enfin, la France n'a pas mis en place de dispositif efficient pour ajuster l'offre de soins aux besoins sanitaires des populations. Les forts écarts de consommation de soins de ville en France entre les territoires bien dotés en professionnels de santé et les autres continuent à se creuser. Les mesures contre les déserts médicaux, qu'il s'agisse des tempéraments apportés à la liberté d'installation ou de mesures incitatives, restent sans effet notable. Le manque d'organisation de la médecine de ville fait reposer sur les établissements hospitaliers la charge et le coût des patients qui ne peuvent trouver de médecins, du fait de délais d'attente importants, de la réduction des plages horaires disponibles pour des consultations non programmées ou de l'absence de permanence des soins.

2 - Une utilisation encore limitée des médicaments génériques

Concernant les dépenses de médicament, le taux d'usage des génériques reste faible en France : ces médicaments y affichent une part de marché de 36 % en volume, soit moins de la moitié de celle observée en Allemagne ou au Royaume-Uni.

Graphique n° 9 : part des génériques en volume dans le marché des médicaments remboursés en France, Allemagne, Irlande, Italie, Pays-Bas, Portugal, Espagne, Royaume-Uni¹⁴⁵ (2007-2016, en %)



Source : base de données santé, OCDE.

Cette situation peut être directement rapprochée de la moins grande efficacité des instruments mis en œuvre pour réguler les prescriptions des médecins et pour responsabiliser les patients, alors que, comme précédemment évoqué, plusieurs mesures efficaces permettant de développer l'usage des génériques ont fait leur preuve à l'étranger.

À cet égard, le Royaume-Uni, qui a mis en œuvre une politique de développement de l'usage des génériques depuis plusieurs décennies, fait figure d'exemple à suivre. Le national système de santé britannique (*NHS*) mobilise plusieurs instruments à cette fin : un effort de sensibilisation des médecins dès leur formation initiale aux enjeux économiques de la santé ; des moyens d'assistance à la prescription¹⁴⁶ ; le développement par le *NHS* d'un système d'information permettant de mieux connaître le profil de prescription de chaque médecin ; l'utilisation d'incitations financières faisant dépendre une partie de la rémunération des médecins de leurs prescriptions de génériques ; une obligation de substitution des génériques aux non-génériques comparables à la charge des pharmaciens.

¹⁴⁵ Certains pays et années ne sont pas disponibles dans la base de données de l'OCDE. En outre, les unités de mesure ne sont pas les mêmes pour tous les pays : pour évaluer la consommation de médicaments, la France et l'Espagne se réfèrent au nombre de boîtes, d'autres pays à la dose quotidienne.

¹⁴⁶ Le logiciel PRODIGY (*Prescribing with Decision Support in General Practice Study*) fait apparaître les substituts génériques sur l'application du médecin dès qu'il prescrit un non-générique.

En France, le développement des génériques repose au contraire, non sur leur prescription par les médecins, mais sur leur substitution volontaire par les pharmaciens, incités en cela par une rémunération avantageuse, identique à celle qu'ils obtiendraient en vendant le médicament princeps substitué, ainsi qu'une ROSP spécifique à leur profession¹⁴⁷. La convention médicale de 2016 marque à cet égard un progrès limité pour l'implication des médecins généralistes dans la prescription de génériques, en portant de deux à quatre les indicateurs de la ROSP des médecins ciblés sur certaines pathologies¹⁴⁸. De plus, le « répertoire des groupes génériques », où sont inscrites les spécialités princeps et génériques qui peuvent leur être substituées, répond à une définition restrictive. Pour leur part, l'Allemagne et le Royaume-Uni autorisent la substitution sans référence à un répertoire¹⁴⁹.

3 - Une restructuration encore limitée des hôpitaux

L'évolution de l'hôpital conduit à des conclusions de même nature. La France a privilégié les baisses de tarifs sans suffisamment s'attacher à réformer les structures hospitalières elles-mêmes. Celles-ci sont restées largement inchangées.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a certes créé les groupements hospitaliers de territoire. Mais cette évolution s'inscrit en retrait par rapport aux réorganisations menées dans d'autres pays, qui ont structuré de manière beaucoup plus volontariste leur système hospitalier autour de centres universitaires dotés d'une véritable mission d'organisation de l'offre de soins et d'un pouvoir « hiérarchique » sur les établissements qui leur sont rattachés.

¹⁴⁷ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre IX Le coût de distribution des médicaments : une dépense importante, des gains d'efficacité nécessaires, p. 397-443, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁴⁸ Statines et antihypertenseurs et, à la suite de la nouvelle convention, asthme et incontinence urinaire.

¹⁴⁹ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2014*, chapitre IX La diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés, p. 257-289, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Ainsi, si tous les établissements publics de santé ont dû adhérer à un groupement hospitalier de territoire, les 135 GHT existants mutualisent à titre obligatoire une partie seulement des fonctions et activités des établissements. S'agissant des fonctions support, il en va ainsi des systèmes d'information, des achats et de la facturation à l'assurance maladie, mais pas du personnel, ni de l'immobilier. Au titre des activités de soins, seules les pharmacies et les activités d'imagerie et de biologie entrent dans le champ des missions obligatoires des groupements. Les pouvoirs du directeur de l'établissement support du groupement sont quant à eux circonscrits aux seuls domaines gérés par ce dernier.

4 - Une utilisation insuffisante des données de santé

Toutes les opportunités liées à la numérisation de la santé n'ont pas encore été saisies. La France a su rassembler des données massives de santé d'abord dans des bases de données spécialisées, puis du système national des données de santé (SNDS), créé par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, qui les intègre¹⁵⁰. Cependant, leur exploitation reste encore insuffisante. Il en va de même du développement des moyens électroniques de coordination des soins.

Après l'échec du dossier médical personnel¹⁵¹, la généralisation du dossier médical partagé (DMP) ne commencera qu'à la fin de l'année 2018, dans des conditions d'alimentation effective par les professionnels de santé qui restent à vérifier. Quant aux ordonnances électroniques, elles n'entament aujourd'hui qu'un premier cycle d'expérimentations préalables, uniquement dans quelques départements.

¹⁵⁰ À ce jour, le SNDS intègre le système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM), tenu par la CNAM ; le programme de médicalisation des systèmes d'Information (PMSI) des établissements de santé, tenu par l'ATIH ; la base médicale sur les causes de décès (BCMD), tenue par l'INSERM. Deux autres bases, en cours de constitution, doivent être intégrées au SNDS : les données des maisons départementales des personnes handicapées et un échantillon des données de remboursement par bénéficiaire transmis par les organismes complémentaires.

¹⁵¹ Cour des comptes, *Communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale*, Le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place, février 2013, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Là encore, cette situation contraste avec celle des pays qui se sont le plus rapidement engagés dans cette voie, en particulier la Suède et à un moindre degré l'Italie et le Royaume-Uni. De manière générale, l'absence de dispositifs de prescription électronique par les médecins des médicaments, des dispositifs médicaux et des prestations infirmières, de masso-kinésithérapie et de transport occasionne de fréquents écarts, pour certains à caractère frauduleux, des produits et prestations facturés par les professionnels de santé concernés par rapport à ceux prescrits et, ce faisant, d'importantes pertes financières pour l'assurance maladie¹⁵².

CONCLUSION

Au cours des dix dernières années, les systèmes européens de soins et de prise en charge des dépenses de santé ont réagi de manière différenciée à la crise économique et aux déséquilibres des finances publiques qui l'ont accompagnée.

Les pays les plus touchés ont dû, pour rétablir leurs comptes publics, prendre des mesures parfois sévères pour réduire les prestations aux patients, diminuer les rémunérations des professionnels de santé et augmenter leur temps de travail, contracter les investissements, comprimer les prix des médicaments et les achats des hôpitaux. À l'inverse, ceux qui ont le mieux surmonté les difficultés économiques ont pu augmenter leurs dépenses de santé, abaisser parfois le reste à charge des ménages en revenant le cas échéant sur des franchises ou des tickets modérateurs instaurés plus tôt et améliorer les rémunérations des praticiens.

Dans ce contexte, la France a suivi un chemin singulier. Contrairement à la plupart des pays européens comparables, elle a fait le choix de préserver les patients de coupes dans le niveau de la protection contre le risque maladie. Elle a aussi sauvé, dans une large mesure, le niveau de la prise en charge publique des dépenses de santé pour les patients, le niveau des investissements hospitaliers et l'accès aux médicaments nouveaux, alors que les effectifs et les rémunérations des professionnels de santé ont continué à augmenter.

Ces résultats ont cependant été atteints au prix de déficits publics qui se sont maintenus à des niveaux élevés plus longtemps qu'ailleurs en Europe et d'un endettement public qui n'a toujours pas amorcé sa décrue par rapport au PIB. En outre, ils sont fragilisés par une régulation insuffisante

¹⁵² Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale (exercice 2017)*, mai 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr

des soins de ville et l'essoufflement croissant des modalités d'encadrement des dépenses à l'hôpital, alors que les dépenses de santé augmentent de manière continue sous l'effet du vieillissement de la population, du développement des maladies chroniques et du coût de l'innovation médicale.

Surtout, ces résultats se sont accompagnés d'une certaine inertie quant aux évolutions structurelles du système de soins, malgré quelques progrès, en matière de collecte de données médico-économiques ou d'introduction de critères de santé publique dans la rémunération des praticiens par exemple. La trajectoire suivie par la France apparaît ainsi difficilement soutenable et sa capacité à préserver dans la durée son système de prise en charge de la santé s'en trouve fragilisée.

Devant ces risques, il convient par conséquent, à l'instar de ce qu'ont fait de nombreux pays européens, de regagner par des réformes structurelles des marges de manœuvre dans la gestion et l'adaptation du système de santé. Les réserves d'efficience considérables qu'il recèle, que la Cour met régulièrement en évidence, rendent à la fois nécessaire et possible la mise en œuvre d'une stratégie organisant des efforts accentués et de long terme dans ce domaine. Dans le cadre des trois chapitres suivants, la Cour formule plusieurs recommandations en ce sens.
